

ÖZEL KONU

SİGARAYA KARŞI SAĞLIK PERSONELİ*

Zuhal BAHAR**

GİRİŞ VE AMAÇ

Bir hastalığın toplumsal önemi görülme sıklığı ile ilgilidir. "Bir hastalık ne kadar sık görülüyor, ne kadar çok ölüme, iş ve güç kaybına neden oluyorsa, o toplum için önemli bir sağlık sorunudur" tanımından giderek sigara kullanımı, öncelikle sağlıkçıların üzerinde önemle durması gereken bir konudur.



Grafik 1. Avrupa Toplulukları Ülkelerinde Sigara İçme Oranları

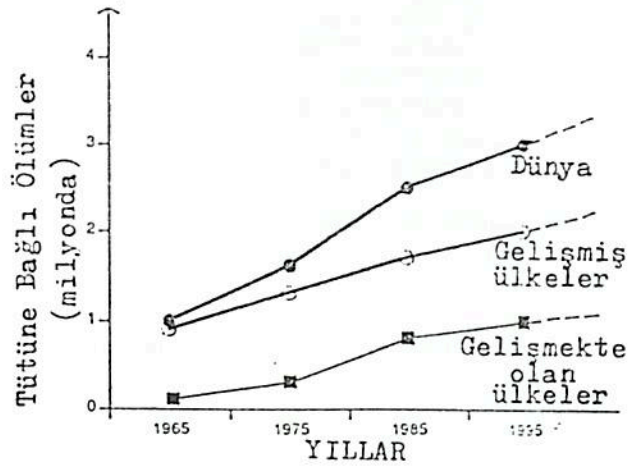
- * 28 Mayıs 1993 Sigara İle Savaş I. Ulusal Hemşirelik Simpozyumu'nda "Sigaraya Karşı Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Personeli" adlı panelde sunulmuştur.
- ** E.Ü. Hemş. H.Y.O. Halk Sağlığı Hemşireliği A.B.D. Öğretim Üyesi (Doç. Dr.)

Dünya'da, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sigara kullanımı çok fazladır. Grafik 1'de Avrupa topluluğu ülkelerinde sigara kullanımının % 25'i geçtiği, Danimarka'da % 45, Yunanistan'da % 43, Hollanda'da % 42 oranında çok yüksek olduğu görülmektedir (7). Türkiye'de ise erkeklerin % 62'si, kadınların % 24'ü sigara içmektedir (22).

Sigara içiminin dünyada çok sayıda insanın ölümüne neden olduğu Tablo 1'de ve 1965-1995'li yıllar arasında ölümlerin giderek arttığı Grafik 2'de görülmektedir (30).

Tablo 1. Dünya'da Sigara İçme ve Buna Bağlı Ölümler

Sigara İçme Durumu	1990'da Sigaradan Ölenlerin Sayısı
Gelişmiş Ülkelerde:	
Kadınlar: % 20-40 (özellikle genç kadınlar)	- Dünya'da: Yılda yaklaşık 3 milyon
Erkekler: % 30-40	- Gelişmiş Ülkelerde: Yılda yaklaşık 2 milyon
Gelişmekte Olan Ülkelerde:	
Kadınlar: % 2-10	- Gelişmekte Olan Ülkelerde: Yılda yaklaşık 1 milyon
Erkekler: % 40-60	



Grafik 2. Dünya'da Sigara İçme ve Buna Bağlı Ölümler

Eldeki verilere göre 1950-1975 yılları arasındaki 25 yıllık sürede dünyada sigaraya bağlı ölümlerin sayısı 10 milyon kadardır. Bu sayı 1975-2000 yılları arasındaki sürede 50 milyon dolayına çıkmaktadır.

İleriye dönük tahminlerde ise (sigara içme alışkanlığı aynı kalacağı varsayıldığında) 2000-2025'li yıllarda 120 milyon ve 2025-2050'li yıllarda 250 milyon insanın sigara nedeni ile öleceği hesaplanmaktadır (6). Akciğer kanseri ölümlerinden % 90'ının, kronik obstrüktif akciğer ölümlerinin % 75'inin, koroner kalp hastalığı ölümlerinin % 25'inin nedeni sigaradır (34). Ülkemizdeki ölümlere bakıldığında, en sık rastlanan ölüm nedeni kalp hastalığıdır. İkinci neden ise kanser olup, kanser ölümlerinin içinde birinci sırada akciğer kanseri bulunmaktadır (24).

Dünyada sigara içimi için pandemik tanımı kullanılmaktadır. Böyle bir salgına karşı yapılacak tek şey, etkene yönelik ölümleri bir an önce almaktır. Gelişmiş ülkelerde sigara karşıtı hareketler toplumda etkin olmuştur. D.S.Ö.'nün verilerine göre Kanada'da 5-6 milyon, İngiltere'de 10 milyon, ABD'de 40 milyon kişi sigarayı bırakmıştır (21). Gelişmekte olan ülkelerde ise durum daha farklı olup, sigara karşıtı hareketler daha az olmakta ve bu ülkeler gelişmiş ülkelerin sigara pazarı durumuna gelmektedir. Gelişmemiş/gelişmekte olan ülkeler, zaten sınırlı olan paralarını artık yalnızca bulaşıcı olan hastalıklara değil, aynı zamanda bulaşıcı olmayan (sigaraya bağlı hast.) hastalıklara da ayırması gerektiğini asla unutmamalıdır.

Dünyanın her ülkesinde bu savaşta öncülük sağlık personeline düşmektedir. 2000'li yıllarda sağlık hedefleri içinde "tütünsüz bir dünya" için insan sağlığına zararlı olan sigara ile mücadelede hekim, diş hekimi ve hemşire gibi sağlık personeli örnek model olmadıkça başarı söz konusu olmayacaktır. Özellikle ülkemizde bu sağlık personeli bu konuda gecikmiş görevlerini acilen üstlenmelidir.

Sağlıkçılar sigara ile savaş'ta amaçlarına ulaşmak için:

- Sağlık eğitimini doğru, etkin ve zorunlu yapmalı,
- Akut müdahalelerden önce korunmanın yararlarını bilmeli,
- Tüm bağımlılık yapan maddelerden kişileri korumalı, bunun için de bireyin kendisini tanımasına yardımcı olmalı, kişilere sağlıklı olmanın yararlarını öğretmeli,
- Sağlık riskleri ve sağlıksız davranışların değerlendirilmesine ilişkin eğitim yapmalıdır.

Bunun için D.S.Ö. tütünsüz bir dünyaya doğru sağlık personelinin "Neleri bilmesi", "Neleri görmesi", ve "Neleri yapması" gerektiğini belirlemiştir (30):

Tütün Tüketimine İlişkin Ne Bilmeli

- Sigaradaki tütünün zararlı bileşikleri
4000'in üzerinde kimyasal madde belirlenmiştir.
 - * Nikotin
 - * Karsinojenler (Yaklaşık 300)
 - * Karbonmonoksit
 - * Diğer iritanlar ve toksinler
- Nikotin bağımlılığı
 - * Fiziksel/mental bağımlılık
 - * İçine çekme sendromu
- Pasif içicilik
 - * Çevreyi kirletme
 - * Evde, topluma ait yerlerde, iş yerlerinde, sağlık kuruluşlarında
- Tütün kullanımının değerlendirilmesi
 - * Prevalans
 - * Tüketim (kullanım)
- Reklam ve satış
 - * Hedef: Gençler, kadınlar, yetersiz eğitilmişler, etnik gruplar, işçiler
 - * Destek: Spor ve kültürel etkinlikleri destekleme
 - * Ücretsiz dağıtım

Tütün Patolojisine İlişkin Ne Görmeli

- Tütünle ilişkili hastalıklar
 - * Kanser: Akciğer, larinks, ağız boşluğu, üst sindirim yolu, pankreas, böbrek, mesane, serviks
 - * Kalp-Damar Hastalıkları⁽¹⁾ : Koroner kalp hastalıkları, şok periferel damar hastalıkları ⁽¹⁾Oral kontraseptif kullananlarda risk artar)
 - * Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları (KOAH): Kronik Bronşit, (+) astım, amfizem
 - * Gebelikte: Spontan düşük, düşük kilolu doğum, perinatal ölüm, konjenital anomaliler

- * Diğer: Pepütik ülser, ağızda ülserler, osteoporoz, alt solunum yolu infeksiyonları
 - Pasif içiciliğin sağlığa etkisi
 - * Epidemiyolojik veriler: Morbidite, mortalite, risk tahminleri
 - Sigarayı bırakmanın yararları
 - * Sigaraya bağlı hastalık risklerinin azalması
 - Ekonomik/sağlığın ederi
- Tütün Politikasında Ne Yapmalı
- Kişisel düzeyde
 - * Kişisel düzeydeki olanaklar: Tütünsüz politikalar, bırakma servisleri
 - * Araştırma kurumları: Sigara kullanımında tüm düzeylerdeki araştırmalar: Klinik, epidemiyolojik, biyolojik, sosyo-ekonomik, sosyo-kültürel
 - * Bireysel sağlık personeli: Hastalara ve topluma model olarak rol alma
 - Toplumsal düzeyde
 - * Kitle iletişimi: Medya kullanımı, topluma hizmet kampanyaları, taraf tutma, bırakma kampanyaları
 - * Yerel idareler: Profesyonel sağlık grupları
 - * Dershaneler: Okula dayalı eğitim, sigara içmeyen öğretmenler
 - * İş yerleri: Sağlık sigortası, tütünsüz politikalar, bırakma servisleri
 - Ulusal düzeyde
 - * Politika/Yasal düzenlemeler: Kısıtlamalar/sigaranın zararlarına ilişkin yapımlar (bandlar), satışları minimize etmek, sigara içilen alanlarda uyarıcı levhalar, ödül politikaları, yasaları ağırlaştırma

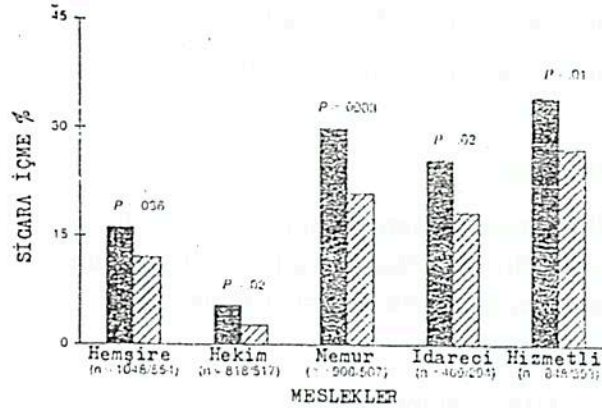
Bunun yanı sıra hastanelerde sigarasız bir ortam için politikalar belirlenmeli ve bu politikalar ve standartlar doğrultusunda sağlık personeli üstlerine düşen görevleri yapmalıdır.

Hastaneler sigara bırakma programlarının içeriğini ve yapısını belirleyip, uygulamalıdır. Örneğin hastalar bekleme odasında sağlık personelinin ilk yapacağı, sigara içenleri belirlemelidir. Sonra 1/2 dk. sigaranın zararları ve bırakılmasına ilişkin önerilerde bulunulmalıdır. Aynı zamanda bekleme odalarında küçük broşürler (kitapçıklar) verilmesi çok önemlidir. Bunun yanı sıra sağlık personeli kişilerde tartışmaya hazır olmalı "Open door-Açık kapı" politikasını uygulayarak, hastalara destek olmalıdır (29).

Hastanelerde sigara bırakma programlarına ilişkin olarak sağlık personeline aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur (32):

1. Hastanın sigara içip/içmediğini belirle ve kayıt tut.
2. Hastalar sigarayı bırakma için öneriyi çok açık bir biçimde vurgula.
3. Her fırsatta sigaranın zararlarına ilişkin eğitim ver (özellikle kardiyak, vasküler ve akciğer hastalığı olanlarla, gebelere).
4. Sigarayı bırakacak kişilerin sigara yerine koyacağı alternatifleri belirlemesi ve arkadaş/ailesinden destek alabilmesi için sigarayı bırakması için ve hafta içinde bir gün belirle.
5. İsteddiği zaman kendisine yardım edecek olan broşürler sağla.
6. Sigarayı bırakanları sürekli izle ve ödüllendir.

İngiltere'de hastanede sigarayı bırakma programının etkinliğini vurgulamak üzere sağlık personeli ve ziyaretçiler üzerine yapılan araştırmada politika sonrası sigara içimindeki düşürler Grafik 3 ve Tablo 2'de görülmektedir (27).



Grafik 3. Hastane Politikası Uygulamadan 6 Hafta önce ve 6 Hafta Sonra Meslek Gruplarında Sigara İçme Prevalansı

Tablo 2. Politika Öncesi ve Sonrası Sigara İçen Kişilerin Yüzdesi

	KAFETERYA					BEKLEME ODASI				
	Önce		Sonra		P	Önce		Sonra		P
	S	%	S	%		S	%	S	%	
Ziyaretçiler	422	13	329	0.3	0001	64	41	68	0	0001
Hizmetliler	422	2	330	0	0004	23	39	17	0	0001
Tüm Sigara içenler	846	12.4	659	0.15	0001	87	40	85	0	0001

Sağlık personeli, hastaları sigarayı bıraktırmada "National Cancer Institute'un "4 A" ile formüle ettiği soruları her yerde kullanılmalıdır.

4A

(Ask) Sigara kullanıp kullanmadığını SOR

(Advise) Sigara içenlerin sigarayı bırakmasını ÖNER

(Assist) Sigarayı bırakmalarına YARDIM ET

(Arrange Follow-up) Düzenli izlem YAP

Sigara içtiği (Ask) saptanan kişilere danışmanlık (Advise) hizmetlerine vermek gereklidir. Danışmanlık hizmeti vermek için kişinin motivasyonel ve fiziksel özellikleri 2 dakikalık bir görüşme ile değerlendirilmektedir (18).

1. Niyet öncesi (Burada hedef, kişinin sigarayı bırakmasını düşündürmek).
2. Niyet (Hedef-- kişileri bilinçlendirerek, bırakma gününe karar verdirmek).
3. Değişikliğin başlangıcı (Hedef--- sigaranın yerine (egzersiz, vb.) alternatifler bulmak)
4. Hatanın sürdürülmesi veya önlenmesi (Hedef--- kişilere sigarayı bir kez bırakamamanın ve içmenin mutlaka başarısızlık olmadığını anlatmak.

Sigara içen hastaları tanımak ve sigarayı bırakma safhalarını belirlemek için sorular, sigarayı bırakmanın dört evresine "ayırıcı tanı yaklaşımı" ve sigarayı bırakmaya çalışan hastalarda sigara içimi ile ilgili işaretler, yüksek risk durumları ve bunlara ilişkin önerilen girişimler EK I'de verilmiştir (18).

HEKİMLERİN SORUMLULUKLARI

"2000 yılında herkese sağlık" hedeflerinden olumlu sağlık davranışlarıyla ilgili olan alt hedefi, Avrupa'da 1995'e kadar ülkelerde toplumun % 80'inin sigara içmiyor olması ve tütün tüketiminin 1984'e göre % 50 azaltılmasıdır (34). Bu hedefe ulaşmak için D.S.Ö. 1987 yılında eylem planını uygulamaya koymuş ve "Hekimin Rolünü ve Hekim Örgütlerinin Sigara ile Mücadelede Görevleri"ni belirlemiştir.

Çağdaş tıp anlayışı hekimlerin rolünü yalnızca kriz olduğunda "güçlükleri yenmek" değil, aynı zamanda yaşam riskleri, çevresel koşulları bütüncül bir yaklaşımla irdeleyerek kişilere hizmet vermeleri gereğini vurgulamaktadır. Sağlık eğitimi, sağlığı koruma ve danışmanlık hizmetleri bugün artık hekimlerin siyah çantalarında vital rol oynamalıdır (32).

Latince Doktor kelimesinin kökeni Docere olup eğitmek demektir. Hekimlerin eğitim rolü ahlaki sorumluluklarıdır. Bu rolü yalnızca sağaltımda değil aynı zamanda hastalıklardan korunma ve sağlığı korumada etkin olarak uygulamalıdır. Bu nedenle doktorlar;

. Sigara içimini durdurtmalı

Kişilerin

. Nasıl sigarayı bırakacaklarını

. Sigaranın yerine ne gibi alternatifler koyacaklarını

. Sigarayı bırakma müdahalesinin ne kadar süreceğini

. Sigarayı bırakma mücadelesini nasıl destekleyeceklerini bilmelidir.

Eğitici rollerinde, hastalıklardan korunmada olduğu gibi sigarayı bırakma konusunda da ağırlıklı rol olmalı ve "Benim söylediğim gibi yap, yaptığım gibi değil" kavramını asla benimsememeli ve örnek model olmalıdır (33).

Hekimler 2300 yıl önce Hipokrat yemini ederek "öldürücü ilaç vermeyeceklerini, ölüme neden olabilecek ilaçları önermeyeceklerine" dair

and içmişlerdir. Hekimler 2300 yıl önce Hipokrat yemini ederek "öldürücü ilaç vermeyeceklerini, ölüme neden olabilecek ilaçları önermeyeceklerine" dair and içmişlerdir. Hekimler bu yemini son 40 yıl içinde tütün kullanmanın zararları üzerine özel anlamda kullanmış, tütün kullanımına karşı halka "3 milyon insan her yıl tütün kullanımına bağlı ölmektedir" mesajı vermiştir (32, 33).

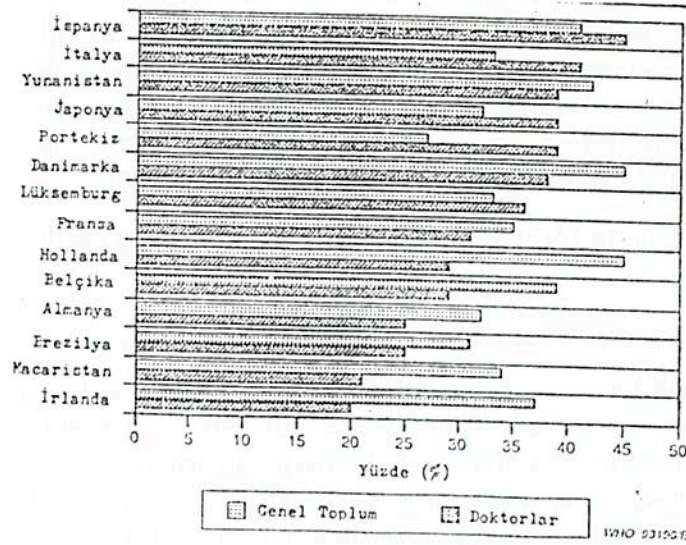
Hekimlerin tütünsüz bir dünya için rolleri şöyle özetlenebilir:

1. SİGARAYI BIRAKMAYA İLİŞKİN ROLLERİ

Hekimler sigara karşıtı tutumda örnek rol oynamadıkça, hekimlerin bu konuda mücadelelerinde güçlü ve etkili olmaları söz konusu değildir. Bir ülkede hekimlerin sigara içme oranları yüksek bulunuyorsa, ilk iş hekimlerde bu karşı tutumu geliştirmek olmalıdır. Tablo 3 ve Grafik 4'de Dünya'da hekimlerin sigara içme durumları ile genel toplumla karşılaştırılmaları görülmektedir (30, 32). Bazı ülkelerde genel nüfusa göre hekimlerin sigara kullanımı daha az iken, Lüksemburg, Japonya, İspanya, İtalya ve Portekiz'de hekimler genel topluma göre daha fazla sigara içmektedir.

Tablo 3. Genel Toplumla Hekimlerin Sigara İçme Durumlarının Karşılaştırılması (1990).

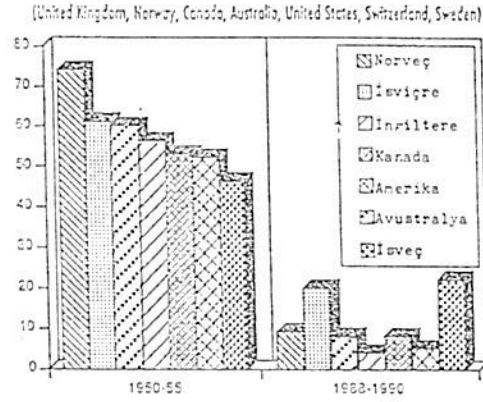
Ülkeler	Doktorlar	Genel Toplum	Sigara İçme Prevalansının Karşılaştırılması Doktorlar/Toplum
İrlanda	% 20	% 37	0.54
Hollanda	% 29	% 45	0.64
Macaristan (1989)	% 21	% 34	0.62
Belçika	% 29	% 39	0.74
Almanya	% 25	% 32	0.78
Brezilya (1978)	% 25	% 31	0.81
Danimarka	% 38	% 45	0.84
Fransa	% 31	% 35	0.89
Yunanistan	% 39	% 42	0.93
Lüksemburg	% 36	% 33	1.09
Japonya	% 44	% 38	1.16
İspanya	% 45	% 41	1.10
İtalya	% 41	% 33	1.24
Portekiz	% 39	% 27	1.44



Grafik 4. Genel Nüfusla Hekimlerin Sigara Kullanımının Karşılaştırılması, 1990.

Ülkemizde hekimlerin sigara içme prevalansı oldukça yüksektir. Dağlı Ankara'da Göğüs Hastanesi'nde hekimlerin % 49'unun, İnanç GATA Hastanesi'ndeki hekimlerin % 51'sinin, Sezer Elazığ'da erkek hekimlerin % 51.67'sinin, kadın hekimlerin ise % 34.48'inin sigara içtiğini saptamıştır (12, 16, 25). Ülke genel popülasyonu ile erkek hekimlerin Sezer'in bulgularına göre karşılaştırılmasında erkek hekim/genel erkek nüfus oranı 0.83, kadın hekim/genel kadın nüfusu oranınının 1.43 olduğu belirlenirki bu oranında özellikle kadın hekimlerde çok yüksek olduğu söylenebilir.

Sigara mücadelesinde başarılı olan ülkeler, hekimlerin bu mücadeleye aktif katılımları ile bu sonuca ulaşmıştır. Sigara ile mücadelede Doll ve Hill adlı İngiliz hekimleri öncü olup, Londralı hekimlerin sigara konusunda 1962 yılında ilk "sigara ve sağlık" raporunu çıkarmaları sigara mücadele tarihinde önemli bir kilometre taşıdır (26). Grafik 5'de 1950-1990 yıllarında bazı ülkelerde hekimlerin sigara içme prevalansındaki düşmeler görülmektedir. 10 yıl öncesinde İngiliz hekimlerin % 50'sinin üzerinde olan sigara içme prevalansı bugün % 10'ların altına düşmüştür (32).



Grafik 5. 1950-1990, Doktorlar Arasında Sigara İçme Prevalansındaki Değişmeler

Hekimlerin ihtisas dallarına göre sigara içme prevalanslarının değişmekte olduğu Tablo 4'de görülmektedir.

Tablo 4. Doktorların İhtisas Dallarna Göre Sigara İçme Prevalansları

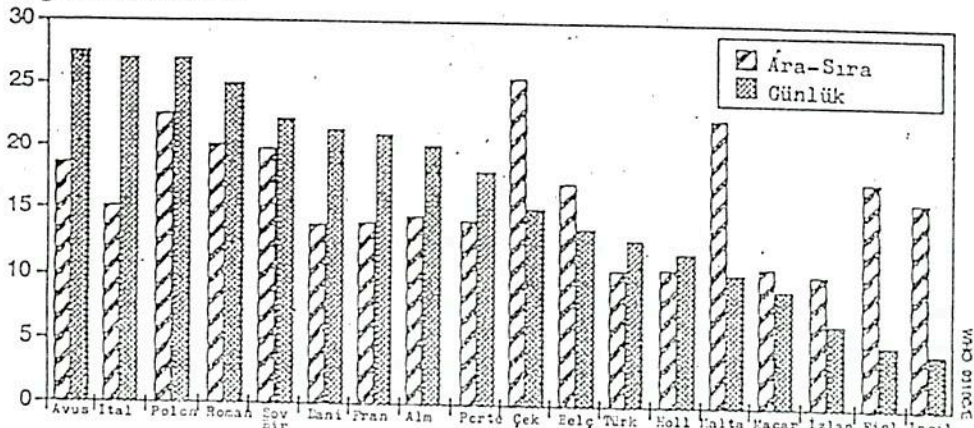
Japonya		Erkek	Macaristan (1989)			
			Günlük	Sıra	İçmeyen	
1991	Pratisyen ve Uzman	% 44	Pediatrist	% 18	% 5	% 77
1986	Okul Doktoru	% 34	Dermatolog	% 20	% 3	% 77
1987	Onkolog	% 25	Diş Hekimi	% 26	% 4	% 70
			Cerrah	% 31	% 6	% 63
			Nörolog	% 34	% 12	% 54
			Tüm	% 24	% 5	% 71
İsviçre (1990)		Ara				
		Günlük	Sıra	Borakan	İçmeyen	
Pratisyen		18	14	27	41	
Kadın Doğum Uzmanı		26	10	31	33	
Cerrah		33	8	38	22	
Tüm Doktorlar		20	14	26	40	
Nijerya (1991)		Prevalans				
Pratisyen		17				
Cerrahi		21				
Kadın Doğum Uzmanı		31				
Pediatris		14				

Tablo 5'de değişik ÷lkelerdeki diş hekimlerinin sigara kullanma prevalansları gör÷lmektedir (32). Amerika'da sigara içen diş hekimi oranı % 7 olup çok d÷şük oranda iken, Macaristan'da bu oran % 26 ile y÷ksek bulunmuştur. ÷lkemizde ise Sezer diş hekimleri ile sigara içme oranını % 71.4 olarak saptamıştır (25).

Tablo 5. Diş Hekimleri Arasında Sigara Kullanımı

÷lkeler	Hiç Kullanmayan	Bırakan	Ara-sıra Kullanan	Sigara Kullanan
Amerika B.D.	% 58	% 35	---	% 7
Macaristan	% 70	---	0 4	% 26
Logos	% 62	% 20	---	% 18
Danimarka	% 56	% 20	% 6	% 18

Bug÷n bir çok ÷lkede hekim ve diş hekimleri sigara içmeyerek tıp ÷ęrencilerine örnek olmaktadır. T÷t÷n ve sağlık komitesinin tıp ÷ęrencilerinin sigara içme tutum ve alışkanlıklarına ilişkin verileri Grafik 6'da gör÷lmektedir. Hekimlerin sigara içme alışkanlıklarının az olduğu İngiltere, İsviçre, Norveç gibi ÷lkelerdeki tıp ÷ęrencilerinin az sigara içtiği, buna karşın İspanya, İtalya, Yunanistan gibi ÷lkelerde hekimlerin çok sigara içmesine paralel olarak tıp ÷ęrencilerinde çok sigara içtiği açıkça gör÷lmektedir (32). ÷lkemizde de hekimler y÷ksek oranda sigara içmekte olduğundan tıp ÷ęrencileri ve diş hekimi ÷ęrencileride y÷ksek oranda sigara içmektedir.



Grafik 6. Avrupa ÷lkelerinde 1. ve Son Sınıf Tıp ÷ęrencilerinin Ara-sınıf ve G÷nlük Sigara İçme Durumları

Sigara konusunda gençler hedef alındığından, hekimler sigara içmeyerek yarınların sağlık personeline örnek rol modeli olmalıdır. Hekim odaları da bu konuda ağırlıklı sorumluluk üstlenmelidir.

2. SİGARAYI BIRAKTIRMA ÇALIŞMALARI

Hekimlerin kişilere sigarayı bırakmalarına ilişkin danışmanlık görevleri çok önemlidir. 1950-1960'larda hekimler sigaradan korunmada konumlarının farkında değilken, bugün gelişmiş ülkelerde danışmanlık rollerini üstlenmiştir. Birçok ulusal çalışmada toplum, sağlık konusunda bilgilerinin geçerli ve güvenilir kaynağı olarak hekimi tanımlamaktadır. Ancak yine bir çok ülkede sağlık sistemleri bu etkinliklerine zaman ayırmalarına olanak vermemektedir.

ABD'de Dr. Ronald Davis, sigaraya karşı kampanyaya hekimlerin katılmasının gerekliliğini 4 ana nedenle açıklamaktadır (29).

1. Sigara içenler aileleri tarafından kendilerini pasif içici durumuna düşürme konusunda yumuşak veya sert biçimde eleştirilmelerine ilgisiz kalabilmelerine karşın hekimlerin önerilerini olumlu olarak kabullenir.

2. Sigara içenler sıklıkla doktorlarla ilişki halindedir. Amerika'da her sigara içen kişi yılda ortalama 4.3 kez hekime gitmekte ve hekimler her yıl tüm sigara içenlerin en azından % 70'i ile ilişki kurar. Yine sigara içenlerin % 60'ı dış hekimleri ile ilişki halinde olup yılda en az 1 kez muayene olmaktadır.

3. Hekimler sigara içenlere hastalıklarının nedeninin sigara olduğunu vurgularsa sigarayı bırakma önerileri daha etkili olur.

4. Yapılan çalışmalar; doktor ve dış hekimlerinin en küçük girişimler sırasında yapacakları bir kaç dakikalık danışmanlıklarının ve yanı sıra verecekleri broşürün sigaranın bırakımında başarıyı % 5 oranında artırdığını göstermiştir.

Hekimlerin sigara ile mücadeledeki başarılarını gösteren bir çok araştırma vardır (8, 9, 10, 15, 19, 23, 35, 36). Hekim önerisinin yanı sıra tüm yöntemler birlikte kullanıldığında başarı oranı daha fazla olmaktadır. Cohen ve arkadaşları hekim önerisi yanı sıra nikotin sakızı verme, uyarıcı etiket yapıştırılan grupta, bu uygulamaların tek tek yapılan gruplara oranla sigarayı bırakma düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamıştır (8). Wilson ve arkadaşları hekim müdahalesinin yanı sıra öneri, sigara bırakma tarihinin belirlenmesi, nikotin sakızının

verilmesi ve izlem yapılmalı ile 3 ay sonra sigara bırakma oranının 8.8 ile bu oranın 4.4 olduğu kontrol grubuna oranla yüksek bulmuştur (35). Wilson ve arkadaşları danışmanlık süresinin önemini belirterek, deney grubunda danışmanlık süresi ortalama 8.25 dakika, kontrol grubunda 7.04 dakika olarak yürüttüğü araştırmasında, deney grubundaki başarının (% 6) daha fazla olduğunu göstermiştir (36).

Buna karşın ABD'de son verilere göre hekimlerin % 90'ı hastalarının sağlığı için sigarayı bırakmaları gerektiğine inanmakta, % 60'ı önerilerde bulunmak için kendilerini hazır hissetmekte, % 50'sinden daha azı gerçekten önermekte ve yalnızca %3'ü başarılı olmaktadır. Journal of the American Dental Association'ın yaptığı son bir araştırma verisinde oldukça ilginçtir. Bu araştırma diş hekimlerinin % 76'sı ve doktorların % 37'sinin danışmanlık için ancak sağlık sigortasının ek bir ödeme yapması durumunda daha çok zaman ayıracıklarını belirttiğini göstermektedir (33).

Hekimlerin kişilere sigarayı bırakmada yardımcı olmalarında daha başka engellerde var olup bu engeller 4 başlık altında toplanabilir (18).

1. Hekimlerin öneride bulunabilecek eğitimlerinin eksik olması,
2. Hekimlerin öneride bulunabilecek zamanlarının olmaması,
3. Hekim önerisinin etkisizliği,
4. Hastanın ilgisizliği.

Eğer hekimler hizmet-içi eğitimle desteklenecek olursa, hastaların sigarayı bırakmasına yardım etmedeki becerileri doğal olarak artacaktır. Cummings ve arkadaşları (1989) hekimlere sigarayı bıraktırma konusunda eğitim vermiş, eğitim öncesi bu konuda "etkiliyim" diyen hekimlerin puanı 32.4 iken, eğitim sonrası bu puanları 58.8'e yükselmiş, eğitim öncesi "yetenekliyim" diyen hekimlerin oranı eğitim sonunda % 1000.0'e ulaşmıştır (10).

HEMŞİRELERİN SORUMLULUKLARI

D.S.Ö., sağlığın korunmasında ve yükseltilmesinde hemşirelerin "anahtar" rol oynayacaklarını belirtmekte ve hemşirelik fonksiyonlarının 4 ana grupta toplanması gerektiğini vurgulamaktadır:

1. Doğrudan bakım
2. Sağlık eğitimi
3. Danışmanlık
4. Araştırma

Hemşirelerin sağlığın korunmasında "sağlık eğitimi" ve "danışmanlık" rolünü etkin kullandığı ölçüde sağlık göstergelerinde olumlu değişimlerin olacağı belirtilmektedir (3). Hemşireler bu yeteneklerini sigara ile mücadele konusunda da üstlenmelidir. Sağlık hizmetleri içinde, sigara içme davranışının sosyal ve psikolojik analizleri çok önemlidir. Sigaranın zararlarını bildikleri halde sigara içen hemşireler yalnızca kendi sağlıklarına değil, aynı zamanda pasif içicilikle bakım verdikleri kişilere de zarar vermektedir. Bunun ötesinde, hemşirelerin sigara içmesi hizmet verdikleri kişilerin ve olumlu sağlık davranışı göstererek sağlığın yükseltilmesine katkısı olan diğer sağlık personellerinin gözünde prestijlerini düşürür. Bu nedenle sigara ile mücadelede hemşirelerin iyi model olma zorunlulukları ve sorumlulukları vardır.

Hemşirelerin tütünsüz bir dünya için rolleri şöyle özetlenebilir:

1. SİGARAYI BIRAKMAYA İLİŞKİN ROLLERİ

Hemşireler sağlık bakımı içinde çok geniş bir profesyonel gruptur. Ancak sağlık profesyonelleri arasında paradox yaratmaktadır. Çünkü, bir çok ülkede aynı yerde çalışan diğer sağlık profesyonellerinden, örneğin doktorlardan, daha çok sigara içtikleri rapor edilmiştir (31). Ayrıca hemşireler Kanada ve Amerika dışında genel kadın nüfusundan daha çok sigara içmektedir (Tablo 6). Hemşirelerin sigara içme prevalansı öğretmen, diğer sağlık personeli ve genel toplumdaki diğer kişilerden daha fazladır (1, 5, 31).

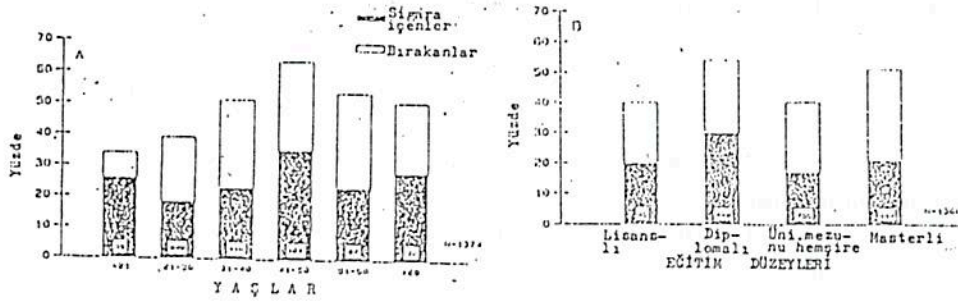
Ülkemizde de hemşirelerin yüksek oranda sigara içtikleri bilinmektedir. İnanç GATA'daki hemşirelerin % 56.6'sının, Bayık Ege üniversitesindeki hemşirelerin % 52.3'ü'nün sigara içtiklerini belirtmiştir (4, 16). Türkiye'de kadınların % 24'ü sigara içmekte olup, sağlıklı uğraşan hemşirelerin genel kadın nüfusuna oranla çok fazla sigara kullandıkları dikkat çekicidir.

Amerika'da yapılan bir araştırmaya göre; hemşirelerin sigara içme davranışı en yüksek 41-50 yaş grubunda ve diplomalı hemşirelerde olduğu belirtilmiştir (Grafik 7). Grafik 8'de hemşirelik dalgaları içinde en az oranda Pediatri hemşirelerinin sigara içtikleri görülmektedir (5).

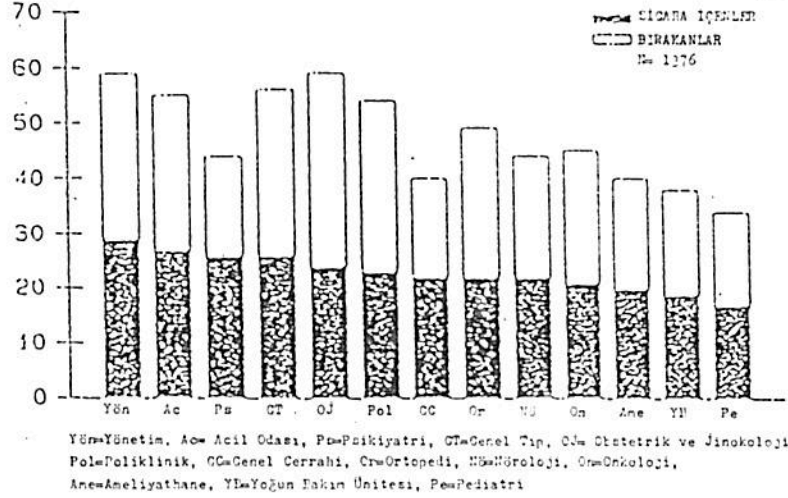
Avustralya'da yapılan bir çalışmaya göre de toplum sağlığı hemşirelerinde sigara içme prevalansı (% 14) hastanede çalışan hemşirelere göre % 32) oldukça düşük bulunmuştur (31).

Tablo 6. Hemşireler ve Kadın Nüfusunda Sigara İçme Prevalansı

Ülkeler	Yıl	Sigara Davranışı	
		Hemşire	Kadın Nüfusu
Avustralya	1991	% 28	% 23
Belçika	1984-85	% 39	% 29
Kanada	1990	% 17	% 31
Macaristan	1992	% 27	% 25
İrlanda	1980	% 37	% 27
Japonya	1991	% 26	% 15
Hollanda	1983	% 31	% 35
Yeni Zelanda	1981	% 39	% 35
İsveç	1983	% 57	% 35
İngiltere	1984	% 39	% 32
Amerika B. D.	1990	% 19	% 22



Grafik 7. Sigara İçen Hemşirelerin Yaş Gruplarına (a) ve Eğitim Düzeylerine (b) Göre Dağılımı



Grafik 8. Sigara İçen Hemşirelerin Çalıştıkları Alanlara Göre Dağılımı.

Adriaanse ve arkadaşlarının 21 ülkede 1950-1988 yılları arasında yürüttükleri araştırma sonuçlarına göre; toplum sağlığı hemşirelerinin sigara içme prevalansı en düşük, psikiyatri hemşirelerinin ise en yüksek olduğu saptanmıştır (1).

Hemşirelerden sağlık bakımına olumlu etki yapmaları beklenir. Böyle iken hemşireler neden bu olumlu rollerini sigara içme davranışlarında kullanamamaktadır? Hemşirelerin sigara içmesine etki eden faktörler şöyle özetlenebilir:

- Mesleki konum
- Rollerindeki ikilem
- İş stresi
- Hemşirelik rolleri hakkındaki beklentilerini bulamama
- Sosyal desteğin az olması (1, 5, 31).

Stres hemşirelerde kronik yorgunluk, yüksek absenteizm ve fazla sigara içimi gibi olumsuzluklara neden olmaktadır. İngiltere'de yürütülen bir araştırmada hemşirelerin % 75'i hastanede çalışıyor olmaları, % 25'i ölüm ve ölüyor olan kişilerle uğraşıyor olmalarından, % 40'ı meslektaşları ile tartışma ve % 40'ı doktorlarla olan tartışmadan stres aldıklarını belirtmiştir. Ayrıca farklı düzeylerde farklı deneyimli

hemşirelerin olması stresi arttıran bir önemli unsur olarak saptanmıştır (31). Şu bir gerçektir ki hemşirelerin işleri emosyonel ve fiziksel olarak çok yorucudur. Bir çok ülkede hala görev analizlerinin olmaması, rol karmaşasına neden olmaktadır. Bunun yanı sıra hem hizmet verdikleri gruptan, hemde ekip arkadaşlarından beklentilerini bulamama, sorunları tartışacak zamanlarının bile olamaması gibi sosyal desteğin az olması hemşirelik mesleğinde stresi doğurmaktadır. Ancak hemşireler bu stresi sigara içerek olumsuz olarak başetmektense, zamanlarını doğru yönlendirecek aktiviteler bulmalıdır.

Hemşirelerin sigarayı bırakmalarına nasıl yardım edilebilir ? Bunun için D.S.Ö. 3 basit yaklaşım önermektedir (31):

1. Hemşirelerin iş koşullarını daha iyi hale getirmek.
2. Hemşirelerin problemlerini diğer kişilerle birlikte tartışacakları ortamları sağlamak.
3. Hemşirelerin sigarayı bırakmada özel yetişmiş destek gruplarından yardım almalarını sağlamak.

Hemşireler arasında sigara içimi genelde yüksek bulunmasına rağmen, gelişmiş bazı ülkelerdeki hemşireler konunun farkına vararak sigara içme prevalanslarını düşürmüşlerdir. Örneğin ABD ve Kanada'daki hemşirelerde sigara içim hızı azalmıştır. ABD'de hemşirelerin sigara içim hızı 1972'de % 36'dan 1991'de % 21'e, Kanada'da bu oran 1969'da % 29'dan 1990'da % 17'ye düşmüştür (31).

Hemşirelerin "Dünyada Tütünsüz Gün 1993'ün teması olarak alınması yalnızca sağlık personelinin önemli bir elemanı olmalarından değil, aynı zamanda çoğunun kadın olmasındandır. Eğer hemşireler bu önemli rollerini üstlenemezlerse, sigara üreticilerinin kadınları ve gençleri pazar olarak seçmelerine katkıda bulunmuş olacaklardır (20). Bu nedenle hemşireler önce kendileri ve meslektaşlarının sigara içmemesini sağlayarak topluma örnek model rollerini üstlenmelidir. D.S.Ö. hemşirelerin sigara içme nedenlerini, mesleki durumlarını, iş streslerini belirleyici araştırmalara ağırlık verilmesini vurgulamaktadır. Yine D.S.Ö. genç hemşirelik öğrencilerini hedef almanın ve hatta eğitim programlarında konuya eğilmenin, nikotin bağımlılığı olan hemşireleri kurtarmaktan daha kolay ve akılcı olduğunu bildirmektedir (1).

Öğrenci hemşirelerin sigara içme alışkanlıkları onların eğitim yıllarında stres ile baş edememe ve mezunları örnek almasından kaynaklanmaktadır. Bunun için hemşirelikte iddialı eğitimin yanı sıra, stres ile baş etme becerisi verilmelidir.

Ülkemizde öğrenci hemşirelerin sigara kullanma oranları oldukça yüksektir. Ulusoy'a göre hemşirelik öğrencileri I. sınıfta iken % 7 oranında sigara içerken III. sınıfta bu oran % 40'a ulaşmaktadır (28). Çakıroğlu ve arkadaşları Florence Nightingale Hemşirelik Okulu'nda öğrencilerin % 32'sinin sigara kullandığını belirtmektedir (11). Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda okuyan öğrencilerin 1984 yılında % 35.50, 1983 yılında % 23.92 oranında sigara içtiği saptanmıştır (13, 14).

Hemşireler sigara içmeyerek, öğrenci hemşirelere de örnek olmalıdır.

2. SİGARAYI BIRAKTIRMA ÇALIŞMALARI

Hemşirelerin ana görevlerinden biri hizmet ettiği kişilere sağlıklı davranış kazandırmaktır. Bu nedenle "Sağlık Eğitimi" iyi bilmeli ve etkin kullanılmalıdır. Sigaraya ilişkin sağlık eğitimcisi olarak rol oynama kavramına hemşirelerin inanmaları gerekir. Haverty ve Kendall hemşirelerin uygun eğitilmeleri durumunda sağlık eğitimcisi olarak var olan potansiyellerini yaygın kullanabileceklerini vurgulamıştır (1). Bu nedenle hemşireler birinci basamakta sağlıklı kişilere sağlığı koruma ve yükseltme amacı ile sağlık eğitimi yaparken, ikinci basamakta hastalara, hastalıkları ile sigaranın ilişkisini vurgulamalıdır. Ayrıca ikinci basamakta T.S.H. kavramı doğrultusunda hasta refakatçilerine da eğitim programlarını uygulamalıdır.

Yapılan bir çalışmada hemşirelerden sigaranın zararlarına ilişkin eğitim alan sigara içen kadınların bilgi düzeylerinde % 24.9'luk bir artış ile % 20.8/i bu bilgilerini davranışa geçirerek sigarayı bıraktıkları saptanmıştır (2). Bu da hemşireler tarafından verilen eğitimin önemini vurgulamaktadır.

Ancak hemşirelerin sigarayı bırakma programlarında gerek eğitimci rollerinde ve gerekse danışmanlık rollerinde diğer sağlık personelinin arkasında yer aldıkları gözlenmiştir (1, 31). Bunun ağırlıklı nedeni sigara içen hemşirelerin bu olayın önemini kavramasının sigara içmeyenlere göre çok daha düşük ve sigara içen hemşirelerin negatif tutumlarının daha kuvvetli olmasına bağlanabilir.

Yapılan bir çalışmada "hemşirelerin hastane ünitlerinde sigara içmeye hakkı vardır" görüşüne sigara içen hemşirelerin % 43, hiç içmeyenlerin % 19, bırakmış olanların % 32'sinin katıldığı; "hastaların hastanede sigara içme hakkı vardır" görüşüne sigara içen hemşirelerin % 28, hiç içmeyenlerin % 8, bırakmış olanların % 13'ünün katıldığı belirlenmiştir. Ayrıca "hemşirelerin hastalarına sigara bıraktırmada

danışmanlık rolü vardır" görüşüne sigara içenlerin içmeyenlere oranla daha az katıldıkları saptanmıştır (5). ABD'de 1969 yılında hemşirelerin % 30'u sigara içmeme önerisinde bulunurken, 1979 yılında bu oranın % 77'ye yükselmesi, hemşirelerin yapması gereken rollerin bilincine vardığını düşündürmekle birlikte dikkati çeken nokta sigara içenlerin % 50'si, içmeyenlerin % 65'i öneride bulunmaktadır (17).

Sonuç olarak hemşireliğin sağlık eğitimi ve danışmanlık gibi önemli bağımsız fonksiyonlarını "Tütünsüz Bir Dünya İçin" etkin kullanması kaçınılmazdır.

Binlerce insanın hastanın hastalık ve ölümüne yol açan tek ve önlenebilir bir etken olan sigara içimini kontrol altına alacak kampanyaları başlatma ve yürütmeye sağlık çalışanları etkin rol almalı, ülke ve ülke dışı meslek örgütleri ile bu konuda işbirliği sağlamalı, medyalar bu konuda uyarmalı, yasal düzeltmeler için girişimlerde bulunulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Adriannes, H., "Nurses smoking world wide", Int. J. Nurs. Stud., 28, 4, 1991.
2. Bahar, Z., "Kadınların sigaraya ilişkin bilgi ve tutumları, sigarayı bırakmada verilen eğitimin değerlendirilmesi", Sigara İle Savaş I. Ulusal Hemşirelik Simpozyumu Kitabı, 28 Mayıs 1993, İzmir.
3. Bahar, Z., Herkes İçin Sağlık; Hemşirelik mesleği açısından temel öneriler. Herkes İçin Sağlık Programı Hemşirelik Dizileri, No.1 (Çev.) D.S.Ö. Avrupa Bölgesel Ofisi, Copenhagen, 1991.
4. Bayık, A. ve diğ., "Bir Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin koruyucu sağlık davranışları, sağlık sorunları ve karşılaştıkları mesleki riskler", II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı, E. Ü. Basımevi, İzmir, 1992.
5. Becker, M.D., and other., "Smoking behavior and attitudes towards smoking among hospital nurses", AJPH, 76, 12, 1986.
6. Bilir, N., Başarılabılır. Sigara Alarmı. Türkiye Halk Sağlığı Derneği Sigara İle Mücadele Kolu Yayını, S.3, Eylül, 1992.
7. Bosanquet, N., "Europe and tobacco. Medicine in Europe", BMJ, 304, 1992, 370-372.

8. Cohen, J., Stuart and others., "Counseling medical and dental patients about cigarette smoking: The impact of nicotine gum and chart reminders", *AJPH*, 77, 3, 1987.
9. Cohen, J., Stuart and others., "Encouraging primary care physicians to help smokers quit, a randomized, controlled trial", *Annals of Internal Medicine*, 110, 8, 1989.ş
10. Cummings, R. S ve diğ., "Training physicians in counseling about smoking cessation. A randomized trial of the" Quit for Life "Program", *Annals of Internal Medicine*, 110, 8, 1989.
11. Çakıroğlu, S. ve diğ., "FNHY Okulu öğrencilerinin sigara içme alışkanlıkları ve sigaranın bebek üzerindeki etkileri konusunda bilinçli olup olmadıklarına ilişkin bir çalışma", *İ.Ü.F.N.HYD I. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Simpozyumu Kitabı*, 8-9, Eylül 1988.
12. Dağlı, E. ve ark., "Smoking habits of helath staff in a chest hospital", *The European Respiratory Journal (Abst.)*, 2, 1989, 376.
13. Fadilođlu, Ç., ark., "E. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinin sigara içme alışkanlıklarının araştırılması", *E.Ü.H. Y.O.Derg.*, 1, 1, 198.
14. Fadilođlu, Ç. ve ark., "E. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinin sigara içme alışkanlıklarının araştırılması ve 1984-1993 araştırma sonuçlarının karşılaştırılması", *Sigara İle Savaş I. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı*, İzmir, 1993.
15. Frank, E., ve diğ., "Predictors of physicians' smoking cessation advice", *Jama*, 226, 22, 1991.
16. İnanç, N., yurt. V., "GATA'da çalışan doktor ve hemşirelerin sigara içme davranışına ilişkin özelliklerin incelenmesi", *II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı*, 12-14 Eylül 1990, İzmir.
17. Johnson, J., *The challenge to action in anti-smoking efforts. Cancer Nursing, ACS, Pofessional Ed. Pub.*, 1981.
18. Kraner, E. S., Graham, K. E., "Hızlı ve kolay bir hastalarınıza nasıl yardımcı olabilirsiniz?" *Postgraduate Medicine, Sendrom*, Kasım 1991.
19. Kottke, E.T., and othters., "A randomized trial of increase smoking intervention by physicians doctors helping smoking, "Round 1. *Jama*, 261, 14, 1989, 14.
20. Mahler, H., "Tobacco or health", *Choose or Health, World Health Forum*, V. 9, 1988.

21. Masironi, K., Ozaria, P., Successes against smoking. WHO, Geneva, 1987.
22. PiAR, Sigara alışkanlıkları ve sigarayla mücadele kampanyası kamuoyu araştırması, Ocak 1988.
23. Russell, H. A., and others., "Effect of general practitioners' advice against smoking", BMJ, V.2, July 1979.
24. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı, Kanser ihbarlarının değerlendirilmesi 1986, Ankara, 1987.
25. Sezer, E. ve ark., "Elazığ'da görev yapan hekimlerin de dış hekimlerinin sigara konusundaki davranışları, tutumları", Doğa-Tr. J. of Medical Sciences, Tubitak, 14, 1990, 381-390.
26. Sezer, E., "Sigara ve doktorlar", Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, 1, 4, 1991.
27. Stillman, A. R. ve diğ., "ending smoknig at the Johns Hopkins Medical Institutions an evaluation of smoking prevalence and indoor air pollution", Jama, 264, 1990, 1565-1569.
28. Ulusoy, M., Adolesan ve genç adolesan döneminde hemşirelik öğrencileri arasında sigara içmeye ilişkin bilgi ve davranışlarının saptanması, (Doktora Tezi), 1980.
29. WHO. ... And tel me: Are you a smoker? World no-tobacco day 1993, Health Services: Our window to a tobacco free world, 1993.
30. WHO, Fact sheet. World no-tobacco day 1993. Health Services: Our wndow to tobacco-free world, 1993.
31. Who, Nursing and smoking: Righting the stress. World no-tobacco day 1993, Health Services: Our window to a tobacco free world, 1993.
32. WHO, once burnt, twice SHY: Physicians are smoking less and less. World no-tobacco day 1993, Health Services: Our window to a tobacco free world, 1993.
33. WHO, on the responsibility of doctors to teahc baout the risks of tobacco use. World no-tobacco day 1993, Health Services: Our windov to a tobacco free world, 1993.
34. WHO, Regional Office for Europe, As Year Action Plan-Smoke Free Europe, 2, 1988,
35. Wilson, M.D., and others. "A randomized trial of a family physician intervention for smoking ceseation", Jama, 260, 11, 1988.
36. Wilson, A., and others., "Health promotion in the general practice consultation: A minute makes a difference", BMJ, 304, 25, 1992, 227-230.

EK-1.

Sigara içen hastaları tanımak ve sigarayı bırakma safhalarını belirlemek için sorular (ve yanıtlardan örnekler).

Sorular

1. Sigara içiyor musunuz? (Hasta evet diye yanıt verirse 4. soruya geçiniz. Hayır derse 2. soruya geçiniz).
2. Daha önce hiç sigara içtiniz mi? (Evet ise. 3. soruya geçiniz. Hayırsa kaçınma yönünde destekleyin).
3. Ne zaman bıraktınız? (İki yıldan daha uzun süre olmuşsa hastayı kutlayın ve kaçınma davranışını desteleyin. İki yıldan daha az olmuşsa Tablo 2'deki idame ve nüksün önlenmesi bölümüne ve metine bakınız).
4. Bırakmayı düşündünüz mü?

Tipik Yanıtlar

Niyet öncesi evresinde

- "Yüz defa denedim ve hiçbir zaman başaramayacağım".
- "Bana zararı dokunacak kadar içmiyorum".
- "Sigara içmekten hoşlanıyorum ve bırakmak istemiyorum".
- "Çok uzun süre sigara içtim fark etmez".

Bu evredeki hastaların tedavisi için Tablo 2'ye ve metine bakınız.

Niyet evresinde

- "Arkadaşım bir kalp krizi geçirdi, sigaranın bana da zararlı olabileceğinden endişe ediyorum".
- "Öksürükten rahatsız oluyorum (nefes darlığı) (kırıksıklık) ağızda kötü tat)".
- "Evet bırakmayı düşündüm ve istiyorum da ama nasıl bırakacağım gerçekten bilmiyorum"

Bu safhadaki hastaların tedavisi için Tablo 2'ye ve metine bakınız.

Değişikliğin başlangıcı safhasında

- "Bırakmam gerektiğini gerçekten hissediyorum ve biraz yardım istiyorum".

Bu safhadaki hastaların tedavisi için Tablo 2'ye ve metine bakınız.

Sigarayı bırakmanın dört evresine "ayırıcı tanı yaklaşımı".

Evre 1. Niyet Öncesi

Bu gruptaki hastalar; sigaraya bağlı pek az görünür zararlı etkiye sahip, dinç ve sağlıklı hastalar, erişkinler, hafif içiciler ve bırakmaya çalışmakta çok kere başarısız olmuş uzun süredir içenlerdir.

HASTA ÖZELLİKLERİ

- Sigara içmenin etkilerinin zararı ve süregenliği konusunda bilgisiz olabilir.
- Sigara içmeye bağlı kişisel zararı olduğunu inkar eder.
- "Günde iki sigaradan bana zara gelmez".
- "Benim 90 yaşındaki amcam da sigara içiyor".
- "Reklamlar aktif, görünüşte sağlıklı insanları sigara içerken gösteriyor".
- Sigarayı erişkinin bağımsızlık arayışının bir parçası olarak kullanıyor.
- Sağlık bakımından çok iyi veya kötü durumda olabilir.
- Fiziksel bağımlılığı hiç olmayabilir veya çok ağır derecede olabilir.
- Sigara içmekten büyük bir fiziksel haz duyuyor olabilir.
- Olacak zarar bugüne kadar olmuştur gibi kadercı bir duygu içinde olabilir.

TEDAVİ

- Sigara içmenin zararlarını ve bırakmanın yararlarını kişiselleştirin.
- Duyarlılık hissini arttırmak için sağlığın kişisel tehlikelerine ilişkin yanlış inançlardan kurtarın.
- Bırakabilmeyi sağlayabilecek şekilde kendine yetme duygusunu kazandırın.
- Diğer olumlu davranışları güçlendirin.
- Bu anda bu durumu kabullenmeyen hastalara sigarayı bırakmalarının önemli olduğunu hissettiğinizi ve bu seçimi yaparlarsa kendilerine yardımcı olmayı istediğinizi açıkça anlatın.

Evre 2. Niyet

Sigara içenlerin çoğunluğu bu safhadadır.

HASTA ÖZELLİKLERİ

- Sigara içmenin kişisel olarak zararlı olduğunu anlamış; yanlış inançlarından (mitlerinden) kurtulmuş.
- Bırakmayı düşünmüş veya bırakma girişiminde bulunmuş sigarasız bir yaşamı düşünmüş.
- O anda bırakmak için yeterli motivasyona sahip olamamış.
- Bırakabileceğinden kuşkulu; bırakmak önündeki engellerin ağır bastığını hissediyor.
- Nasıl bırakabileceği konusunda emin değil.
- Sigara içmenin yan etkilerini kendisi veya bir arkadaşalı veya aileden birisi yaşıyor olabilir.
- Sigarayı içme alışkanlığının kontrolünde olmaktan veya masraflarından yorulmuş.
- Bırakma yönünde sosyal baskılar (iş yerindeki politika değişiklikleri dahil) hissediyor.

TEDAVİ

Hastanın sigara içme davranış bilgisini aşağıdakilerle arttırınız:

- Sigara içmesinin kişisel nedenlerini sıralayarak (engelleri yıkmak için kullanılabilir).
- Sigarayı bırakmak istemesinin kişisel nedenlerini sıralayarak,
 - Tüketim alışkanlıklarını değiştirerek,
 1. Marka değiştirilmesi,
 2. Karton yerine tek tek satın alımı,
 3. Öteki elle sigara içmek,
 4. Sigara içmeyen bir kişi olmayı denemek.
- Hastanın arkadaşlarından ve ailesinden destek istemesini sağlayın.
- Bir bırakma tarihi saptayın.

Evre 3. Değişikliğin başlangıcı

Bu safhadaki hastalar herhangi bir durumda olabilirler; örneğin; hafif veya ağır içici, sağlıklı veya kronik hasta. Bununla birlikte tümü aynı özellikleri gösterirler.

HASTA ÖZELLİKLERİ

Sigara içmeyi sürdürmenin kişisel risklerinin bırakma sıkıntısına ağır bastığını anlamaktadır.

- Sağlık (öksürük veya genel semptomlar, miyokard infarktüsünden sonraki ve gebelik sırasındaki etkiler)
- İş (işten atılma tehdidi)
- Sosyal (boşanma tehdidi)
- Ekonomik (sigaranın maliyeti; tıbbi giderler; hayat, araba ve ev sigortası primleri; elbise ve mobilyanın zarar görmesi)

Kendine yetme ve başarabileceği duygusunun artması bırakmak için motivasyonu arttırmıştır.

- Başarıyla bırakmış birisini tanımaktadır.
- İçinde bulunduğu ortam bırakması için olumlu etkilemektedir.
- Yaşam üzerindeki kontrolünü yeniden kazanma arzusuna sahip. Kendisine karşı sorumluluk duygusu var ve davranışını değiştirmek için eylem gerektiğinin farkında.

TEDAVİ

Hastayı yoksunluk ve diğer fiziksel semptomlar konusunda uyarın. Hastanın başarabilmesi için stratejiler geliştirmesini sağlayın.

- Arkadaşlarını tanımak.
 - Güçlük durumlarını belirlemek ve sakınma manevralarını planlamak.
 - Bırakma tarihinde sigaraları, kibritleri, çakmakları ve kül tablolarını fırlatmak,
 - Sigara içmeyen bir kişi haline gelmek amacına yönelik yatırımlarda bulunmak ve sigara bulaşıklarını:
1. Egzersiz yaparak (stresi azaltır); lifli besinler, meyva suyu ve su alımını (kabızlığı önler) artırarak; kafein alımını azaltarak; dişleri temiz tutarak, vücuttan.

2. Bir hobi bularak ve sigara içmeye izin verilmeyen yerlerde dolaşarak, akıldan.
3. Halıları ve örtüleri temizleyerek; duvarları boyayarak; elbiseleri ve araba döşemesini temizleyerek, çevreden atmak,
 - Sigara içmeyen bir kişi haline gelmekten ötürü kendini ödüllendirmek.

Evre 4. İdame ve nüksün önlenmesi

Bu safhadaki hastalar sigarayı 2 haftadan daha az önce bırakmışlardır.

HASTA ÖZELLİKLERİ

- Başarabileceğinden hala kuşkulu
- Sigara içmeyi kuvvetle istediği durumlarda ne yapacağı konusunda deneyime ihtiyacı var.
- Sigara içme davranış veya alışkanlıklarını kıramamış.
- Bağımlılık ve yoksunluk geçmişse de hala açlık çekiyor.

TEDAVİ

- Sigara içmeme davranışını gerekirse telefon veya muayene vizitleri ile takip ederek destekleyin.
- Hastanın sigara içmemesinin önemini konusundaki duygularını destekleyin.
- Stratejiler geliştirmesi yönünden destekleyin
- Bir hatanın başa çıkılmaz bir yetersizlik olmadığını vurgulayın.
- Bir hata durumunda erken dönemde yeniden değerlendirme yapmak ve yeniden motivasyon yönünden cesaretlendirin.

Sigarayı bırakmaya çalışan hastalarda sigara içimi ile ilgili işaretler, yüksek risk durumları ve önerilen girişimler.

İşaretler ve yüksek risk durumları	Önerilen girişimler
Sabah uyanmak	Uyanır uyanmaz dişlerinizi fırçalayın. Hemen bir aktiviteye başlayın. sigara içmeyi düşünerek oturmayın.
Kahve içmek	Kahvenizi ellerinizle birşey yaparken için, böylece sigara içmek güçleşir. Kahve yerine çay veya başka bir şey için.
Yemek yemek	Öğlen yemeğinizi farklı bir yerde yiyin. Lokantalarda sigara içilmeyen bölümlerde oturun. Yemekten hemen sonra masadan kalkın ve başka bir aktiviteye başlayın (örneğin: yürüyün). Dişlerinizi yemekten hemen sonra fırçalayın.

Televizyon seyretmek	Ellerinizi meşgul edecek bir aktivite bulun . Bir oyun oynayın, bulmaca çözün, dikiş dikiş, bir model yapın, manikür yapın, mektup yazın. Düşük kalorili içecekleri hazır bulundurun. Televizyonu sigara içmeyen biriyle ya bir arkadaşınızla veya ailenizden birisi ile seyredin. Sigarayı bıraktığınızda halıları ve döşemeleri temizletin ve televizyon odasını sigara içilmeyen bölge haline getirin.
Araba kullanmak	Sigarayı bıraktığınızda arabanızı temizleyin ve deodorant sıkın. Elinizde düşük kalorili içecekler veya kürdan veya bir yalancı sigara tutun, şekersiz sakız çiğneyin. Sigara içmeyi yasaklayan toplu ulaşım araçlarını deneyin.
Birlikte çalıştığınız kişilerle işte mola vermek	Molanın başlangıcında dişlerinizi fırçalayın ve bir tane şekersiz ciklet çiğneyin. Birkaç yavaş, derin nefes alın ve gevşemenize yardımcı olarak dingin görüntüler hayal edin. Sigara içmeme konusunda kendinize daha fazla güveninceye kadar molalara sigara içmeyen arkadaşlarınızla çıkın.
Bir bar, lokanta veya partide bir içki almak	Sigara içmeyen birisini yanınızda götürün ve sigara içmeyenlerle birarada olun. Arkadaşlarınıza yeni bıraktığınızı söyleyin. Alkol alımını kararından bırakın (kararınızı zayıflatabilir).
Sigara içen arkadaşlar veya aile üleriyle sosyal yaşam	Kendinize güveniniz artıncaya kadar sigara içilmeyen olayları daha sık düşünün (sinema, tiyatro, mağazalarda alışveriş). Bu insanlara bırakmaya çalıştığınızı söyleyin ve desteklerini isteyin. Yanınızda sigara içmemelerini, size teklif etmemelerini veya siz isterseniz de size sigara vermemelerini isteyin. Başka birisi ile birlikte (özellikle alleden birisi) bırakmayı düşünün. Birbirinize destek olabilir ve dış tahriklerden sakınmış olursunuz.
Stresli durumlarda karşılaşmak (kendini yalnız veya baskı altında hissetmek, aileyle veya arkadaşlarla tartışmak)	Bırakmak için nedenlerinizi gözden geçirin. Birkaç derin nefes alarak ve dingin bir sahneyi düşünerek gevşeyin. Sonra sigara içmeden rahatladığınız için kendinizi kutlayın. Evden dışarı çıkın. Bir yürüyüş yapın veya sigara içilmeyen bir yere gidin. Duş alın. Sigarayı bıraktığınız için kendinizi ödüllendirin (örneğin; sigaradan tasarruf ettiğiniz parayla bir şey satın alın).
Hata yapmak (bir veya iki sigara içmek)	Hatanızı küçük bir geri dönüş olarak kabul edin, yetersizlik olarak değil. Kendinizi bırakmayın. Sigara içmeyen birisi olarak kalmaya karar verin. Almış olabileceğiniz tüm sigaralardan kurtulun. Hatanızın nedenini belirleyin ve gelecek sefer ve bundan nasıl sakınacağınızı veya bununla nasıl başedeceğinizi planlayın.