

Dezavantajlı bir grupta işyerinde sigarayı bırakma programının bir yıllık sonuçları One-year results of a workplace smoking cessation program among a disadvantaged group

Durusoy R Davas A

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

Amaç: İşyerinde sigara bıraktırma girişimlerinin birçok avantajı bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, İzmir Bayraklı Belediyesi'nin temizlik işleri çalışanlarında 2010 yılında yürütülen sigarayı bırakma programını tanıtmak ve programın etkinliğini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Program 24 Mart 2010 tarihinde başlamıştır. İlk üç hafta içinde katılan 27 kişiye eğitim seansının ardından bireysel danışmanlık, sonraki haftalarda katılan 28 kişiye ise bireysel danışmanlık kapsamında eğitim verilmiştir. Eğitim öncesi ve en az bir ay sonrasında 20 maddelik bir soru formuyla bilgi düzeyi sorgulanmıştır. Eğitimler ve izlemler işyerinde yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Girişimin altı aylık ve bir yıllık sonuçlarının değerlendirilmesi için katılımcılar telefonla aranmıştır.

Bulgular: 55 kişiden oluşan araştırma grubunun yaş ortalaması 33,4±6,9'dur (23-54) ve sadece üçü kadındır. Grubun %60'ının eğitim düzeyi ilkökul ve altındadır. Grubun sigaraya başlama yaş ortalaması 15,3±3,3, günde içtikleri sigara sayısı ortalama 21,6±11,7'dir. Katılımcıların çoğunun 10 paket yılının üzerinde tüketimi vardır (%72,7). Katılımcıların bilgi düzeylerinde anlamlı artış saptanmıştır. Bilgi artışı sigaranın sağlığa etkilerinden ziyade bırakma tedavileriyle ilgili konularda olmuştur. Katılımcıların 46'sına farmakolojik tedavi önerildiği halde sadece 18'i önerilen tedaviyi uygulayabilmiştir. Önde gelen uygulayamama nedeni ekonomik sıkıntıdır (n=18). Katılımcılar ilk görüşmeyle birlikte ortalama 6,2±3,5 (1-15) kez izlenmişlerdir. Altı ayın sonunda izlemi tamamlanan 48 kişiden 13'ü (%27,1), bir yılın sonunda 43 kişiden 11'i (%26,2) sigarayı bırakmıştı. Bir yıllık izlemi yapılabilenlerin 16'sı da (%38,1) günlük içtiği sigara sayısını ortalama 12,9±8,9 (3-30) adet azaltmıştır.

Sonuç: İşyerlerinde sigara bırakma programlarının uygulanması, bunun işyeri hekimliği eğitiminin bir parçası olması erişkin sigara bırakma oranlarının düşürülmesine önemli katkılar koyabilir. Sigara bırakma tedavilerinin maliyetlerinin düşürülmesi veya bunların güvence kapsamına alınması başarıyı arttıracaktır.

Anahtar Sözcükler: Sigara içilmesi, işyerleri, işyerlerinde sigara bırakma programları.

Summary

Aim: Our aim was to introduce and evaluate a smoking cessation program conducted among Izmir Bayraklı Municipality's cleaning workers in 2010.

Materials and Methods: The intervention started in March 24, 2010. The first 27 participants attended a session and then individual counseling was conducted face-to-face at the workplace. The following 28 participants were only given individual counseling. Knowledge was assessed by a 20-item questionnaire applied before and one month after education. Participants were contacted by telephone to evaluate the six-month and one-year results.

Results: The mean age of the 55 participants was 33.4±6.9 (23-54) years and only three were women. Sixty percent had primary school or lower education. The mean age at starting smoking was 15.3±3.3 years and the mean daily consumption 21.6±11.7 cigarettes. Most of the participants had smoked >10 pack-years (72.7%). There was a significant increase in the knowledge level of the participants, particularly on issues concerning quitting, but not of the harmful effects of smoking. Although pharmacologic treatment was proposed to 46 of the participants, only 18 used the treatment, due to mainly economic reasons (n=18). Participants were followed up 6.2±3.5 times (1-15) on the average, including the first counseling. At six months, 13/48 (27.1%) and at one-year, 11/43 (26.2%) participants had quit smoking. Among the followed-up participants at one year, 16 (38.1%) had decreased consumption by a mean of 12.9±8.9 (3-30) cigarettes per day.

Conclusion: *The application of smoking cessation programs at workplaces could have a significant impact in lowering adult smoking rates. The reduction of the costs of cessation treatment or their coverage by the security scheme will improve the outcome.*

Key Words: *Smoking, workplace, workplace interventions for smoking cessation.*

Giriş

Türkiye'de sigara içilmesi, 2009 yılında kahvehane ve lokanta gibi eğlence yerlerinin de eklenmesiyle neredeyse tüm kapalı kamusal alanlarda yasaklanmıştır. Sigara kullanımının engellenmesine yönelik çok sektörlü, geniş kapsamlı bir mücadele programı da son beş yılda hız kazanmakla birlikte oldukça uzun süredir yürütülmektedir (1).

"Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı"nın temel hedefi ülkemizde 15 yaş üzerinde sigara içmeyenlerin sıklığını %80'in üzerine çıkarmaktır (1). Bu nüfusun büyük kısmı, özellikle erkekler olmak üzere istihdamda yer almaktadır. Bu nedenle işyerlerinde sigara kullanımının azaltılmasına yönelik girişim programlarının geliştirilmesi ve yürütülmesi büyük önem taşımaktadır. Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü'nün de aralarında olduğu uluslararası beş kuruluş, 2000 yılını "sigarasız işyerleri" yılı olarak belirlemiştir (2).

Sigarayı bırakma programlarının işyerlerinde uygulanmasının çeşitli olumlu yönleri vardır. Erişkinler, günlerinin yaklaşık üçte birini iş ortamında geçirir. Sigarayı bırakma ortamı olarak işyerleri hem büyük hem de görece homojen kitlelere ulaşma olanağı sağlar. İşyeri dışındaki ortam seçeneklerine göre daha yüksek katılım oranı sağlarlar. Daha sürekli olan bir akran desteği sağlayıp daha olumlu bir akran baskısı oluşturabilirler. Geleneksel olarak birinci basamağa daha düşük başvuru oranına sahip, dolayısıyla oradaki olanaklardan daha az yararlanma şansına sahip olan genç erkeklere odaklanma olanağı sunarlar. Dahası, işyeri sağlık çalışanları profesyonel destek sağlamak için ellerinin altında bulunur ve çalışanların bırakma programına erişmek için çaba ve zaman harcamaları gerekmez (3).

İşyerinde sigara içen birinin sağlığının nasıl etkilendiğini değerlendirirken onun çalışma ortamındaki tehlikelerini de göz önünde bulundurmamak gerekmektedir. İşyerlerinde kullanılan çok sayıda kimyasalın sağlığa olan etkisinin sigara kullanımıyla birlikte arttığı bilinmektedir (4).

İşyerlerindeki mücadele pasif içiciliğin önlenmesi açısından da önemlidir. Özellikle yöneticilerin sigara içtiği işyerlerinde, yasaklara rağmen kapalı ortamlarda da sadece pencerenin açılması gibi önlemler alınarak sigara içilebilmektedir. İşyerinde sigara kullanımının kısıtlanması hem sigara içenlerin hem de içmeyenlerin sağlığını korumaya yarar (2). İşyerlerinde sigara bırakma

programları aynı zamanda maliyet etkindir. Çünkü sigara sadece sağlık sorunları nedeniyle yapılan harcamaları arttırmaz, verimlilik azalmasına ve üretim kaybına da neden olur. Bunun yanında bina bakımı ve havalandırma harcamalarında artışa, sigara içme süresinin kaybına ve yangınlara yol açar (5).

Bir makalede mavi yakalılarının (%63) çalıştığı işyerlerinde sigara kısıtlayıcı girişimlerin beyaz yakalılarının (%83) çalıştığı yerlere göre daha az oranda bulunduğu bildirilmiştir(6).

Bu çalışmanın amacı, dezavantajlı bir grubun çalıştığı Bayraklı Belediyesi Temizlik İşleri'nde yürütülen sigara bırakma programını tanıtmak, verilen eğitimin katılımcıların bilgi düzeyine olan etkisini incelemek, altıncı ayda ve bir yılın sonunda bu programın sonuçlarını sigara bırakma hızları üzerinden değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem

Bayraklı Belediyesi Temizlik işlerinde 256 kişi çalışmaktadır. Burada çalışan yaklaşık 50 işçi Bayraklı Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü'ne başvurmuş, sigarayı bırakmak istediklerini ve bu konuda profesyonel destek istediklerini bildirmişlerdir. Bayraklı Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD arasında olan işbirliği protokolüne bağlı olarak bir öğretim görevlisi ve bir uzman hekim gönüllü olarak bu işe atanmıştır. 24 Mart 2010 tarihinden itibaren sigara bırakma programına katılmayı kabul eden kişilerle birlikte program yürütülmüştür. Temizlik işlerine işçi alımı bir sosyal program kapsamında yapılmış olduğundan eski mahkum (%70-80), madde ve alkol kullanımı olan çalışan oranı diğer işyerlerine göre daha fazladır. Tamamı mavi yakalılardan oluşan bu genç gönüllü grup, açık havada çalışmaları nedeniyle sigara bırakma açısından güç kabul edilen gruptandır. 30 Haziran 2010 tarihine kadar yeni gönüllüler çalışma kapsamına alınmış ve toplam 55 gönüllüyle program yürütülmüştür. Bu çalışmada testin gücü NCSS-PASS programı kullanılarak hesaplanmıştır (7, 8). Testin gücü; en az beklenen sigara bırakma hızı %16 kabul edilerek, tip 1 hata 0.05 olarak n=55 olarak hesaplandığında %97 olarak bulunmuştur.

Sigara bırakma programı

Bu program sigaranın zararları ve sigara bırakma yöntemleriyle ilgili iki saatlik bir eğitim ve sonrasında iş yerinde çalışanlarla bireysel görüşmeleri içermektedir.

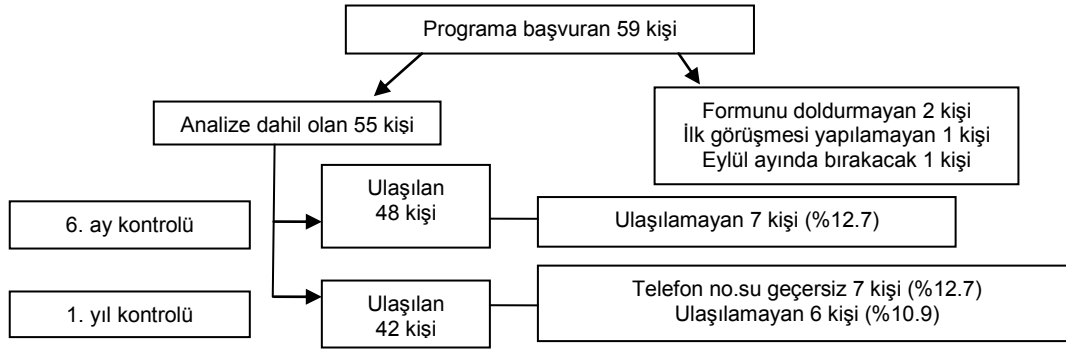
Bu iş yerinde çalışanların çöp toplama görevleri nedeniyle sürekli işyeri dışında ve vardiyalı olarak çalışmaları, programa katılım süreçlerini güçleştirmiştir. Bu nedenle program dahilinde yer alan eğitim işçilerin %49.1'ine verilebilmiştir.

İlk üç hafta içinde katılanlara (n=27) yaklaşık iki saat süren eğitim oturumunun ardından bireysel danışmanlık verilmiş, sonraki haftalarda katılanlara (n=28) ise bireysel danışmanlık verilmiştir. Her iki grubun seçiminde de randomizasyon yapılmamış, kişilerin gruplara katılımlarını programa gönüllü olarak katıldıkları tarih belirlemiştir.

Program kapsamında tüm katılımcılara broşürler ve kitapçıklar dağıtılmıştır. İlk görüşme sırasında hem görüşme formu hem de programı etkileyebilecek

değişkenlerin yer aldığı bir anket uygulanmıştır. Yüz yüze bireysel danışmanlığın ardından yöntem ve bırakma tarihi kararlaştırılmıştır. 30 Haziran 2010 tarihine kadar her Çarşamba olmak üzere haftada bir, Temmuz ve Ağustos 2010 aylarında 15 günde bir iki farklı vardiyayla görüşebilecek şekilde işyerine gidilerek izlemler ve yeni olgu görüşmeleri yüz yüze yürütülmüştür. Belediyeye anabilim dalı arasındaki işbirliğinin sona ermesi nedeniyle sonraki izlemler telefonla yapılmıştır.

Çalışma altıncı ayda 48 (%87.2), birinci yılda da 42 (%76.4) kişiye ulaşılarak sonuçlandırılmıştır (Şekil-1). Birinci yılda izlem kaybı yüksek olduğu için istatistiksel çözümler altı aylık sonuçlarla da yapılmıştır.



Şekil-1. Çalışma planının akış şeması.

Sosyo-demografik değişkenler

Katılımcılara, yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, doğum yeri, eğitim durumu, hanede yaşayan kişi sayısı, haneye giren toplam gelirle ilgili sorular sorulmuştur.

Sigara içme durumuyla ilgili değişkenler

Günlük sigara içme miktarı, sigara içme süresi, sigara paket/yılı, sigaraya başlanan yaş, başlama nedenleri, bırakma öyküsü, evde ve işte tüketilen sigara miktarları, pasif içicilik, ailenin sigara içme durumu, bağımlılık yapıcı madde ve alkol kullanımı, sigara içme isteğini arttıran nedenler araştırmada sorgulanmıştır. Sigara bağımlılığı altı sorudan oluşan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testiyle sorgulanmıştır.

Sağlık durumu

Son bir yılda konulan tanı, kullanılan reçeteli ilaçlar, son bir yılda sigaraya bağlı hastalık ve yakınmalar, aile öyküsü anket kapsamında sorgulanmıştır.

Risk algısı

Sigaranın sağlıklarına olan etkisine birden 10'a kadar puan (1= hiç zararlı değil, 10= çok zararlı) vermeleri açık uçlu olarak sorulmuş ve bunu rakam olarak yazmaları istenmiştir.

Bilgi puanı

Sigaranın zararları ve bağımlılık tedavileriyle ilgili bilgi düzeyini ölçen 20 sorudan hazırlanmış bir form, tüm katılımcılara programa katıldıkları anda uygulanmıştır (ön test). Eğitim seanslarına katılanlara eğitimden en az bir ay sonra aynı form tekrar uygulanmıştır (son test). Sorular önerme içermektedir ve katılımcıların Doğru/ Yanlış/ Bilmiyorum seçeneklerinden birini işaretlemesi beklenmektedir. Her bir doğru yanıtı birer puan verilerek 20 üzerinden bilgi puanı hesaplanmıştır.

İzlemler

Son görüşmeden beri sigara içme durumu, kullanılan yöntem, yöntemle bağlı şikayetler, bırakma sürecinde yaşanan sorunlar geliştirilen izlem formu aracılığıyla kaydedilmiştir. İzlem sayısı, önerilen/kullanılan yöntem, yöntemi kullanmama nedeni, başarı durumu gibi değişkenler de çözümlenmiştir.

Çözümleme

Sayım tipi değişkenlerin altı ay ve bir yılın sonunda sigarayı bırakma başarısına etkisi ki-kare, ölçüm tipi değişkenlerin etkisi ise Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. Ortalamalar, standart sapmalarıyla birlikte

sunulmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanındaki değişim Wilcoxon İşaretili Sıralar testi, bilgi sorularının her birine verilen doğru yanıtların oranındaki değişim de McNemar testi ile çözümlenmiştir.

Bulgular

Araştırma grubunun yaş ortalaması 33.4±6.9'dur. Tablo 1'de katılımcıların sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Kişi başına düşen gelir ortancası 283 TL (157-1250) olarak belirlenmiştir.

Tablo-1. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri.

Yaş	n	%
< 35	35	63.6
>35	19	35.2
Cinsiyet		
Kadın	3	5.5
Erkek	52	94.5
Medeni durum		
Evli	43	78.2
Bekar	10	18.2
Diğer	2	3.6
Doğum yeri		
İl	16	36.4
İlçe	8	18.2
Köy	20	45.5
Eğitim		
İlköğretim ve altı	33	60.0
Ortaokul	15	27.3
Lise	7	12.7

Tablo-2. Araştırma grubunun sigara kullanımıyla ilgili özellikleri.

Sigara paket yılı	n	%
0-10	15	27.3
11-20	23	41.8
21 ve üzeri	17	30.9
Fagerström Puanı		
Çok düşük (0-2)	11	20.4
Düşük (3-4)	11	20.4
Orta (5)	7	13.0
Yüksek (6-7)	15	27.8
Çok Yüksek (8-10)	10	18.5
Başlama yaşı		
8-12	11	20.0
13-17	29	52.7
18 ve üzeri	15	27.3
Toplam	55	100.0

Girişim grubundan 13 kişi son bir yılda hekim tarafından tanı konmuş bir hastalığı olduğunu, altı kişi düzenli olarak ilaç kullandığını bildirmiştir. Aile öyküsü olarak en sık bildirilen hastalıklar hipertansiyon (n=17), diyabet (n=13), akciğer kanseridir (n=6). Katılımcıların 20'si

(%36.4) sigaraya bağlı bir yakınmasının olduğunu, 9'u (%16.4) da sigaraya bağlı bir hastalığı olduğunu bildirmiştir. Son bir yılda sigaraya bağlı en sık bildirilen üç yakınma balgam (%35.7), öksürük (%32.1), nefes darlığı (%30.4)'dır.

Sigara kullanımıyla ilişkili değişkenler Tablo-2'de sunulmuştur.

Grubun sigaraya başlama yaş ortalaması 15.3±3.3 (8-21) olarak saptanmıştır. Günde içilen sigara sayısı ortalama 21.6±11.7 (5-65)'dir. Grubun %49,1'i evinde kendisi dışında sigara içen diğer bir kişi olduğunu belirtmiştir. Tamamının işyerinde sigara içilmektedir.

Grubun %10'u bağımlılık yapıcı bir madde kullanmaktadır. İki kişi de geçmişte kullandığını ama şimdi kullanmadığını belirtmiştir. Alkol kullananların oranı %32.7'dir.

Sigara içme isteği en çok yemekten sonra (%74.5) artmakta, bunu stres (%65.5) ve çay (%49.1) izlemektedir.

Sigaranın sağlığını ne derece etkilediğiyle ilgili verilen puanların ortalaması 10 üzerinden 8.72±1.96 (5-10)'dur.

Katılımcıların program başındaki bilgi düzeyi ortalamaları 20 üzerinden 9.7±3.1 (n=44), eğitim programı sonrasında ise 11.1±3.7 (n=13)'dir. Eğitim öncesi ve sonrası formları eşleşen 12 katılımcının bilgi puanı ortalamalarında anlamlı bir artış saptanmıştır (ön test 8.3±2.8, son test 11.0±3.8, p=0.013). Bilgi düzeyini ölçen formda yer alan önermeler ve verilen doğru yanıtlar Tablo-3'de sunulmaktadır.

Grubun %76.4'ü yaşam boyu en az bir kez bırakmayı denediğini bildirmiştir. Sadece üç kişi önceki bırakma girişimlerinde nikotin bandı kullandığını, neredeyse tamamı herhangi bir destek almadığını belirtmiştir. %58.2'si ileride hastalanma korkusu, %27.3'ü ekonomik nedenlerle, %23.6'sı çevresine zarar verdiği ve iyi örnek olmak istediği için sigarayı bırakmak istediğini belirtmiştir.

Tablo-4'te girişimin altı aylık ve bir yıllık sonuçları yer almaktadır. Günlük içtiği sigara sayısını azaltanlar, günde ortalama 12.9±8.9 (3-30) daha az sigara içmektedirler. Tablo-5'te katılımcılarla kararlaştırılan ve bırakma günü geldiğinde uygulanan tedaviler, önerilen tedavilerin uygulanmama nedenleriyle birlikte sunulmaktadır. Katılımcıların sadece üçte biri kadarı önerilen tedaviyi uygulayabilmiştir. En sık bildirilen uygulamama nedeni ekonomik sıkıntıdır.

Tablo-3. Katılımcıların programın başında (ön test) ve eğitimin ardından (son test) bilgi sorularına verdikleri doğru yanıtların değişimi.

Önerme ve doğru yanıtları (D=doğru, Y=yanlış)	Tüm katılımcılar Ön test n=53	Eğitim öncesi-sonrası çözümlemesi yapılan		Mc Nemar p
		Son test n=18	Son test n=18	
Sigaranın zararlarıyla ilgili önermeler				
Sigara akciğer kanseri yapar (D)	51 (98.1)	18 (100.0)	17 (94.4)	1.000
Sigara içmenin cinsel fonksiyonlar üzerinde bir etkisi yoktur (Y)	38 (74.5)	12 (66.7)	14 (77.8)	0.625
Sigara içenlerin yarısını öldürmektedir (D)	46 (88.5)	16 (88.9)	16 (88.9)	1.000
Sigara genetik bozukluklara yol açar (D)	45 (88.2)	17 (94.4)	16 (88.9)	1.000
Sigaranın cildin yaşlanması üzerine etkisi yoktur (Y)	38 (71.7)	14 (77.8)	15 (83.3)	1.000
Sigara akne, sivilce yapar (Y)	7 (13.5)	4 (25.5)	3 (18.0)	1.000
Sigara kalpte ritm bozukluğu yapar (D)	49 (92.5)	15 (88.2)	15 (88.2)	1.000
Sigara ile yeni doğan bebek ölümleri arasında ilişki vardır (D)	35 (66.0)	7 (38.9)	15 (83.3)	0.021*
Eşi yanında sigara içen bir gebenin bebeğinin normalden küçük doğma olasılığı artar (D)	39 (73.6)	9 (50.0)	13 (72.2)	0.289
Nikotin bağımlılığıyla ilgili önermeler				
Sigara sadece psikolojik bağımlılık yapar (Y)	45 (84.9)	4 (23.5)	5 (29.4)	1.000
Nikotin fiziksel bağımlılık düzeyi oldukça düşüktür (Y)	24 (47.1)	5 (27.8)	9 (50.0)	0.289
Sigara içen kişiler istedikleri zaman kolayca bırakabilirler (Y)	30 (56.6)	10 (55.6)	8 (44.4)	0.625
Sigarayı bırakmaya yardımcı yöntemlerle ilgili önermeler				
Sigarayı bıraktırmada etkili hiçbir yöntem yoktur (Y)	19 (35.8)	5 (27.8)	11 (61.1)	0.031*
Nikotin sakızları bırakma tedavisinde kullanılabilir (D)	21 (40.4)	2 (11.1)	10 (55.6)	0.039*
Nikotin tedavisi bağımlılık yapar (Y)	9 (17.3)	0 (0.0)	5 (31.3)	0.063
Nikotin bantlarıyla birlikte sigara kullanmak yan etkileri artırır (D)	16 (30.2)	5 (29.4)	7 (41.2)	0.688
Nikotin tedavileri sigara bırakma olasılığını iki kat artırır (D)	12 (22.6)	3 (17.6)	10 (58.8)	0.039*
Nikotin bandını kalp krizi geçirmiş kişiler kullanamaz (Y)	3 (5.7)	0 (0.0)	1 (6.3)	1.000
İlaç tedavisini sadece günde iki üç paket içen ağır içiciler kullanır (Y)	6 (11.3)	3 (17.6)	6 (35.3)	0.453
Sara hastaları sigarayı bırakırken ilaç tedavisi kullanmamalıdır (D)	12 (22.6)	1 (5.9)	7 (41.2)	0.031*

* p<0,05

Tablo-4. Altı ay ve bir yılın sonunda katılımcıların sigara bırakma durumları.

Sigarayı bırakma durumu	Altı aylık sonuçlar		Bir yıllık sonuçlar	
	n	%	n	%
Başarıyla bıraktı	13	27.1	11	26.2
Azalttı	23	56.1	16	38.1
Başarısız, aynı miktarda içiyor	9	22.0	13	30.9
Arttırdı	3	6.2	2	4.8
Toplam	48	100.0	42	100.0

Tablo-6'da bazı etmenlerin bırakma durumuna etkisi incelenmektedir. Altıncı ay ve birinci yılda etkileyen etmenlerde değişim olmuştur. Altıncı ayda araştırmacılar arasında ve yüz yüze izlem sayısında sigara bırakma açısından fark gözlenirken, birinci yılın sonunda bu farklar ortadan kalkmıştır. Altıncı ayda araştırmacı R'nin izlediği katılımcıların %41.7'si, A'nın da %11.1'i destek tedavisi kullanmıştır (p<0.005). Her iki dönemde de katılımcının yaşı, eğitim düzeyi, çocuk varlığı/sayısı, alkol kullanımı, ailede sigara içen birinin olması, yaşadığı evde sigara içilme durumu, Fagerström puanı, paket yılı, günde ortalama içilen sigara sayısı, toplam kaç yıl sigara içtiği, daha önce bırakmayı denemiş olma, geçmişte bırakabildiği en uzun süre ile bırakma başarısı arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo-5. Katılımcılara kararlaştırılan, uygulanan tedaviler ve uygulamama nedenleri.

Kararlaştırılan tedavi	n	İlk uygulanan tedavi	n	Son uygulanan tedavi	n	Uygulanmama nedenleri	n
Yok	5	Yok	31	Yok	36	Ekonomik nedenler	18
Nikotin sakızı	21	Nikotin sakızı	8	Nikotin sakızı	6	Sakızın tadı hoşuna gitmedi	6
Bupropion	8	Bupropion	6	Bupropion	6	Önce iradesini denemek istedi	1
Bant	3	Bant	2	-	-		
Dil altı tableti	3	Dil altı tableti	1	Dil altı tableti	1		
Bupropion+nikotin sakızı	3	Yapay sigara	1	Yapay sigara	1		
Nikotin bantı+dil altı tableti	2			Tütüneson	1		
Nikotin bantı+sakız	6						
Toplam	51	Toplam	49	Toplam	51	Toplam	25

Tablo-6. Çeşitli etmenlerin altı ayın ve bir yılın sonunda sigarayı bırakma durumuna etkisi.

Sayım tipi değişkenler (n,%)	Özellik	6 aylık sonuçlar			1 yıllık sonuçlar		
		Başarılı	Başarısız	p	Başarılı	Başarısız	p
Medeni durum	Evli	10 (25.6)	29 (74.4)	0.687*	7 (19.4)	29 (80.6)	0.058*
	Bekâr	3 (33.3)	6 (66.7)		4 (57.1)	3 (42.9)	
Beş yaş ve altında çocuğunun olması	Var	4 (25.0)	12 (75.0)	1.00*	2 (12.5)	14 (87.5)	0.086*
	Yok	8 (29.6)	19 (70.4)		9 (39.1)	14 (60.9)	
Doğum yeri	İl merkezi	4 (30.8)	9 (69.2)	0.704	1 (7.7)	12 (92.3)	0.055*
	İlçe/ köy	6 (23.1)	20 (76.9)		9 (40.9)	13 (59.1)	
Madde kullanımı	Var	0 (0)	6 (100)	0.715*	1 (16.7)	5 (83.3)	-
	Yok	13 (31)	29 (69)		10 (27.0)	27 (73.0)	
Eğitim şekli	Eğitim seansı	7 (31.8)	15 (68.2)	0.497	4 (20.0)	16 (80.0)	0.434
	Bireysel danışmanlık	6 (23.1)	20 (76.9)		7 (30.4)	16 (69.6)	
Araştırmacı	R	11 (47.8)	12 (52.2)	0.002	6 (30.0)	14 (70.0)	0.728*
	A	2 (8.0)	23 (92.0)		5 (21.7)	18 (78.3)	
Tedavi yöntemi kullanımı	Var	7 (46.7)	8 (53.3)	0.079*	2 (13.3)	13 (86.6)	0.276*
	Yok	6 (18.8)	26 (81.3)		9 (32.1)	19 (67.9)	
Ölçüm tipi değişkenler (ortalama±standart sapma)							
Kişi başına düşen gelir (TL)		271.9±129.8	361.5±194.1	0.088	313.7±200.3	341.8±177.5	0.612
İlk sigara içme yaşı		16.8±3.3	14.7±3.3	0.075	15.5±4.2	15.1±2.9	0.711
İşyerinde içtiği sigara sayısı		13.8±8.9	15.2±10.9	0.525	12.1±9.5	14.9±7.8	0.068
Yüz yüze izlem sayısı		8.2±3.2	5.9±3.4	0.033	6.4±3.8	5.5±2.9	0.555

* Fisher'in kesin testi

Tartışma

Bu işyerinde literatürde de sigara bırakmada etkili olduğu gösterilen işyeri girişimlerinden olan, eğitim, bireysel terapi ve kendi kendine destek materyalleri dağıtım teknikleri kullanılmıştır (3). Smedslund ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği meta-analizde işyeri sağlık girişimlerinde sigara bırakma hızları %6.1–30.8 arasında değişmektedir (9). Sigara içme hızları bizimkiyle benzer olan Hindistan'da bir işyerinde yürütülen ve sigara bırakma tedavilerinin de katılımcılara sağlandığı bir girişimde bırakma başarısı bir yılın sonunda %20 olarak bulun-

muştur (10). Bizim çalışmamızda bir yılın sonundaki %26,2 oranı bu çalışmadan daha iyi, ancak göğüs hastalıklarında sigarayı bırakma polikliniğine başvuranlarda bir yılın sonundaki %40 oranından daha düşüktür (11,12). Bunun nedeni, göğüs hastalıkları polikliniklerine sigara nedeniyle sağlığı daha fazla zarar görmüş olan, tanı almış olguların başvurusu ve gençlerde sigara bırakmanın daha güç olması olabilir (13). Araştırma grubunda 12 kişinin madde kullanımına dair beyanı vardır. Alkol kullanımı beyana dayalı olarak %32.7 olarak saptanmasına rağmen, alkol kullanımının yüksek olduğu

yöneticiler tarafından da bilinmekte ve bu işyerinde çalışanlar hergün alkolmetreyle ölçüm yapıldıktan sonra alana gönderilmektedir. Grubun tamamı mavi yakalılardan oluşmakta ve açık havada çalışmaktadır. Mavi yakalılarda sigara bırakma oranlarının daha düşük olduğunu gösteren yayınlar vardır (14).

Bu araştırmada görüşmelerin işyerinde sürdürülmesi, yönetimin uygulamayı desteklemesi, grubun bırakmak için kendi başvurmuş olması, yerinde eğitim ve izlem bu programın güçlü yanlarından sayılabilir. Grubun yaş ortalamasının düşük olması, eğitim ve ekonomik düzeylerinin kötü olması, sigara bırakma tedavilerinin katılımcılara sağlanamaması, işin açık alanda olması nedeniyle sigara içimine olanak tanınması programın yürütülmesini zorlaştıran etmenler olmuştur.

Sigaraya başlama yaş ortalaması altıncı ayda başarılı olanlarda ortalama 16.8 iken başarısız olanlarda 14.7 olarak saptanmıştır. Sigaraya başlama yaşının bırakma başarısını etkilemediğini bildiren başka iki çalışmada da başarısız olanların sigaraya başlama yaş ortalaması daha düşüktür (10,13).

Bu işyerinde çalışma çoğunlukla açık alanda yapılmaktadır. Bu da sigara bırakmayı zorlaştıran etmenlerden biri olmuştur. Literatürde çalışılan iş yerinde sigara içilmesinin bırakma hızlarını olumsuz etkilediği gösterilmiştir (3,12,16). Çalışmamızda birinci yılın sonunda başarılı olanlarda işyerinde içilen sigara miktarının daha düşük olması da bunu desteklemektedir.

Sigara bırakmayı zorlaştıran diğer etmenlerden biri de grubun gelir düzeyi düşük kişilerden oluşmasıdır. Sosyal güvenlik kurumu sigara bırakma tedavilerini ödemediği için bu kişilerin tedaviye erişimi zor olmuştur. Herhangi bir tedaviye erişimi olanlarda altıncı ayda, önerilen tedaviyi uygulayanlarda da birinci yılda bırakma oranlarının yüksek olması da bunu desteklemektedir. Türkiye’de yapılan diğer araştırmalarda da genellikle olgu sayıları düşük olduğundan tedavi kullanımı ve bırakma hızları arasındaki ilişki çok net gösterilememiştir. Solak ve arkadaşlarının çalışmalarında, farmakolojik tedavi alanlarla almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, farma-kolojik tedavinin başarı oranını arttırdığı sonucuna varılmıştır. Literatürde motivasyonel desteğin önemine vurgu yapılmıştır. Sadece farmakolojik tedaviye göre, destek ve tedavi birlikteliğinin daha etkili olduğu ortaya konmuştur (17,18). Bu araştırmada başarılı olanların yüz yüze izlem sayısı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Bu araştırmada altıncı ayda bırakma hızları açısından girişimi yapan araştırmacılar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Katılımcıların hangi araştırmacı tarafından izleneceği tamamen şansa bağlı olarak belirlenmiştir ve neredeyse tüm katılımcılarla her iki araştırmacı tarafından da izlem görüşmesi yapılmıştır. Bu durum, o dönemde

araştırmacıların R’nin toplam izlem sayısı ortalamasının A’ya göre daha yüksek oluşu, araştırmacı R’nin hastalarında destek tedavi kullanım oranının ve bununla uyumlu şekilde kişi başına gelir ortalamasının da daha yüksek oluşu ve madde kullanımının araştırmacı A’nın hastalarında daha fazla olmasına bağlanmıştır. Ancak birinci yılın sonunda bu farkın ortadan kalkması, altıncı aydaki izlemin tek başına sonucu değiştirebileceğini ve etkili yöntem uygulayıp bırakmış olanlarda altıncı aydan sonra relapsın önlenmesi için ek izlem gerekebileceğine dair ipucu vermektedir. Ayrıca altıncı ayda anlamlıya yakın fark gözlenen bazı değişkenlerin birinci yılda bu düzeylerini korumazken altıncı ayda etkisiz görülen bazı değişkenlerin birinci yılda etkili düzeye yaklaşması, süreç içinde etkileyen faktörlerin de değiştiğini düşündürmektedir.

Katılımcılara verilen eğitimin yararı olmuş, bilgi puanları anlamlı düzeyde artmıştır. Sigaranın zararları konusunda bilgi düzeylerinde bir değişiklik olmazken bırakma tedavileriyle ilgili maddelerde anlamlı düzeyde başarı oluşu, ilk konunun çok bilinen, ikincisinin ise az bilinen konular olmasına ve eğitimin etkili olmasına bağlanmıştır. İlk haftalarda programa katıldığı için eğitim grubunda yer alanların bırakmaya daha istekli olma olasılığı bulunmaktadır. Bu yanlılık olasılığına rağmen eğitime katılmış olmanın katılımcıların bırakma başarısını etkilememesi, işyeri bırakma programlarında iki yöntemden herhangi birinin kullanılabilirliğini göstermektedir.

Sigara bırakma bilgisinin öz bildirim dayalı olması araştırmacının diğer önemli sınırlılıklarındandır. CO ölçümleri yapılamamıştır. Katılımcı sayısı ve bir yıllık izlemi tamamlanabilen olgu sayısının azlığı, istatistiksel çözümlerinin gücünü sınırlamıştır. Belediyeye işbirliğinin ortadan kalkması izlemlerin düzenli olmasının önünde önemli bir engel olmuştur.

2007’de 14 ülkede yürütülen bir araştırmada işyerlerinde sigara bırakma programlarının yaygın olmadığı ortaya konmuş ve katılanların dörtte üçü işyerlerinde sigara içilmemesi gerektiğini düşündüklerini belirtmişlerdir (19). Oysa işyerleri en fazla zaman geçirilen ve girişim olanağının kolay olduğu yerlerdir. Sosyo-ekonomik düzeyin düşük olduğu bu işyerinde, poliklinik için yer, destek tedavisi için finansmanın olmaması gibi birçok engelle rağmen bırakma hızları yüz güldürücüdür. Başvuranların %26.2’si sigarayı bırakmışlardır. Bu tür girişimlerin artırılması Türkiye’de sigara içme oranlarının düşmesine önemli katkılar sağlayabilir. Sigara bırakma eğitimleri işyeri hekimi sertifikası programlarının zorunlu bir parçası haline getirilebilir. Sigara bırakma tedavilerinin sağlık sigortaları tarafından karşılanmaması önemli bir eşitsizlik kaynağıdır. Bu tedavilerin özellikle düşük gelirli gruplarda karşılanması, girişimlerin etkinliğini önemli düzeyde arttıracaktır.

Teşekkür

Bayraklı Belediyesi Temizlik İşleri Müdürlüğü'nden Birgül Kurutaş'a eğitim oturumları için sağladığı yer ve diğer lojistik destekleri için, Bayraklı Belediyesi Sağlık İşleri Müdürü Nurcan Pirgan'a da belediye çalışanlarında yaptığı sağlık taraması esnasında sigarayı bırakmak isteyen 60 kadar çalışan olduğunu tespit edip bize bildirdiği, bu girişimin gerçekleşmesini sağladığı için teşekkürlerimizi sunarız. Bayraklı Belediyesi Temizlik İşleri Müdürü Kenan Fidan'a da gösterdiği ilgi ve destek için teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2008-2012, Ankara 2008
<http://www.saglik.gov.tr/TSHGM/BelgeGoster.aspx?> (erişim tarihi 13 Mayıs 2009).
2. Bilir N, Yıldız AN. Çalışma Hayatı ve Sigara (Sigarasız İşyerleri). Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2008:7.
3. Cahill K, Moher M, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;4:CD003440.
4. Kotin P, Gaul LA. Smoking in the workplace: A hazard ignored. *Am J Public Health* 1980;70:575-576.
5. Bilir N, Aslan D. İşyerleri ve işveren açısından sigara kullanımının ekonomik boyutu.
<http://www.ttb.org.tr/STED/2007/ocak/isyerleri.pdf> (erişim tarihi 26 Ocak 2011).
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). State smoking restrictions for private sector worksites, restaurants and bars--United States, 2004 and 2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2008;57:549-552.
7. Özdamar K. Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. Eskişehir: Kaan Kitabevi; 2005:235-278.
8. Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme. İzmir: DEÜ Rektörlük Basımevi; 2006:182-184.
9. Smedslund G, Fisher K J, Boles S M, Lichtenstein E. The effectiveness of workplace smoking cessation programmes: A meta-analysis of recent studies. *Tobacco Control* 2004;13:197-204.
10. Mishra GA, Majmudar PV, Gupta SD, Rane PS, Uplap PA, Shastri SS. Workplace tobacco cessation program in India: A success story. *Indian J Occup Environ Med* 2009;13:146-153.
11. Solak ZA, Telli CG, Erdiñç E. Sigarayı bırakma tedavisinin sonuçları. *Toraks Derg* 2003;4:73-77.
12. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E, Benan Çağlayan B, Kader ŞN. Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. *Toraks Derg* 2005;6:151-158.
13. Grimshaw GM, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;4:CD003289.
14. Lindström M, Hanson BS, Ostergren PO, Berglund G. Socioeconomic differences in smoking cessation: The role of social participation. *Scand J Public Health* 2000;28:200-208.
15. Solak ZA, Kaçmaz Başoğlu Ö, Erdiñç E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olgularında sigarayı bırakma başarısı. *Tüberk Toraks Derg* 2006;54(1):43-50.
16. Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2):CD003440.
17. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N ve ark. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. *Tüberk Toraks Derg* 2004;52:63-68.
18. Kottke TE, Battista RN, De Friese GH, Brekke ML. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. A metaanalysis of 39 controlled trials. *JAMA* 1988;259:2883-2889.
19. Halpern MT, Taylor H. Beliefs regarding smoking in the workplace: results from the Global Workplace Smoking Survey. *Int J Public Health* 2009;54:391-401.