

BİR EĞİTİM HASTANESİNİN SAĞLIK PERSONELİNDE SİGARA ALIŞKANLIĞI, BIRAKMA SIKLIĞI VE BAĞIMLI KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN İLİŞKİSİ

The Relationship Between the Smoking Habits and the Frequency of Quitting and Dependent Personality Traits Among Health Professionals in a Training Hospital

Dr. Adil Temel¹, Dr Nesrin Dilbaz², Dr. Göksel Bayam³, Dr. Tuncer Okay⁴,
Dr. Cem Şengül⁴

ÖZET

Amaç: Sigara içme alışkanlığı, günümüzde insan sağlığı üzerinde oluşturduğu olumsuz etkileri nedeniyle acil ve etkin önlemler alınmasını gerektiren önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada her yıl üç milyon insan sigaranın neden olduğu hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Ülkemizde genel populasyon ve sağlık personelinde sigara içme yaygınlığı gelişmiş ülkelerdekinden yüksektir. Sigara içme oranlarını azaltmak ve içenlere iyi bir örnek olmaları için sağlık personeli sigara, zararları ve bırakma yöntemleri konusunda daha çok eğitilmelidir. Bir hastanede çalışan sağlık personelinin sigara içme alışkanlığı, bırakma sıklığını saptamak ve bağımlı kişilik özellikleriyle ilişkisini belirlemek için bu çalışma planlanmıştır. Yöntem Ankara Numune Eğitim ve Araştırma hastanesinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 270 sağlık personeline sigara içme, bırakma ve alışkanlığın şiddetini değerlendirmek için Cage, Four C's, Fagerstrom Tolerans ölçekleri ile birlikte; bağımlı kişilik özelliğini ölçmek için 57 soruluk MMPI-Dy bağımlılık alt ölçeğini de içeren bir anket uygulanmıştır. Çalışmamıza sağlık personelinin %50'si halen sigara içerken; %8,9'u bırakmış ve %41,1'i ise hiç sigara içmeyenlerden oluşuyordu. Sigara içme oranı erkeklerde %57,4, kadınlarda % 43,3 idi. Sigara içme durumu ile, bağımlı kişilik özellikleri karşılaştırıldığında, sigara içmeyenlerin ve sigara içenlerin ortalama MMPI-Dy puanı yakınlık gösterirken; sigarayı bırakmış olanların ortalama MMPI-Dy puanı bu iki gruptan daha düşük olarak bulundu. Sonuç olarak, sağlık personeli içinde sigara içen veya içmeyen grubun bağımlı kişilik özellikleri açısından farklılık göstermediği buna karşın daha önce sigara içen ama çalışma sırasında bırakmış olan grupta bu özelliklerin daha az olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre sigara bırakma programlarının bağımlı kişilik özelliklerine de odaklanmasının bu programları daha başarılı kılabileceği söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Sigara içme, tütün, nikotin bağımlılığı, Fagerstrom testi, bağımlı kişilik, sağlık personeli.

Bağımlılık Dergisi 2004; 5: 65-71

SUMMARY

Cigarette smoking habit or nicotine dependency is an important problem because of adverse effects on health. It needs emergent and effective precautions. Three million people die around the world every year because of smoking related diseases. The prevalence of cigarette smoking among the general population and health professionals in Turkey is higher than the developed countries. Therefore health professionals need more education on the subject of smoking, smoking related diseases and methods of cessation. We planned this research to evaluate the smoking behaviors, the rate of quitting and the relationship between dependent personality traits and cigarette smoking. We performed the research with a total of 270 health personnel who accepted to join research. We evaluated their smoking habits, cessation, degree of addiction and rate of quitting by using a questionnaire form composed of Cage, Four C, Fagerstrom tests. As a measure of 'dependent personality', a separate part of the MMPI personality inventory included the MMPI-Dy test for dependency consisting of 57 questions. Among the health staff included in this study, there were 50% active smokers; 8.9% had quit smoking, and 41.1% did not smoke. Cigarette smoking ratio was 57.4% among males and 43.3% among females. Dependent personality characteristics viewed from the point of smoking shows about the same mean values for smokers and non-smokers. However those who quitted smoking got significantly low dependant personality (MMPI-Dy) scores. We conclude that dependent personality characteristics does not make a difference within smokers and non-smokers but those who gets lower dependent personality points succeed to quit smoking more than others. We may assume that according to this result, cigarette cessation programs focusing also on to the dependent personality characteristics could be more successful.

Key words: Cigarette smoking, tobacco, nicotine dependence, Fagerstrom test, dependent personality, health staff.

Journal of Dependence 2004; 5: 65-71

¹ Uzm. Dr. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Bölümü

² Doç. Dr. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Psikiyatri Kliniği

³ Uzm. Dr. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Psikiyatri Kliniği

⁴ Araş. Gör. Dr. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Psikiyatri Kliniği

GİRİŞ

Sigaranın insan sağlığına ve toplum üzerine olan sosyal ve ekonomik etkileri iyi bilinmektedir. Temininin kolay, kullanımının yasal olması diğer madde bağımlılıkları için geçiş maddesi olması nedeniyle tütün tipi madde bağımlılığı en sık görülen ve en önemli madde bağımlılığı tipi olarak ortaya çıkmaktadır (1, 2,3).

Sigara içme alışkanlığı gelişmiş ülkelerde azalmakta iken bizim gibi gelişmekte olan ülkelerde sigara tüketimi her yıl artış göstermektedir. Ülkemizde sigaraya başlama yaşı 10-11 yaş düzeylerine indiğinden, sigara içme oranı 1988 yılında %43,6 (PIAR) iken, bu oran 1997 yılında %50 (OECD sağlık raporu 1999) düzeyine ulaşmıştır. Bu artışın en önemli nedenleri arasında gelişmiş ülkelerdeki kaybettikleri pazarı kazanmaya çalışan çok uluslu sigara endüstrisi sayılabilir (4,5,6,7).

Son yıllarda sigara içiminin birey ve toplum üzerindeki zararları ve sigarasız bir toplum yaratma konusunda yurdumuzda ve dünyada oldukça geniş kapsamlı çalışmalar yapılmaktadır. Sigaraya karşı tüm dünyada ortaya çıkan ve ülkemizde de kendisini hissettirmeye başlayan tepkisel bir hareket bulunmaktadır. Medyada ve sağlık kuruluşları bünyesinde bu konuda halkı bilgilendirmeye ve teşvik etmeye yönelik yayınların sayısı giderek artmaktadır.

Sigaranın kontrollü içilmesi ve hatta bırakılması çalışmalarına büyük katkılarda bulunmaları öğretmenler, hemşireler, doktorlar ve diğer sağlık personelinde beklenmektedir. Özellikle doktorlar ve diğer sağlık personelleri sağlık konusunda örnek kişi olmalı, sigarayı bırakma çalışmalarına katılarak, sağlık eğitimi ve danışmanlık yapmalıdır. Bütün bunlara rağmen Ülkemizde sağlık personelinde sigara içme oranının oldukça yüksek olduğu çeşitli araştırmalarla saptanmıştır (6,7,8,9,10).

Sağlık personelinde bildirilen sigara içme gerekçeleri arasında; arkadaş etkisi, iş yeri sorunları, kişisel ve ailevi problemler, ana, baba ve büyüklere özenme yer almaktadır. Sigara içmekte olan pek çok sağlık personeli sigarayı bırakmayı deneyip başarılı olamadıklarını belirtmiştir (11).

Türkiye’de sigara içme alışkanlığının çok yaygın olduğu kolaylıkla gözlenen bir gerçektir. 1988 yılında yapılan ve tüm ülkeyi temsil eden bir araştırmaya göre, toplumumuzda 15 yaş ve üstü erkeklerin % 62,8’i, kadınların % 24,3’ü, tüm nüfusun ise % 43,6’sı sigara içmektedir. Bu araştırmada sigara içme alışkanlığı ölçütü olarak, “sigara paketi taşımak” alınmıştır. Oysa, Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) değerlendirmelerine göre, sigara alışkanlığının varsayılması için “düzenli olarak günde bir sigara içmek” yeterlidir. Başka bir deyişle, Türkiye’de sigara alışkanlığının düzeyi, büyük olasılıkla, söz konusu değerlerden daha da yüksektir (4).

Sigara içme alışkanlığının böylesi tehlikeli bir boyutta olmasına karşın, ne yazık ki, günümüz koşullarında Türkiye’de alınan önlemler yeterlilikten uzak kalmakta ve kısıtlayıcı önlemlerin çoğu pratikte uygulanamamaktadır. Bu duruma koşut olarak, hekimler ve tüm öteki sağlık meslekleri üyeleri arasında da sigara alışkanlığı çok yaygındır. Bir yerel araştırmaya göre, hekim ve dış hekimleri arasında sigara içme hızı erkeklerde %54,9, kadınlarda % 39,5; hasta yanında sigara içenlerin oranı ise % 56,8’dir (11). Ebe ve hemşireler arasında yapılan iki araştırmada ise, sigara alışkanlığının sırasıyla %58,8 ve % 50,8 olduğu saptanmıştır (10, 12).

Bu ürkütücü veriler, toplumumuzdaki sigara içme alışkanlığına karşı bir çalışmanın zorunluluğunu ortaya koymaktadır.

Sağlık sektöründe çalışanların sigaranın zararları konusunda toplumun geneline kıyasla daha bilinçli olmaları gerektiği varsayımından hareketle bu çalışmanın kapsam ve amacı; hastane personelinde sigara içme alışkanlığı, bırakma sıklığının tespiti; ve bağımlı kişilik özelliklerinin sigara içme alışkanlığı ve bırakma sıklığı ile ilişkisinin incelenmesidir.

YÖNTEM

Araştırmamız 2001 yılı eylül ayında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan, toplam 500 sağlık personelinde gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 300 personel üzerinde yürütüldü. Sosyodemografik bilgiler, sigara içme durumu, sigara içme özellikleri, sigara içmeyi etkileyen faktörler, sigaranın yol açtığı sağlık problemlerini saptamaya, bağımlılık düzeylerini ölçmeye yarayan sorular ve MMPI alt testlerinden bağımlı kişilik özelliklerini ölçen bir anket formu hazırlandı. Anket formları klinik, poliklinik ve laboratuarlara gidilerek, çalışma hakkında bilgi verildikten sonra katılmayı kabul edenlere bir gün sonra alınmak üzere bırakıldı. Sigara içmeyenlerden anketin sosyodemografik veriler ve bağımlı kişilik ölçeği bölümünü cevaplaması, sigara içenler ve bırakmış olanlardan anketin tümünü cevaplaması istendi. Çalışmaya katılmak istemeyen veya katılıp da değerlendirme dışı kalan personelin genel gerekçesi iş yoğunluğu nedeniyle zaman ayıramadıkları şeklindeydi. Formları tam olarak dolduran 270 katılımcının formu değerlendirilmeye alındı. 1989’da Fagerstrom ve Schneider “Nikotin Bağımlılığı için Fagerstrom testi”ni (Fagerstrom Tolerance Test for Nicotine Dependency, FTND) sigara içmeye bağlı gelişen nikotin bağımlılığının saptanması amacıyla geliştirmişlerdir. Bu ölçek ile sigara tüketiminin miktarı, kompulsiyon biçiminde kullanılması ve bağımlılığı değerlendirilmektedir. Bu ölçek nikotin bağımlılığı için iyi bir tarama testi olup elde edilen bilgilerden sonuçta tedavinin planlanması ve hastalığın gidişi konusunda yararlanılabilir. Ancak ülkemizde Fagerstrom testinin henüz geçerlilik çalışmaları yapılmamış olduğu için bu testten elde edilen

sonuçlar "nikotin bağımlılığı" açısından değerlendirilmekten daha çok, bu testten alınabilecek en yüksek puan 10 olduğu için, testten düşük (<5) ve yüksek (≥5) puan alanlar şeklinde gruplandı ve istatistik çalışmaları buna göre yapıldı. Geçerlilik çalışmalarının yapılmış olduğu ülkelerde Fagerstrom testinden 7 ve daha üstü puan alanlar, sigara bırakma açısından değerlendirildiğinde, replasman tedavisine gereksinim gösteren grup olarak ele alınmaktadır (13).

Bağımlı kişilik özelliğini ölçmek amacıyla 57 maddelik MMPI Dy testinden bağımlı kişilik kriterlerini değerlendiren evet/hayır şeklinde yanıtlanan ölçek kullanıldı. Puan aralığı 1-57 olan ölçek standardize edilerek 1-100 puan üzerinden değerlendirildi.

Elde edilen tüm veriler SPSS (Statistical Program for Social Sciences) sürüm 11.0 ile değerlendirildi. Bu çalışma tanımlayıcı olup; sigara içme durumu ile sosyodemografik veriler arasındaki ve bağımlılık ile sigara içme özellikleri arasındaki ilişkilerle ilgili verilerin analiz ve değerlendirilmesinde "ki kare" testi kullanılmıştır. Fagerstrom test puan düzeyi ve bağımlı kişilik ilişkisi ile ilgili verilerin analizinde, grup değişkeninin iki değer aldığı durumlarda ortalamaları karşılaştıran "bağımsız örneklem t testi" kullanılırken, ikiden fazla değer aldığı durumlarda ise "Tek yönlü ANOVA (Analysis of Variance)" testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmış ve "p" değeri "SPSS" de hesaplandığı şekilde anlamlılık düzeyi ile karşılaştırılmıştır.

BULGULAR

Sosyodemografik Verilerle İlgili Bulgular

Araştırmamıza 270 sağlık görevlisi katıldı. Bunların 141'i kadın (%52,2) ve 129'u erkekti (%47,8). Yaşları 18 ile 53 yaş arasında değişmekte olup yaş ortalaması 27,90 olarak bulundu (ss=7,35). Grubun sosyodemografik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 1'de özetlenmektedir.

Sigara İçme Özellikleri ile İlgili Bulgular

Çalışmamıza katılan toplam 270 sağlık personelinin 135'i halen sigara içiyor (%50,0) , 24 kişi (% 8,9) bırakmış, 111 kişi (%41,1) ise hiç sigara içmeyenlerden oluşuyordu. Sigara içmeyen kadın personel oranı % 48,2 iken , erkek personelinde bu oran % 33,3'tü. Sigara içme oranı erkeklerde %57,4, kadınlarda % 43,3 idi. Sigaraya bir dönem başlayıp bırakmış olan ve halen içmeyenlerin oranı kadın ve erkeklerde birbirine yakın bulunmaktadır (E: % 9,3 K: %8,5) . Sigara içme davranışının diğer sosyodemografik verilere göre dağılımı Tablo 2'de özetlenmektedir.

Bağımlı Kişilik Özellikleri ile İlgili Bulgular (MMPI-Dy)

Sosyodemografik özellikler ile , bağımlı kişilik özelliğinin (MMPI Dy puanı) karşılaştırılmasında; er-

keklerde MMPI ortalaması 40,1 standart 14,9; kadınlarda 41,7 standart sapması 15,4 olarak bulundu, aralarında istatistiksel anlamlılık bulunmadı (p=0,368). Yaş grupları ile yapılan değerlendirmede ortalama MMPI puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (p=0,327). Sosyodemografik veriler ile bağımlı kişilik özelliğinin karşılaştırılması ile bilgiler Tablo 3'de özetlenmektedir.

Sigara içme durumu ile, bağımlı kişilik özelliklerinin (MMPI puanı) karşılaştırıldığında, sigara içmeyen 111 kişinin ortalama MMPI puanı 40,6, standart sapması 13,3 ; sigara içen 135 kişinin ortalama MMPI puanı 42,5 standart sapması 16,6; sigarayı bırakmış 24 kişide ise ortalama MMPI puanı 33,1 , standart sapması 11,8 olarak bulundu. Sigarayı bırakmış olan gruba ait ortalama MMPI puanı, hiç sigara içmemiş ve halen sigara içen gruba göre belirgin olarak düşük olduğu görülmektedir. Sigara içme durumu ile MMPI puanının istatistiksel değerlendirilmesinde anlamlı bir ilişki bulundu (p=0,018) (Tablo 4).

Fagerstrom puan durumu ile, bağımlı kişilik özelliklerinin (MMPI Dy puanı) karşılaştırılmasında, Fagerstrom testinden düşük puan alan 213 kişinin ortalama MMPI puanı 39,2, standart sapması 13,9 ; yüksek puan alan 57 kişinin ortalama MMPI puanı 47,4, standart sapması 17,8 olarak bulundu. Fagerstrom puan durumu ile, MMPI puan ortalamasının değerlendirilmesinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (p<0,001) (Tablo 5).

Tablo 1: Sağlık Personelinde Sosyodemografik Özelliklerin Cinsiyete Göre Dağılımı

Sosyodemografi	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	141	52,2	129	47,8	270	100,0
Yaş Grupları	p=0,024		x ² =14,56			
<21 Yaş	5	1,9	6	2,2	11	4,1
21-25 Yaş	30	11,1	50	18,5	80	29,6
26-30 Yaş	41	15,2	28	10,4	69	25,6
31-35 Yaş	29	10,7	23	8,5	52	19,3
36-40 Yaş	25	9,3	10	3,7	35	13,0
41-45 Yaş	5	1,9	4	1,5	9	3,3
Yaş >= 46	6	2,2	8	3,0	14	5,2
Medeni Hali	p=0,005		x ² =10,65			
Bekar	51	18,9	42	15,6	93	34,4
Evlili	80	29,6	87	32,3	167	61,9
Ayrı / Dul	10	3,7	0	0,0	10	3,7
Görev Unvanı	P<0,001		x ² =27,80			
Eczacı	12	4,4	4	1,5	16	5,9
Psikolog	2	0,7	0	0,0	2	0,7
Fizyoterapist	8	3,0	0	0,0	8	3,0
Teknisyen	39	14,4	25	9,3	64	23,7
Tıbbi Sekreter	7	2,6	0	0,0	7	2,6
Diğer	73	27,0	100	37,0	173	64,1
Görev Süresi	p=0,050		x ² =11,09			
<2 Yıl	34	12,6	32	11,9	66	24,4
2-5 Yıl	31	11,5	49	18,1	80	29,6
6-10 Yıl	28	10,4	19	7,0	47	17,4
11-15 Yıl	22	8,1	10	3,7	32	11,9
16-20 Yıl	12	4,4	10	3,7	22	8,1
>20 Yıl	14	5,2	9	3,3	23	8,5
TOPLAM	141	52,2	129	47,8	270	100,0

Tablo 2 : Sağlık Personelinde Sosyodemografik Özelliklerin Sigara İçme Durumuna Göre Dağılımı

Sosyodemografi	İçmeyen		İçen		Bırakmış		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	p=0,042 x ² =6,36							
Erkek	43	15,9	74	27,4	12	15,9	129	47,8
Kadın	68	25,2	61	22,6	12	25,2	141	52,2
Yaş Grupları	p=0,006 x ² =27,62							
<21 Yaş	5	1,9	6	2,2	0	0,0	11	4,1
21-25 Yaş	35	13,0	40	14,8	5	1,9	80	29,6
26-30 Yaş	33	12,2	33	12,2	3	1,1	69	25,6
31-35 Yaş	19	7,0	27	10,0	6	2,2	52	19,3
36-40 Yaş	12	4,4	20	7,4	3	1,1	35	13,0
41-45 Yaş	2	0,7	6	2,2	1	0,4	9	3,3
Yaş >= 46	5	1,9	3	1,1	6		14	5,2
Medeni Hali	p=0,556 x ² =3,01							
Bekar	38	14,1	50	18,5	5	1,9	93	34,4
Evli	70	25,9	79	29,3	18	6,7	167	61,9
Ayrı / Dul	3	1,1	6	2,2	1	0,4	10	3,7
Görev Unvanı	p=0,060 x ² =17,72							
Eczacı	11	4,1	4	1,5	1	0,4	16	5,9
Psikolog	0	0,0	1	0,4	1	0,4	2	0,7
Fizyoterapist	5	1,9	1	0,4	2	0,7	8	3,0
Teknisyen	22	8,1	35	13,0	7	2,6	64	23,7
Tıbbi Sekreter	3	1,1	4	1,5	0	0,0	7	2,6
Diğer	70	25,9	90	33,3	13	4,8	173	64,1
Görev Süresi	p=0,009 x ² =23,53							
<2 Yıl	27	10,0	35	13,0	4	1,5	66	24,4
2-5 Yıl	33	12,2	43	15,9	4	1,5	80	29,6
6-10 Yıl	23	8,5	19	7,0	5	1,9	47	17,4
11-15 Yıl	16	5,9	14	5,2	2	0,7	32	11,9
16-20 Yıl	4	1,5	16	5,9	2	0,7	22	8,1
>20 Yıl	8	3,0	8	3,0	7	2,6	23	8,5
TOPLAM	111	41,1	135	50,0	24	8,9	270	100,0

Tablo 3: Sağlık Personelinde Sosyodemografik Özelliklerin MMPI Bağımlı Kişilik Puanına Göre Dağılımı

Sosyodemografik özellik	MMPI-Dy Bağımlı Kişilik Puanı				
	N	Ortalama	ss	Minimum	Maksimum
Cinsiyet	p=0,368 F=0,81				
Erkek	129	40,1	14,9	8,8	80,7
Kadın	141	41,7	15,4	7,0	80,7
Yaş Grupları	p=0,327 F=1,16				
<21 Yaş	11	42,9	15,9	17,5	75,4
21-25 Yaş	80	43,3	14,9	8,77	77,2
26-30 Yaş	69	41,9	13,9	21,1	78,9
31-35 Yaş	52	38,3	15,5	7,0	80,7
36-40 Yaş	35	40,3	17,7	14,0	80,7
41-45 Yaş	9	35,5	16,9	12,3	70,2
Yaş >= 46	14	35,7	11,7	17,5	59,6
Medeni Hali	p=0,225 F=1,50				
Bekar	93	43,0	14,4	14,0	73,7
Evli	167	39,7	15,1	7,0	80,7
Ayrı / Dul	10	42,1	22,1	12,3	80,7
Görev Unvanı	p=0,106 F=1,84				
Eczacı	16	35,5	12,9	7,0	54,4
Psikolog	2	28,1	22,3	12,3	43,9
Fizyoterapist	8	35,1	14,5	15,8	63,2
Teknisyen	64	38,8	12,3	15,8	70,2
Tıbbi Sekreter	7	48,1	16,3	28,1	73,7
Diğer	173	42,4	16,0	8,77	80,7
Görev Süresi	p=0,010 F=3,10				
<2 Yıl	66	45,8	16,8	14,0	80,7
2-5 Yıl	80	42,2	14,2	7,0	78,9
6-10 Yıl	47	39,5	13,2	21,1	80,7
11-15 Yıl	32	36,9	15,5	12,3	70,2
16-20 Yıl	22	36,7	16,8	12,3	77,2
>20 Yıl	23	35,2	11,4	17,5	70,2
TOPLAM	270	40,9	15,2	7,0	80,7

Tablo 4: Sigara İçme Durumu ile MMPI-Dy Bağımlı Kişilik Puanının Değerlendirilmesi

Sigara İçme Durumu	MMPI-Dy Bağımlı Kişilik Puanı				
	n	Ortalama	ss	Minimum	Maksimum
	p=0,018 F=4,11				
İçen	135	42,5	16,6	7,0	80,7
Bırakmış	24	33,1	11,8	12,3	50,9
İçmeyen	111	40,6	13,3	14,0	77,2
Toplam	270	40,9	15,1	7,0	80,7

Tablo 5: Fagerstrom Puan Durumu ile MMPI-Dy Bağımlı Kişilik Puanının Değerlendirilmesi

FTND puanı	MMPI-Dy Puanı				
	n	Ortalama	ss	Minimum	Maksimum
	P<0,001 F=14,03				
< 5	102	37,7	14,4	7,0	77,0
≥ 5	57	47,4	17,8	8,8	80,7
TOPLAM	159	41,2	16,3	7,0	80,7

Tablo 6: DSÖ Verilerine Göre Bazı Ülkelerdeki Genel Nüfus ve Sağlık Personeline Ait Sigara İçme Oranları

ÜLKELER	YIL	GENEL POPÜLASYON	SAĞLIK PERSONELİ
İspanya	1998	%33	%34
Bulgaristan	1996	%36	%52
Kanada	1999	%25	%22
İtalya	1998	%25	%31
İsrail	1999	%29	%18
Japonya	1998	%33	%15
Polonya	1998	%29	%20
Çin*	1996	%33	%36
İsveç	1998	%21	% 6
Lüksemburg	1998	%33	%12
Norveç	1998	%33	%11
Fransa	1997	%33	%19
ABD	1997	%23	%13
TÜRKİYE	1997	%50	%47

*Bu ülkede sigara içme oranı erkeklerde %63 iken kadınlarda %38'dir. Sağlık personeli arasında da benzer şekilde, erkeklerde %61,3 , kadınlarda %12,2'dir.

TARTIŞMA

Sigaranın insan sağlığına ve toplum üzerine olan sosyal ve ekonomik etkileri iyi bilinmektedir. Sigara, önlenemez hastalıklar ve erken ölüm nedenleri arasında önemli bir yer tutmaktadır. Sigaranın içinde 40-00'in üzerinde toksik veya kanserojen kimyasal etken bulunmaktadır.

Dünya ülkelerinin bir kısmındaki genel nüfus ve sağlık personelinin sigara içme oranları tablo 6'da verilmektedir (3,6).

Grubumuzda elde ettiğimiz %50'lik sigara içme oranı Bulgaristan'dan (% 52) sonra ikinci sırada gelmekte olup oldukça yüksek bir orandır. Michalsen ve arkadaşlarının Almanya'da yapmış olduğu bir hastane çalışmasında 296 sağlık personelinde sigara içme oranı %47,3 olarak bulunmuştur (14). Alaoui ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, Kazablanka hastanelerinde sigara içme alışkanlıkları araştırılmış, toplam 1388 sağlık çalışanından sigara içme prevalansı %14,9 olarak bulunmuştur (15).

Sigara alışkanlığının yaygınlığı açısından özel bir önemi olan sağlık personelinde sigara içme oranı yerel çalışmalarda genel topluma yakın hatta daha yüksek bulunmuştur. Ortalama %33-55 arasında sağlık personelinde sigara içme oranı olduğu değişik çalışmalarda saptanmıştır (Tablo 4.1, 4.2) (4,9,10, 11,12,16,17, 18).

Ülkemizde yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde ise 1989-2002 yılları arasında yapılan çalışmalarda sağlık personelinde sigara içme oranının %36- % 60 arasında olduğu göze çarpmaktadır. Uçpınar ve arkadaşlarının Muğla'da 307 kişiden oluşan sağlık personelinde yaptığı çalışmada erkeklerde sigara içme oranı %69 ; kadınlarda %54,7; toplamda %60,6

olarak saptanmıştır. Öncel ve arkadaşlarının 1994'de İzmir'de sağlık personelinde yaptıkları bir çalışmada sigara içenlerin oranı %57,5; bırakanların oranı %12,1 bulunmuştur. Sezer ve arkadaşları tarafından 1989'da Elazığ'da 253 hekim, diş hekimi arasında yapılan çalışmada sigara içme oranları erkeklerde %54,8 kadınlarda % 39,4 ve toplamda % 52,5; aynı ekip tarafından 1991'de Elazığ'da sağlık personeli arasından 656 hemşire ve ebe-hemşire ile yapılan çalışmada ise oran % 50,7 olarak bulunmuştur. 1991'de Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi çalışanları üzerinde yapılan bir tarama çalışmasında doktorların %36,4'ünün, hemşirelerin %49,5'inin sigara kullandıkları saptanmıştır. 1991'de Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde sağlık personelinin 620 hemşire ile yapılan çalışmada sigara içenlerin oranı %51,9 bulunmuştur. Dilbaz ve Apaydın ise 250 hemşirede yaptıkları çalışmada sigara içme oranını %58,8 bırakma oranını ise %14 olarak bulmuşlardır. Tüm bu sonuçlar 13 yıl içinde yapılan tüm kampanyalara, hastane içinde sigara içiminin belirli yerler dahilinde yasaklanmasına karşın sağlık personelinin sigara içme oranında hiçbir değişiklik olmadığı göze çarpmaktadır. (4,8,9,10,11,12).

Sigara içme alışkanlığı erkekler arasında daha yaygındır. Kırsal alanda bu farklılık daha belirgindir. Kadınlarda kentlerde oturma, eğitim ve gelir düzeyi arttıkça sigara içme oranı artmaktadır. Özellikle üniversite öğrencilerinde son yıllarda sigara içme davranışı yönünden erkek ve kız öğrenciler arasında farklılık izlenmemektedir. Bu çalışmada da erkeklerde sigara içme oranı (%57,4) kadınlara (% 43,3) kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Yalnızca kadın olan hemşirelerde yapılan bir çalışmada ise sigara içme oranı kadın yardımcı sağlık personelinin daha yüksek (%58,8) bulunmuştur (10).

Sigara İçme Davranışı ve Bağımlı Kişilik Özellikleri ile İlişkisi

Bu çalışmada halen sigara içmeye devam eden ve bırakmış olan grubun bağımlı kişilik özellikleri açısından kıyaslandığında, daha önce sigara içen ama araştırma sırasında bırakmış olan grubun bağımlılık puanının daha düşük olması, bağımlı kişilik özelliklerinin kısmen sigara bırakmayı güçleştirdiği biçiminde yorumlanabilir.

Fagerstrom puan düzeyi ile (FTND), bağımlı kişilik özelliklerinin (MMPI-Dy puanı) karşılaştırılmasında; Fagerstrom testinden yüksek puan alanların ortalama MMPI-Dy puanı da yüksek, bu testten düşük puan alanların ortalama MMPI-Dy puanı da düşük çıkmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlı olan bu değerlendirme, nikotin bağımlılığı ile bağımlı kişilik özellikleri arasında bir doğru ilişki olabileceğini akla getirmektedir (p<0,001).

Black ve arkadaşlarının, 1999 yılında A.B.D'de yapmış oldukları bir çalışmada, hasta olmayan bir ör-

neklemede, sigara içen ve içmeyenlerde ömür boyu psikiyatrik bozukluk prevalansı incelenmiştir. Sigara içenlerde duygudurum, anksiyete, madde kötüye kullanımı ve kişilik bozukluklarına daha yüksek oranda rastlanmıştır. Özellikle sigara ile madde kötüye kullanımı/bağımlılığı arasında doğrudan ilişki bulunmuş, çalışmaya katılan genç yaştakilerde bu oran daha yüksek çıkmıştır (19).

Serman ve arkadaşları tarafından, 2000 yılında A.B.D'de ve Yunanistan'da yapılan bir çalışmada, kişilik bozukluklarına ait bulgular ile madde kullanımı arasındaki ilişki araştırılmıştır. Kişilik bozukluğu bildirilenlerde sigara, alkol ve madde kullanımı, kişilik bozukluğu olmayanlara göre daha fazla bulunmuştur. Madde kullanımı Amerikalılarda daha fazla görülmesine rağmen, alkol ve sigara kullanımı açısından, kişilik bozukluğu bulguları ile olan ilişkide ulusal farklılık tespit edilmemiştir (20).

Lawn ve arkadaşlarının 2002 yılında sigara içme ve bırakma davranışı üzerine toplumda yaşayan psikiyatrik rahatsızlığı olan kişiler üzerinde yaptıkları bir çalışmada, kişilik bozukluğu bulunanlar da çalışmaya dahil edilmiş olup; sigara içme davranışı konusunda benzerlik ve farklılıklar incelenmiştir. Sigaranın hastalık semptomlarıyla baş etmede rolü olduğu literatüre uyumlu olarak bu çalışmada da gösterilmiştir. Bununla birlikte, güncel literatürde henüz yeralmayan bazı bulgular da elde edilmiştir. Çalışmaya katılanların yaşamlarında sigara içme anlamlı bir yer tutmakta: Hastalıktan kaynaklı utanç/ayıplanma duygusunun azaltılması, pozitif ve negatif özgürlüğü desteklemenin yanısıra yaşam kalitesi yönünden bakıldığında da temel gereksinim duyulan unsurlardan birisi olarak bulunmuştur (21).

Çalışma grubumuzda sigaraya hiç başlamamış kişilerdeki bağımlı kişilik puanlarının, halen sigara içen kişilere yakın bulunması, salt bağımlı kişilik özellikleri dikkate alındığında; bu özelliklerin fazla olmasının sigaraya başlamada bir etmen olarak değerlendirilemeyeceğini göstermektedir. Öte yandan bağımlı kişilik özelliklerini daha az gösterenler arasında sigara bırakma oranının daha yüksek bulunmuş olması, bu kişilerin bağımlılık yapıcı maddeye karşı psikolojik düzeyde daha az gereksinim duymaları nedeniyle daha kolay uzaklaşabilmeleri şeklinde yorumlanabilir.

SONUÇ

Sağlık personelinde sigara içme oranını ve içme davranışının bağımlı kişilik özellikleri ile ilişkisini araştıran bu çalışma sonucuna göre sağlık personelinin sigara içme oranında son 13 yıl içinde hiç azalma görülmediği gözlemlenmiştir. Yapılan çalışmalarda erkeklerin kadınlardan daha fazla sigara içtiği ama son yıllarda kadınlarda içme oranında belirgin bir artış olduğu hatta bazı çalışmalarda bu oranın erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sağlık personeli

içinde sigara içen veya içmeyen grubun bağımlı kişilik özellikleri açısından farklılık göstermediği buna karşın daha önce sigara içen ama çalışma sırasında bırakmış olan grupta bu özelliklerin daha az olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre sigara bırakma programlarının bağımlı kişilik özelliklerine de odaklanmasının bu programları daha başarılı kılabilceği söylenebilir.

KAYNAKLAR:

- 1- Doğan YB. Bağımlılık Kavramı ve Model Anlayış. Dilbaz, HN (ed.) Alkol ve Alkol Dışı Madde Bağımlılığı. Ankara, 1. Baskı 1998; s: 1-8.
- 2- Doğan YB. Bağımlılık: Kavram ve Model Sorunu. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı. Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Bilimsel Yayınlar Serisi 1996; 12 :115-121.
- 3- Mackay, J., Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization, 2002.
- 4- Aşut Ö. Hekim ve Sigara. I. Baskı, TTB Yayınları 1993.
- 5- Lynn J. Smoking Cessation. Beers MH, Berkow R (ed.) The Merck Manual. XVII. Baskı 1999; 2486-2490.
- 6- Shafey O, Dolwick S, Guindon GE. Tobacco control Country Profiles. The 12th World Conference on Tobacco or Health, American Cancer Society, WHO, IUAC., 2nd Ed 2003.
- 7- Emri S, Bağcı T, Karakoca Y, Baris E. Ever cigarette smoking in Ankara;. Recognition of cigarette brand names and logos by primary schoolchildren in Ankara, Turkey. Tob Control 1998; 7:386-392.
- 8- Sarp N., Önder ÖR. "Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Sıklığı; Sigara Sağlık İlişkisi Konusunda Bilgi ve Tutumları", Uluslararası Katımlı Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi. (29-31 Mayıs 1999). Program ve Özet Kitabı. S.48. İstanbul, 1999.
- 9- Öncel S. İzmir Metropolünde Çalışan Sağlık Personelinin Sigara Konusundaki Tutum ve Davranışları (Uzmanlık Tezi), T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir 1984.
- 10- Dilbaz N, Apaydın L. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşireler arasında sigara içme, bırakma sıklığı ve sigara içme davranışının özellikleri. Bağımlılık Dergisi 2002; 3: 73-83.
- 11- Uysal H, Özyurda F. "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde Çalışan Hemşirelerde Sigara İçme Durumu ve Sigaraya Başlama Nedenlerinin Tespiti" (Uzmanlık Tezi), Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara 1991.
- 12- Sezer RE, Açık Y, Bilgin N, ve ark. Elazığ ilinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerin Sigara Konusundaki Tutum ve Davranışları. Sigara Alarmı, 1992; 2: 9.
- 13- Fagerstrom K. New perspectives in the treatment of tobacco dependence. Monaldi Arch Chest Dis.

- 2003; 60(3):179-83.
- 14- Michalsen A, Richarz B, Reichart H, et al. Smoking cessation for hospital staff. A controlled intervention study. *Dtsch Med Wochenschr*, 2002; 23:127 (34-35): 1742-7
 - 15- Alaoui Yazidi A, Barta M, Mahmal A, et al. Smoking in Casablanca hospitals: knowledge, attitudes and practices. *Rev Mal Respir*. 2002; 19(4): 405-8.
 - 16- Kocabaş A. Türkiye’de Sigara İçme Alışkanlığının Yaygınlığı ve Bazı Özellikleri. *Solunum Hastalıkları Dergisi* 1994; 5(1): 133-147.
 - 17- Dedeoğlu N. Daily smoking among physicians in Antalya Province; Tobacco use among health personnel (physicians and nurses) in Antalya. *Turkish Journal of Smoking and Health* 1994; 1:7-11.
 - 18- Özkan H, Uçan S. Ankara Toplumunun Çeşitli Kesimlerinde Sigara İçme Sıklığı ve Sigara İçenlerde Dispepsi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 1992; 12(3):258-262.
 - 19- Black DW, Zimmerman M, Coryell WH. Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample. *Ann Clin Psychiatry* 1999; 11(3):129-36.
 - 20- Serman N, Johnson JG, Geller PA, et al. Personality disorders associated with substance use among American and Greek adolescents. *Adolescence* 2002; 37(148):841-54.
 - 21- Lawn SJ, Pols RG, Barber JG. Smoking and quitting: a qualitative study with community-living psychiatric clients. *Soc Sci Med*. 2002 ; 54(1):93-104.