BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ ÇALIŞANLARI SİGARA ve KANSER RİSKİ KONUSUNDA NE BİLİYOR ve NE YAPIYOR?

What Primary Care Health Workers Know and Do About Cigarette Smoking and Cancer Risk?

Dr. Vildan Mevsim[1], Dr. Çitim Dontlu[2], Dr. Neşe Yeniçeri[3], Dr. Nilgün Özçakar[4], Dr. Dilek Güldal[5]

ÖZET

Amaç: Sigara içiciliği, dünyanın ve Türkiye'nin önlenebilir en önemli sağlık sorunudur. Bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının sigaranın etkileri ve kanser riski konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma kesitsel analitik bir araştırma olarak planlanmıştır. Geliştirilen 82 soruluk soru formu, İzmir/ Buca Sağlık Grup Başkanlığı bölgesindeki 16 birinci basamak sağlık kurumundaki 142 sağlık personeline uygulanmıştır.

Bilgi, tutum ve davranışlarını ölçmek amacıyla, her üç değişken için ölçek geliştirilmiş ve uygun bir puanlama yapılmıştır.

Veriler SPSS 11.0'da değerlendirilmiştir. İstatistiksel analiz olarak tanımlayıcı analiz, Khi-kare, independent t testi ve pearson korelasyon kullanılmıştır

Bulgular: Araştırmada incelenen 142 kişinin %31 hekim,%23.2 hemşire, %35.2 ebe ve %10.6 sağlık memurudur. Sağlık personelinin %36.6 sigara içmekte, %12 ise sigarayı bırakmıştır. Bilgi, tutum ve davranış puan ortalamaları sırasıyla 20.65 ± 4.81; 6.26 ± 3.51 ve 9.73 ± 2.54 olarak saptanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının tutum düzeyi ile davranış düzeyi arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki (r=0.334, p=0.015) olduğu saptanmıştır. Ancak bilgi puanı ile tutum ve davranış puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Sonuç: Sağlık personeli sigara konusundaki bilgi ve inanışları sigaranın zararlarını önlemeye yönelik olmakla beraber, hem kendilerine hem de etraflarına karşı olması gereken sigara içmeme davranışı sergileyememektedirler. Toplum için sigara mücadelesinde örnek olması gereken sağlık personelinin sigara içiyor olması, sigara mücadelesini daha da zorlaştırmaktadır. Sağlık personelinin sigaraya karşı duyarlılığını artıracak çalışmalar sigara mücadelesinde öncelikli olmalıdır.

Anahtar kelimeler: Sigara içme, bilgi, tutum, davranış, kanser, birinci basamak.

ABSTRACT

Objective: Smoking habit is the most important preventable health problem of the world and Turkey. The objective of this study is to research the knowledge, behavior and attitude of primary care health workers about cigarette smoking and cancer risk.

Method: A cross-sectional analytic study is planned. A questionnaire with 82 questions is applied to 142 health workers of 16 primary health care centers in Buca. The questionnaire had three parts including knowledge, behavior and attitude parameters. For each group of parameters a composite index is developed. Data were analyzed on SPSS 11.0 package program by Pearson chi-square, independent t test and Pearson correlation test.

Results: In the study, 31% of participants were physicians, 23.2% were nurses, 35.2% were midwives and 10.6% were male-nurses. 36.6% of medical staff were current smokers, 12.0% were ex-smokers. The mean scores of knowledge, behavior and attitude parameters were 20.65 ± 4.81, 6.26 ± 3.51 and 9.73 ± 2.54 in order. There was a statistically significant relation between the attitude and behavior scores (r=0.334 p=0.015). There was no statistically significant relation between knowledge and attitude, behavior scores of participants.

Conclusion: Although the health workers have better knowledge and attitude for preventing and decreasing the effects of smoking, they still go on smoking. The health workers must be a good model for the community as non-smokers. Some other ways must be considered to increase awareness and sensitivity of health workers about smoking and cancer.

Key words: Smoking, knowledge, attitudes, behavior, cancer, primary care.

Bağımlılık Dergisi 2005; 6: 65-75 **Journal of Dependence 2005; 6: 65-75**

[1] Uzm. Dr. Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Aile Hekimliği A.D.

[2] Uzm. Dr. Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Organ Nakli ve Transplantasyon Merkezi

[3] Uzm. Dr. Yücelen Hastanesi

[4] Yrd. Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Aile Hekimliği A.D.

[5] Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Aile Hekimliği A.D.

[*] EGPRN (European General Practice Research Network) Meeting Ekim-2003 Verona-ITALY sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Uzm. Dr. Vildan Mevsim, Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Aile Hekimliği A.D. İnciraltı – İzmir – TURKEY
Elektronik Posta Adresi / E-mail address: vildan.mevsim@deu.edu.tr Telefon / Phone: +90 (232) 463 67 60

18 Mayıs 2005'te alınmış, 27 Temmuz 2005'te kabul edilmiştir. / Received May 18, 2004; accepted for publication July 27, 2005.

GİRİŞ

Sigara içiciliği dünyanın ve Türkiye'nin önlenebilir en önemli sağlık sorunudur. Dünyada her yıl yaklaşık 4 milyon kişi (ölümlerin %8.8'i) sigaraya bağlı hastalıklar sonucu yaşamını kaybetmektedir (50). Erkek ölümlerinin %13.3'ü, kadın ölümlerinin ise %3.8'i sigaraya bağlıdır. Bu ölümlerin yaklaşık yarısı gelişmiş yarısı da gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Ancak Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı projeksiyonlara göre 2025 yılından 2030 yılına kadar beklenen 10 milyon sigaraya bağlı ölümün 3 milyonunun gelişmiş, 7 milyonunun ise gelişmekte olan ülkelerde olacağı bildirilmektedir (32). Sigara içme oranı gelişmekte olan ülkelerde artmakta iken, gelişmiş ülkelerde 15 yılda %50 azalmıştır (40,47).

DSÖ verilerine göre, Türkiye'de sigara içme oranı kadınlarda %20-24 erkeklerde %60-65 olmak üzere ortalama %44 olarak bildirilmektedir (32).

Dünya üzerinde yaklaşık 1.2 milyar kişi sigara içmektedir. Dünyadaki sigara içme oranları erkeklerde %47 kadınlarda %12'dir. Kadın içicilerin %9'u gelişmekte olan ülkelerde; erkek içicilerin %55'i gelişmekte olan ülkelerdedir (32). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sigara içme oranlarının en tepe noktaya ulaştığı düşünülmektedir, bundan sonraki süreç sigara içme oranlarının düşmesi yönündedir, ancak bu düşüş çok yavaş olmaktadır (11.32,47).

Hekimlerde sigara içme oranları; Avustralya'da %3, İsveç'te %6, İngiltere de %7 iken Çin'de %36.5, Rusya %27, İspanya %34.5, Danimarka %24.5, Bosna Hersek'te %52.5 olarak bildirilmiştir (32).

Türkiye'de bütün ölüm nedenleri arasında solunum sistemi hastalıklarının payı %11'dir (%4'ü akciğer kanseri ve %1'i pnömonidir) (6). Sigara en önemli kanser nedenidir. Sigara pek çok kansere neden olmaktadır. Kanser ölümlerinin yaklaşık %30'u sigara kaynaklıdır. Akciğer kanserlerinden ölümlerin %80-90 nedeni sigaradır (4,10). Sigara, akciğer kanseri, bronşit ve anfizem gibi ana nedeni olduğu hastalıklar dışında yaklaşık 25 kadar hastalığın nedeni olduğu bilinmektedir (47).

Epidemiyolojik çalışmalar kanserin önlenebilir olduğunu göstermiştir. Kanserlerin %80-90'ı çevresel faktörlere bağlanmaktadır. Kanseri önlemenin en önemli yolu birincil korumadır. Sigara içiminin önlenmesi, kullananların sigarayı bırakmaları kanserleri önlemede etkin olacak birincil koruma yöntemlerinden biridir (35).

Yapılan pek çok çalışmada, birinci basamakta çalışan sağlık personelinin özellikle hekimlerin sigara ile mücadelede çok etkin yerlerinin oldukları gösterilmiştir. Sigara içiminin önlenmesinde, sigara içenlerin saptanmasında, değerlendirilmesinde ve tedavisinde birinci basamak anahtar rol oynamaktadır.

Sağlık personelinin sigara mücadelesinde rol model olması da çok önemlidir. Yapılan çalışmalar da toplumun sağlığını ilgilendiren konularda özellikle hekimlerin sağlık davranışlarını gözlemlediklerini ve örnek aldıklarını göstermiştir. Sağlık personeli üzerinde yapılan çalışmalarda da, hekimler, hemşireler ve hatta tıp öğrencileri sağlıkçıların sigara içmemeleri, içiyorlarsa hemen bırakmaları veya hastanın olduğu poliklinik, bekleme odaları veya sağlık kurumları içinde içmemeleri gerektiği görüşünü savunmuşlardır (4,31,41,42). "Sigarasız işyerleri" sadece sigara maruziyetini değil ayrıca içenleri azaltmaya ve bırakmaya teşvik etmektedir (9,23,25).

National Health Service'in sağlık personeli için sigara bıraktırma rehberi ile ilgili West ve arkadaşları yayınladıkları yazıda stratejiler şunlardır: 1-Genel pratisyenler her fırsatta sigara içenlere sigara bırakmayı önermelilerdir. Sigara bırakmayla ilgili ilaçları önermeliler veya sigara bırakma alanında uzmana göndermelilerdir. 2- Sigara bırakma polikliniklerinde (specialist smokers' services) uzmanlar sigara bırakmak için başvuran hastalara davranışsal terapileri ve gerektiğinde ilaç tedavisini önermelilerdir. 3- Sigara bırakma konusunda uzmanlar hastanede yatan hastalara ve hamilelere başvurdukları taktirde sigara bırakma konusunda davranışsal yardımlarda bulunmalılardır. 4- Sigara bıraktırmada görev alan tüm sağlık personeli uygun durumlarda nikotin replasman tedavisi (NRT) ve bupropion kullanma konusunda sigara içenleri cesaretlendirmelidir (49).

Dünya üzerinde ve Türkiye'de yapılan pek çok çalışmada sağlık personelinin sigara içme oranları toplumun geneliyle pek farklılık göstermemektedir. Sigara ve zararları konusundan bilgi ve tutumları daha iyi olmasına rağmen sigara içme davranışları değişmemektedir (8,13,17,31,40, 42).

YÖNTEM

Kesitsel analitik bir araştırma planlanmıştır ve İzmir ilinde Buca Sağlık Grup Başkanlığı bölgesindeki birinci basamak sağlık kurumlarında yürütülmüştür.

Sağlık personelinin bilgi, tutum ve davranışlarını ölçmek amacıyla 82 soruluk bir soru formu geliştirilmiştir. Anket soruları, konuyla

ilgili literatür incelemesi sonucu sigara konusunda sağlık personelinin sahip olması gereken bilgi, tutum ve davranış değişkenleri saptanarak oluşturulmuştur. Bu değişkenler bilgi , tutum ve davranış değişkenleri olarak gruplandırılarak üç ölçek geliştirilmiştir. Bilgi için geliştirilen ölçekte 30 parametre (puanlama 0-30), tutum için geliştirilen ölçekte 12 parametre (puanlama 0-12), davranış için geliştirilen ölçekte 15 parametre kullanılmış (puanlama 0-15) ve uygun bir puanlama yapılmıştır. Davranış için geliştirilen ölçekte üç boyutta değerlendirilme yapılmıştır, bunlar; bireysel sigara içme davranışı (puanlama 0-6), sağlık personeli olarak sigara mücadele davranışı (puanlama 0-5) ve bireysel korunma davranışı (puanlama 0-4) dır.

Bilgi düzeyini belirlemek için soru formunda; sigara kullanımının yaygınlığı, sigaranın sağlık zararlısı olarak önemi, sigara bağımlılığı ve kanser yapıcı özellikleriyle, pasif içicilik ile ilgili sorulara yer verilmiştir. Tutumu belirlemek için soru formunda; sigara ile mücadele konusunda yapılması gerekenler, sağlık personeli olarak sigara mücadelesinde yapılması gerekenler konusunda tutumları sorulmuştur. Davranış boyutu ise üç bölümde incelenmiştir. Bireysel sigara içme davranışını belirlemek için soru formunda; sigara içen kişilerin sigara içme davranışları ve sigara içtikleri koşullar ilk bölümde sorulmuştur. Sağlık personeli olarak sigara mücadele davranışını belirlemek için soru formunda; sigara içen ve içmeyen kişilerin sağlık personeli olarak yapmaları gereken davranışlar (başvuran kişilere sigara içme durumunu sorma, içenleri bırakmaya yöneltme, içenleri izleme, kayıtlarını tutuma, sigara konusunda bireysel ve toplumsal eğitim yapma vb sorular) ve bireysel korunma davranışı belirlemek için soru formunda; sigara içen kişilerin sigaranın neden olabileceği hastalıklar konusundaki yapmaları gereken sağlık kontrolleri (yıllık akciğer filmi, tansiyon takibi vb) açısından davranışları sorgulanmıştır.

Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı bölgesindeki 16 birinci basamak sağlık kurumunda görevli 179 sağlık personeli üzerinde yapılmıştır. Soru formları bu kurumlardaki sağlık personeline dağıtılmış ve doldurmaları istenmiştir. Anketleri 147 sağlık personeli doldurmuştur. Ankete katılım oranı %82 olarak gerçekleşmiştir. 5 anket formu veri düzensizlikleri nedeniyle değerlendirmeye alınmamıştır. Sonuç olarak 142 soru formu değerlendirilmiştir.

Soru formları SPSS 11.0'da değerlendirilmiştir. İstatistiksel analiz olarak tanımlayıcı analizler, Khi-kare, independent t testi ve pearson korelasyon kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmada değerlendirilen 142 kişinin %21.8 (n=31) erkek, %78.2 (n=111) kadındır. Bu kişilerin öğrenim durumları ise %23.2 (n=33) lise mezunu, %72.5'i (n=103) üniversite mezunu, %6'sı (n=6) ise lisansüstü (uzmanlık) eğitim mezunudur. İncelenen kişilerin yaş ortalaması 33.68±6.66 yıl (min=21 mak= 64) ve meslek yıllarının ortalaması 12.81±6.63 yıldı (min=1, mak= 41). Çalışma grubunun %31'i (n=44) hekim, %23.2'si (n=33) hemşire, %35.2'si (n=50) ebe, %10.6'sı (n=15) sağlık memuru olup, %11.3'ü (n=16)bekar, %88.7'si (n=126) evli, evli olanların da %84.1'inin (n=106) çocuğu olduğu saptanmıştır.

İncelenen sağlık personelinin %36.6'sı (n=52) sigara içiyor, %51.4'ü (n=73) sigara içmiyor, %12.0'sinin (n=17) sigarayı bıraktığı saptanmıştır. Sigara içenlerin sigara içme süre ve miktarı ortalaması 6.37±6.19 (min=0.1 mak=33) paketyıl'dır. Sigarayı içenlerin %71.2'si (n=37) sigarayı bırakmayı düşünmektedirler. Cinsiyetlere göre sigara içme oranı ise erkeklerde %41.9 kadınlarda %35.1 dir.

Geliştirilen ölçek kapsamında incelenen değişkenler ve katılım yüzdeleri tablo 1'de yer almaktadır.

Sigaranın kanser etkileri bilgisi değerlendirildiğinde; sağlık personelinin %54.6'sı prostat kanserine, %64.8'i lösemilere, %30.3'ü özafagus kanserine, %51.4'ü mesane kanserine, %66.2'si serviks kanserine sigara içiminin neden olduğunu bilmediği saptanmıştır. %14.8'i de pasif içiciliğin akciğer kanserine neden olabileceğini bilmediği saptanmıştır (Tablo 1).

Sigara içenlerin %50'si (n=26) korunma davranışı olarak belirlenen yıllık sağlık muayenesi, yılda bir akciğer grafisi çektirme, kan yağları-kolesterol ölçümü ve tansiyon arteryel takibinin hiç birini yaptırmıyor. Sadece %5.8'inin (n=3) tümünü yaptırdığı saptanmıştır (Tablo 1).

İncelenen sağlık personelinin görev yaptığı kurumların hiç birinde hasta bekleme salonu ve hasta bakılan yerlerde (poliklinik, aşı odası, acil odası, AP odası, bebek gebe polikliniklerı vb.) sigara içilmiyordu. Ancak kurumların %26.8'inde hastanın olmadığı yerlerde sigara içildiği saptandı (Tablo 1).

Kullanılan ölçeklere göre; bilgi puanı ortalaması 20.65 ± 4.81 (min= 8, mak= 29), tutum puanı ortalaması 9.72 ± 2.53 (min=0.0 mak= 12) ve davranış puanı ortalaması 5.88 ± 2.13 (min=2 mak= 11) olarak saptanmıştır. Davranış ölçeği boyutlarındaki değerlendirmeye göre ise; bireysel davranış puanı ortalaması 3.19 ± 0.91 (min=18,

Tablo 1: Sigara Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçek Değişkenleri ve Katılım Yüzdeleri

Bilgi Değişkenleri (n=142)	**%**
Sigara içimi Türkiye'nin önlenebilir en önemli sağlık sorunudur	75.4
Dünyada her 10 yetişkinden biri sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle ölüyor	87.3
Türkiye'de yaklaşık 2 yetişkinden biri sigara içiyor	82.4
Türkiye'de gelişmiş ülkelerin aksine gelir düzeyi ve eğitim düzeyi yükseldikçe sigara içme sıklığı azalıyor.	62.7
Günümüzde sigara tekelleri için hedef grup kadınlar ve ergenlerdir	78.2
Sigara içindeki nikotin nedeniyle eroin, kokain ve morfin kadar bağımlılık yapmaz	65.5
Light sigaralar sağlığa daha az zararlıdır.	88.0
Sigara ile mücadele yasaları, sigara kullanımının azaltılmasında etkili olamazlar	41.5
Akciğer kanserlerinin %90'ı sigara kaynaklıdır	85.9
Sağlık ve eğitim kurumlarında sigara içilmesi yasa ile engellenmiştir.	76.1
Sigaranın Neden Olduğu Hastalıklar	
Akciğer kanseri	98.6
Koroner kalp hastalıkları	94.4
Kronik obstruktif akciğer hastalığı	92.3
Serebro vasküler hastalıklar	87.3
Ağız içi kanserler	89.4
Bademcik kanseri	71.8
Pankreas kanseri	50.0
Serviks kanseri	33.8
Lösemiler	35.2
Özafagus kanseri	69.7
Prostat kanseri	46.5
Gırtlak kanseri	90.8
Mesane kanseri	48.6
Pasif İçiciliğin Neden Olduğu Hastalıklar	
Özellikle çocuklarda solunum yolu enfeksiyonları	90.8
Özellikle çocuklarda astım ve allerjik hastalıklar	93.0
Bebeklerde ve çocuklarda orta kulak enfeksiyonları	40.1
Büyüme gelişme geriliği	75.4
Zeka geriliği	49.3
Ani bebek ölüm sendromu	43.0
Akciğer kanseri ve diğer	85.2

Tutum Değişenleri (n=142)	**%**
Sağlığa zararlıdır	97.8
Sigara içen hastaların kayıtları tutulmalıdır	64.1
Hastaların rutin olarak sigara alışkanlıkları sorulmalıdır.	82.7
Sağlık personeli sigara içenleri bırakma yönünde teşvik etmelidir.	97.0
Sigara konusunda toplum, özellikle çocuk ve ergenler bilgilendirmeli ve bilinçlendirilmelidir.	97.0
Birinci basamak sağlık kurumları sigara bırakma konusunda yardım isteyenlere danışmanlık verebilmelidir.	92.6
Sigara bırakılabilir.	94.6
Benim sigarayı bırakmam imkansız. (Sigara içen kişiler için)	38.6
Pasif içicilik pek çok hastalığa neden olduğu için önlenmelidir.	99.2
Sigara içen kişiler ciddi sağlık riskleri taşımaktadırlar.	95.4
Sigara içen gebeler mutlaka sigara bırakmaları yönünde desteklenmelidir.	99.2
Sigara bırakmak isteyen kişiler sigara polikliniklerine yönlendirilmelidir.	99.3
Davranış Değişkenleri	
Bireysel Sigara İçme Davranışı Değişenleri(n=52)	
Sigarayı bırakmayı deneme	71.2
Evde sigara içen	82.7
Poliklinikte sigara içen	1.9
Kalabalık ortamlarda sigara içen	38.5
Çocuklarının yanında sigara içen	76.9
Sağlık Personeli Olarak Sigara Mücadele Davranışı(n=142)	
Hastaların sigara alışkanlıklarını sorgulama	22.5
Sigara içen hastaları düzenli takip	2.1
Sigara içenleri bırakmaya teşvik etme	76.8
Sigara konusunda eğitim yapma	52.8
Sigara bırakmak isteyenleri sigara polikliniğine yönlendirme	25.4
Bireysel Korunma Davranışı(n=52)	
Periyodik sağlık muayenesi	16.9
Akciğer filmi	12.0
Kan kolesterol takibi	35.2
Kan basıncı takibi	50.0

Tablo 2: Demografik Özelliklere Göre Bilgi, Tutum ve Sağlık Personeli Olarak Davranış Puanlarının Ortalama ve Standart Sapmaları (N=142)

			Bilgi		Tutum		Davranış (Sağlık personeli olarak)	
	N	%	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Cinsiyet								
Erkek	31	21.8	21.06	4.99	9.38	3.07	1.87	0.92
Kadın	111	78.2	20.54	4.76	9.81	2.37	1.79	1.08
Yaş Grupları								
30 yaş altı	38	26.8	19.73	4.59	9.86	2.35	1.60	1.19
30-39 yaş	82	57.7	21.52	4.52	9.69	2.69	1.85	0.98
40 yaş ve üzeri	22	15.5	19.00	5.62	9.59	2.34	20.00	1.02
Öğrenim Durumu								
Lise	33	23.2	18.21	4.02	9.57	2.65	1.48	1.17
Üniversite/Yüksekokul	103	72.5	21.31	4.79	9.74	2.57	1.92	1.00
Lisansüstü Eğitim/Uzmanlık	6	4.2	22.83	4.95	10.16	0.98	1.66	0.81
Unvan								
Hekim	44	31.0	22.70	4.24	10.20	2.37	2.36	0.91
Hemşire	33	23.2	20.30	4.42	9.51	2.64	1.51	1.09
Sağlık Memuru	50	35.2	19.62	5.09	9.96	1.80	1.66	1.04
Ebe	15	10.6	18.86	4.54	8.00	3.98	1.33	0.72
Meslek Yılı								
10 yıl altı	38	26.8	20.71	4.59	10.05	2.06	1.84	1.15
10-19 yıl	85	59.9	21.14	4.75	9.65	2.72	1.77	1.01
20 yıl ve üzeri	19	13.4	18.36	50.1	9.36	2.56	1.89	1.04
Sigara İçme Durumu								
İçiyor	52	36.6	20.19	4.88	9.07	3.49	1.69	1.02
İçmiyor	90	63.4	20.92	4.76	10.10	1.67	1.87	1.06
Evde çocuk olma durumu								
Var	106	74.6	20.81	4.87	9.60	2.69	1.82	1.04
Yok	36	25.4	20.19	4.62	10.08	1.99	1.77	1.09
Toplam	**142**		**20.65**	**4.80**	**9.72**	**2.53**	**1.80**	**1.05**

* p<0.05

mak= 5), sağlık personeli olarak davranış puanı ortalaması 1.80±1.05 (min= 0, mak= 4) ve korunma davranışı puanı ortalaması 1.14 ± 1.21 (min= 0, mak= 4) (Tablo 2).

Bilgi, tutum, davranış puanı ve sağlık personeli olarak sigara ile mücadele davranış puanı ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puanın hekimlerde olduğu ve puanların diğer sağlık çalışanları puanları ile aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Eğitim durumu ile puanlar karşılaştırıldığında; eğitim durumu yükseldikçe bilgi puanının yükseldiği görülmektedir (p=0.003) (Tablo 2).

Sigara içmeyen kişilerin içenlere göre bilgi, tutum ve sağlık personeli olarak sigara ile mücadele davranış puanları daha yüksek olmasına rağmen, puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde istatistiksek olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 3).

Birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının bilgi, tutum ve davranış puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; tutum düzeyi ile davranış düzeyi arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki (r=0.334, p=0.015) olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 3: Sigara İçme Durumuna Göre Bilgi, Tutum ve Sağlık Personeli Davranış Puanı Ortalamaları Karşılaştırılması ve İndependent T Testi Sonuçları

Bilgi Puanı	**N**	**Ortalama (±SS)**	**T**	**p**
İçiyor	52	20.19 ± 4.88	-0.871	0.385
İçmiyor	90	20.92 ± 4.76		
Toplam	142	20.65 ± 4.80		
Tutum Puanı				
İçiyor	52	9.07 ± 3.49	-1.982	0.052
İçmiyor	90	10.10 ± 1.67		
Toplam	142	9.72 ±2.53		
Sağlık Personeli Davranış Puanı				
İçiyor	52	1.69 ±1.02	0.572	0.568
İçmiyor	90	1.87 ± 1.06		
Toplam	142	1.80 ±1.05		

Tablo 4: Sağlık Personelinin Sigara Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranış Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları

		Bilgi Puanı	**Tutum Puanı**	**Davranış Puanı**
Bilgi Puanı	r	1.000	0.108	0.231
	p		0.201	0.099
	N	142	142	52
Tutum Puanı	r	0.108	1.000	***0.334**
	p	0.201		0.015
	N	142	142	52
Davranış Puanı	r	0231	**0.334***	1.000
	p	0.099	0.015	
	N	52	52	52

p< 0.05

TARTIŞMA

Bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının sigara içme durumu, sigaranın etkileri ve kanser konusundaki bilgi, tutum ve davranış düzeyleri saptanmıştır. Araştırmamızda birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının sigara içme oranı %36.6 olarak saptanırken, hekimlerde %34.1, hemşire ve ebelerde sırasıyla %42.4 ve %32.0 olduğu saptanmıştır. Gelişmiş ülkelerde hekimlerdeki sigara içme oranları bizim araştırmamızdaki hekimlerin sigara içme oranından çok düşüktür (7,13,26,51). Ülkemizde hekimlerde sigara içme sıklığı konusunda yapılan çalışmalarda oranlar %35.7 ile %54.0 arasında değişmekte iken (11,12,29,48,51), hemşirelerde bu oran %47.6-%58.8 arasında (17,36,43) olup her iki kesimin sonuçları da bizim sonuçlarımız ile uyum göstermektedir. Türkiye'de 1988 yılında yapılan ve tüm ülkeyi temsil eden araştırmada, 15 yaş üzeri nüfusta sigara içme oranı %43.6 olarak bulunmuştur (44). Sağlık personelinin sigara içme oranının genel populasyonun sigara içme oranı ile benzer olduğu; hemşirelerde sigara içme oranlarının doktorlar ve diş hekimlerinden daha yüksek olduğu çeşitli araştırmalarda saptanmıştır (17,36). Değişik ülkelerde yapılan çalışmalarda hemşirelerdeki sigara içme oranı Danimarka'da %29-30, İngiltere de %25.8, Fransa'da %25, İtalya da %43 Japonya'da %18.6, Çin de %7.4 olarak bildirilmiştir (17).

Akdeniz ülkesi olan İspanya (%42.3) ve Yunanistan'da (%44) sigara içme oranları bizim sonuçlarımızdan çok farklı değildir (13,51). Tıp öğrencilerinde sigara içme oranları erkeklerde %0-56.9 ve kadınlarda %0-44.7 arasında değişmektedir (1,40).

Çalışmamızda cinsiyetlere göre sigara içme oranı ise erkeklerde (%41.9) kadınlardan (%35.1) ($p>0.05$) fazladır. Türkiye'de, hekimlerde yapılan çalışmalarda benzer şekilde erkek hekimlerin kadın hekimlere göre daha fazla oranda sigara içtikleri ve kadın hekimlerin sigara içme oranlarının toplumdaki kadınların sigara içme oranlarının üzerinde olduğu saptanmıştır (12,13,20,36,48). Bu durum sosyo-ekonomik ve kültürel açıdan daha iyi koşullarda olmaları ve daha özgür yaşamalarına bağlanabilir (44). Bu durumun genel olarak Müslüman ülkelerde eğitim düzeyinin yükselmesi ve kentleşme sonucu olduğu bildirilmektedir (40).

Araştırmamızda, sağlık personelinin ortalama sigara kullanımı 6.37 paket yıl ve ortalama günlük olarak kullanılan sigara miktarı 12.6 adet olarak saptanmıştır. Cirit ve arkadaşları yaptığı çalışmada hekimlerin sigara kullanımları (13.5 paket-yıl) bizim çalışmamızda bulduğumuz sonuçlardan oldukça yüksektir (13).

Dilbaz ve arkadaşları yaptığı çalışmada hemşirelerde günlük içilen sigara sayısı 12.8 olarak (17), Sejr ve arkadaşlarının öğrenci hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada ise ortalama günlük içilen sigara miktarı 8.5 adet olarak bildirilmişlerdir (42).

Çalışmamızda sigara konusundaki bilgi puanı ortalamasının 30 puan üzerinden 20.65 puan olduğu saptanmıştır. Sigara konusunda daha bilgili olması gereken sağlık personelinin orta düzeyde bilgiye sahip olduğu görülmüştür. Hekimlerin bilgi düzeyi diğer sağlık personeline göre daha iyi düzeydedir. Sigara içiciliğinin neden olduğu kanserler konusunda solunum sistemi kanserleri ile ilgili bilgi düzeyleri varken, solunum sistemi dışındaki kansere neden olması konusundaki bilgilerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Özellikle sigaranın prostat, özafagus, mesane ve serviks kanserine yol açabileceğini araştırma grubunun %50'sinden daha azı bilmiştir.Yapılan çalışmalarda da hekimlerin, hemşirelerin ve tıp öğrencilerinin sigara ve zararları konusunda bilgi düzeylerinin çok yeterli olmadığı gösterilmiştir (8,31,40,42,45). Toplumu kapsayan araştırmalarda da bilgi düzeyinin yeterli olmadığı gösterilmiştir (29,38). Dilbaz ve arkadaşları yaptığı çalışmada hemşirelerin %89'unun sigaranın sağlığa zararlı olduğunu bildiklerini ifade etmelerine rağmen içtiklerini saptamıştır (17).

"The 1996 California Tobacco Survey"de toplumdaki sigara içenlerin %27.9'u light sigaraların daha az katran ve nikotin içerdiğini düşündüğü belirtilmektedir. Light sigara içenler sigaradan daha az zarar gördüklerini düşünmektedirler (38). Bizim araştırmamızda da benzer sonuç saptanmıştır.

Düzenli sigara içicisiyle yaşayan çocukların %85'i çevresel tütün dumanına (ÇTD) maruz kalmaktadırlar (46). Bizim araştırmamızda da sigara içenlerin %88'i evde sigara içmektedir

Çalışmamızda sağlık personelinin sigara konusundaki tutum puanı ortalaması 12 puan üzerinden 9.72 puan olarak saptanmıştır. Tutum puanı ortalaması, davranış ve bilgi puanına oranla daha yüksek bulunmuştur. Ancak yinede bir sağlık personelinin sahip olması gereken tutum düzeyinde değildir. Sigara konusunda sağlık personelinde yapılan çeşitli çalışmalarda tutum ölçütü olarak değerlendirilen hastaya sigara içme durumunu sorma ve hastayı sigara bırakma yönünde teşvik etme bizim çalışmamızda daha çok kabul edilen tutum olarak sergilenmiştir. (31,42). O'Loughlin Genel Pratisyen'lerde (GP) yaptığı çalışmada hastaya sigara içme durumunu sorma ve teşvik etme tutumu bizim çalışmamızla benzer oranlarda

bildirilmiştir (34).

Birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının bilgi, tutum ve davranış puanları arasındaki ilişkinin analizinde, tutum ile davranış arasında orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur (r=0.334, p=0.015).

Çalışmamızda davranış puanı ortalaması 15 puan üzerinden 5.88 puan olarak gerçekleşmiştir. Sağlık personelinin sigarayla ilgili orta düzeyde davranış sergilediği saptanmıştır. Bireysel korunma davranışı parametreleri içinde yer alan, sigara içen kişilerin kalabalık ortamlarda ve çocuklarının yanında sigara içmemesi konularında özenli oldukları görülmüştür. Ayrıca sigara içicileri çok büyük oranda sigarayı bırakmak istediklerini belirtmişlerdir.

National Health Service'in sağlık personeli için sigara bıraktırma rehberinde (49) önerdiği; hizmet alan kişilerin sigara alışkanlıklarını sorgulama, sigara kullananları takip etme, sigara bırakmaya yönlendirme, sigara eğitimi ve sigara içen kişilerle ilgili kayıt tutma parametrelerinden oluşan "sağlık personeli olarak davranış puanı" ise oldukça düşüktür. Birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının sigara mücadelesi konusunda önemli görevleri olmasına rağmen sağlık personeli olarak bunları yerine getirmediği görülmektedir. Araştırma sonuçlarımıza göre sağlık personelinin %22.5'i hizmet alan kişilere sigara alışkanlığını sorarken, %2.1'i sigara içenleri düzenli izlediğini, %7 bu hastalarla ilgili kayıt tuttuğunu, %76.8'i ise sigara içen kişileri bırakmaları konusunda teşvik ettiklerini söylemişlerdir. Hekimlerin %40.9'u hastalarına sigara içip içmediklerini sorduklarını belirtmişlerdir.

Birinci basamak hekimleri sigara içenleri saptamada, değerlendirmede ve tedavisinde önemli bir anahtar rol oynayabilir. Hekimler sigara içenlerin yaklaşık %70'i ile her yıl en az bir defa karşılaşmaktadırlar ve hasta hekim ilişkisi nikotin bağımlılığının tedavi için benzersiz ve güçlü bir etkiye sahiptir (26).

Değişik ülkelerden bildirilen çalışmalarda, hekimlerin hastalarının sigara içme alışkanlıklarını %40-98 arasında sorguladıkları görülmektedir, %51-90'ının önerilerde bulunduğu, %25-68'inin yazılı materyal sağlayarak veya 2 dk yada daha fazla süre ayırarak yardımcı oldukları, %5-11'inin sigara bırakmayı takip ettiği gösterilmiştir (3,7,13,25,26,34,51).

Birinci basamak hekimleri hastalarına sigara bırakmayı yönlendirmede hayati bir rolleri vardır. Çalışmalar sadece hekimlerin önerisinin bile %5-10 arasında bir yıllık bırakma oranlarına ulaşıldığını göstermektedir. Takiplerle de bırakma oranlarının %20-36'lara çıktığı gösterilmektedir (13,40,49).

Yine Cirit ve arkadaşları yaptıkları çalışmada hekimlerin %30.1'inin hastalarının yanında sigara içtiği, %21.7'sinin çocuklarının yanında devamlı sigara içtiği (13), Tuğlu ve arkadaşları sağlık personeli üzerinde yaptığı çalışmada hekimlerin %10.9'u hastalarının yanında sigara içtiklerini belirttikleri bildirmektedir (48). Bizim çalışmamızda hekimlerden hiç biri hastasının yanında sigara içmediğini, sağlık personelinin ise %23.1'inin çocuğunun yanında sigara içtiğini belirtmiştir.

Çalışmamızda sigara içen kişilerin sigaranın neden olacağı hastalıklar konusunda erken tanının konabilmesi için gereken kontrolleri de yaptırmadıkları görülmektedir. Bu kontrollerin en basitlerinden olan sağlık muayenesini bile ancak %19.2 gibi çok az bir kısmı yaptırmaktadır. Tansiyon takibini de ancak %55.8'i yaptırmaktadır. Sigaranın en çok neden olduğu solunum sistemi hasarlanmaların erken tanısı için ise akciğer filmi çektirme oranı %11.5 gibi çok düşük bir orandadır.

Asword ve arkadaşları yaptığı araştırmada birinci basamak hekimlerinin %53'ünün, sigara içen hastalarından akciğer grafisi taraması yaptırdığını bildirmektedir. Yine bu araştırmada, sigara içimi konusunda koruyucu hekimlikteki en önemli engellerin; sigara içimini önlemedeki eğitim eksikliği ve mesajların belirsiz olması, sağlık eğitimcisinin az olması, zaman azlığı gibi nedenler olarak ifade edilmiştir (3)

Bazı araştırmalarda balgam sitolojisinin ve akciğer grafisi taramasının akciğer kanseri ölümlerini azaltmadığı, bunun yerine sigara bırakma danışmanlığı üzerine yoğunlaşmayı önermektedirler. "US Preventive Services Task Force" asemptomatik kişilerde rutin akciğer grafisini ve balgam sitolojisini önermemektedir (33).

SONUÇ

Hekimlerin sigara bırakmadaki rolü sigaranın zararları ve bırakma yöntemleri konusunda bilgilendirici, özendirici ve destekleyici olmak, ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırmaya yönelik gerekli tıbbi yardımlarda bulunmak ve bırakma eyleminin devamını sağlamak için bireyi desteklemektir (13, 14, 51). Ancak, ne yazık ki hekimlerin bu konudaki gerek bilgileri gerekse istekleri tüm dünyada ve ülkemizde yeterli görülmemektedir.

Türkiye henüz sigara mücadelesinde çok yetersiz kalmaktadır. Sigaranın zararlarının önlenmesine dair yasa ancak 1996 yılında çıkmıştır. Yasanın uygulanmasında halen ciddi aksaklıklar vardır. Sigara konusundaki eğitim başta sağlık

personeli olmak üzere tüm toplumda halen eksiktir. Sigara yaygınlığına yönelik çalışmalar halen çok az sayıda ve toplumu ifade etmemektedir. Sigara bırakma yönünde teşvik çok az ve bırakmak isteyenlere destek verecek sağlık yapılanması yok denecek kadar azdır.

Birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının sigara mücadelesinde çok önemli görevleri vardır. Ülkemizde sigara kullanımının artmasının nedenlerinden biri de bu alanda görevi olan özellikle birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının gerekeni yapmamasıdır. Toplumun sigara konusunda bilgilendirilmesinden, sigaraya başlanmaması ve sigara içenlerin sigarayı bırakmalarına kadar sigara mücadelesinde pek çok boyutta işlevleri vardır. Tüm bu işlevlerinden daha da önemlisi sigara içmeyen bireyler olarak topluma özellikle gençlere rol model olmalarıdır.

Sigara konusunda sağlık personelinin bilgi tutum ve davranışını inceleyen pek çok araştırmada, sigara ile ilgili bilgi ve tutumun belli bir düzeyde olmasına karşın, halen özellikle ülkemizde çok yoğun olarak sigara içtikleri gösterilmiştir. Sağlık personelinin eğitimi ile bilgi düzeylerinin artırılması sigara içiciliğinde istenilen düşüşlere neden olmamaktadır. Bu nedenle sigaranın sağlık zararlarının bilinmesine rağmen halen sigara içilmeye devam edilme nedenleri konusunda niteliksel araştırmalar yapılması gerekliliği düşünülmektedir. Bunun dışında tıp ve hemşirelik eğitimlerinin daha ilk yıllarından itibaren eğitim programı içine sigara konusundaki eğitimlerin konulmasının da önemli olduğu görüşündeyiz.

Toplumdaki sigara yaygınlığının azaltılabilmesi için, sigara bırakma yönünde teşviklerin bireysel, kurumsal ve toplumsal olarak sağlanması ve bırakmak isteyenlere destek verecek sağlık yapılanmasının kurulması gereklidir. Bu yapılanma için en uygun olan koşul da ülkemizde çok yaygın örgütlenmesi olan sağlık ocağı hekimlerinin sigara bırakma konusunda danışmanlık yapabilecekleri koşulların sağlanmasıdır.

KAYNAKLAR

1- Akvardar Y, Aslan B, Ekici ZB, et al. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem II öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanımı. Bağımlılık Dergisi, 2001;2:1-8

2- Arnold CL, Davis TC, Berkel HJ, et al. Smoking status, reading level, and knowledge of tobacco effects among low-ıncome pregnant women. Am J Prev Med 2001; 32:313-320

3- Ashford A, Gemson D, Gorin SNS,et al. Cancer screening and prevention practices of inner-city physicians. Am J Prev Med 2000;19(1):59-62

4- Austoker J, Sanders D, Fowler G. Cancer prevention in primary care: smoking and cancer: smoking cessation. BMJ 1994;308:1478-1482.

5- Austoker J. Cancer prevention in primary care cancer prevention: setting the scene. BMJ 1994;308:1415-1420.

6- Bilir N. Ulusal akciğer sağlığının temel göstergeleri ve araştırma öncelikleri. Toraks Dergisi, 2002;3:317-320.

7- Block DE, Hutton KH, Johnson KH. Differences in tobacco assessment and intervention practices: a regional snapshot. Am J Prev Med 2000;30:282-287.

8- Box V, Anderson Y. Cancer beliefs, attitudes and preventive behaviours of nurses working in the community. Cancer beliefs of community nurses. Eur J Cancer Care, 1997; 6: 192-208.

9- Brenner H, Born J, Novak P, Wanek V. Smoking behavior and attitude toward smoking regulations and passive smoking in the workplace. Am J Prev Med 1997; 26: 138-143

10- Brescia FJ. Lung cancer- a philosophical, ethical, and personal perspective. Critical Reviews in Oncology/Hematology 2001; 40: 139-148.

11- Çan G. Sigara içme alışkanlığı ve sigarayı bırakma, http//meds.ktu.edu.tr/~tozlu/quit.htlm

12- Çan G, Özlü T, Bülbül Y, Torun P. Trabzon il merkezinde görev yapan doktorlarda sigara içme sıklığı. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 1999;20:2-3.

13- Cirit M, Orman A, Ünlü M. Afyon'da hekimlerin sigara içme alışkanlığı. Toraks Dergisi, 2002;3:253-256.

14- Chapman S. Recent advances: tobacco control. BMJ 1996;313:97-100.

15- Danacı AE, Yorgancıoğlu A, Çelik P,et al. Manisa ili lise öğretmenlerinin sigara içmeye karşı tutumları. Toraks Dergisi, 2000;1:16-20.

16- Demiralay R. Behaviours and attitudes of medical students towards smoking. Turk J Med Sci 2002;32:339-344.

17- Dilbaz N, Apaydın L. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşireler arasındaki sigara içme, bırakma sıklığı ve sigara içme davranışının özellikleri. Bağımlılık Dergisi 2002;3:73-83

18- Dowdell EB. Urban seventh graders and

smoking: a health risk behaviour assessment. Issues Compr Pediatr Nurs, 2002; 25:217-229

19- Early release of selected estimates based on data from the 2002 national health interview survey, CDC; 2002: 38-43

20- Ertuğrul E, Erkan F, Çuhadaroğlu Ç. Smoking behaviour and attitudes of doctors in a university hospital in İstanbul. J Smoking-Related Dis 1994; 5: 177-181

21- Esen A, Yorgancıoğlu A, Şen FS ve ark. Celal Bayar Üniversitesi Hekimlerinin sigara içme davranışına karşı tutumları. Tüberküloz ve Toraks 1998; 46: 250-255

22- WHO/WPRO-Smoking Statistics http://www.wpro.who.int/media_centre /fact_sheets/fs_ 20020528.htm

23- Fichtenberg M. C, Glantz A. S, Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review, BMJ 2002; 325(7357): 188

24- Frank E, Winkleby MA, Altman DG,et al. Predictors of physician's smoking cessation advice. JAMA 1991;266:31-39

25- Gilpin EA, Emery SL, Farkas AJ, et al. The California Tobacco Control Program: A decade of progress, results from the California Tobacco Surveys, 1990-1998. La Jolla, CA: University of California, San Diego; 2001: 6-26

26- Goldstein MG, DePue JD, Monroe AD. A population-based survey of physician smoking cessation counseling practices. Am J Prev Med 1998; 27:720-729.

27- Göksel T, Cirit M, Bayındır Ü. İzmir ili lise öğrencilerinin sigara alışkanlığını etkileyen faktörler. Toraks Dergisi, 2001;2:49-53.

28- Katz D, Muehlenbruch D, Brown R, et al. Effectiveness of a clinic based strategy for ımplementing the ahrq smoking cessation guideline in primary care. Am J Prev Med 2002; 35:293-302.

29- Kim KK, Yu ESH, Chen EH, Kim J, et al. Smoking behaviour, knowlwdge , and beliefs among Korean Americans. Cancer Pract 2000; 8:223-230

30- Kurtz M, Kurtz JC, Contreras D, Booth C, Knowledge and attidudes of economically disadvantaged women regarding exposure to environmental tobacco smoke. Eur J Public Health 2003; 13:171-176

31- Lei Z, Jingheng H, Jianzhong L. Smoking among Shanghai medical students and the need for comprehensive intervention strategies. Health Promot Int 1997;12 (1):27-31

32- Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization 2002, Geneva

33- Morrison BJ. Interventions other than smoking cessation to prevent lung cancer. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Health Canada, 1994; 780-86.

34- O'Loughlin J, Makni H, Tremblay M, et al. Smoking cessation counseling practices of general practitioners in Montreal. Am J Prev Med 2001; 33:627-638

35- Osborne M, Boyle P, Lipkin M. Cancer prevention. Lancet 1997; 349 (suppl II):27-30

36- Öncel S. İzmir Metrapolünde Çalışan Sağlık Personelinin Sigara Konusundaki Tutum ve Davranışları (Basılmamış uzmanlık tezi) TC Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir,1984

37- Perlman F, Bobak M, Steptoe A,et al. Do health control belefs predict behaviour in Russians? Am J Prev Med 2003; 37:73-81

38- Pierce JP, Gilpin EA, Emery SL, et al. Tobacco control in California: who's winning the war? an evaluation of the tobacco control program, 1989-1996. La Jolla, CA: University of California, San Diego; 1998: 12-18

39- Public knowledge and beliefs about the effects of smoking, http://www.quit.org.au/quit/FandI/ fandi/c03s19.htm

40- Richmond R. Teaching medical students about tobacco. Torax 1999; 54:70-78.

41- Sammut MR. Breaking the smoking habit in Malta. Maltese Med J, 1998;10 (1): 22

42- Serj H.C, Osler M. Do smoking and health education influence student nurses' knowledge, attitudes, and professional behavior? Am J Prev Med 2002; 34:260-265.

43- Sezer E, Açık Y, Bilgin N, ve ark. Elazığ ilinde görev yapan hemşire ve ebelerin sigara konusundaki tutum ve davranışları. Sigara Alarmı 1992; 2:9.

44- Sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırma raporu, PİAR, Ocak, 1988.

45- Soliman AS, Raouf AA, Chamberlain RM. Knowledge of, attitudes toward, and barriers to cancer control and screening among primary care physicians in Egypt: the need for postgraduate medical education. J Cancer Educ 1997; 12: 100 -107.

46- Smoking in Canadian Homes, Does Health Knowledge Make a Difference?. http://www.smoke-free.ca/pdf_1/ETS-Health-knowledge.pdf

47- Tobacco- Health Facts. Fact Sheet No 221, 1999, http://www.who.int/inf-fs/en/fact221.html.

48- Tuğlu C, Güzelant A, Erdoğan S, Şenveli B, Abay E. Hekimlerde sigara içme alışkanlığı ve ruhsal örüntü. Bağımlılık Dergisi, 2000; 1:32-37.
49- West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidlines for health professionals: an update. Thorax 2000;55:987-999
50- World Health Report: 2002 Reducing risks, promoting healthy life, WHO, 2002 Geneva.
51- Yorgancıoğlu A, Esen A. Sigara bağımlılığı ve hekimler. Toraks Dergisi 2000;1:90-95.