

Koroner kalp hastalığı(KKH) riski olup Toplum Tabanlı Sigara Bırakma Merkezi'ne davet edilenlerin başvurusunu etkileyen etmenler

Özlem Pekel^a, Türkan Günay^a, Ahmet Soysal^a, Sinem Doğanay^a, Refik Budak^b, Volkan Damgacı^a, Deniz Altun^a, Gül Ergör^a

Özet

Amaç: Bu çalışmada amaç, KKH riski olup Toplum Tabanlı Sigara Bırakma Merkezi'ne davet edilenlerin başvurusuna etki eden faktörlerin belirlenmesidir. **Yöntem:** Balçova'da yaşayan 30 yaş üzeri kişilerin KKH risk durumlarının belirlendiği ve buna yönelik girişimlerin planlandığı Balçova'nın Kalbi(BAK) projesi kapsamında 2008 yılında yapılan durum saptama çalışmasında belirlenen Framingham risk düzeylerine göre KKH riski orta ve yüksek düzeyde riski olup sigara içen kişiler (1390 kişi) veri tabanından seçilmiştir. Projede eğitilmiş yedi kişiden oluşan Toplum Sağlığı Destek Grubu (TSDG) hedef gruba ev ziyaretleri ya da telefonla ulaşarak projeye katılmaları için merkeze davet etmişlerdir. Sigara Bırakma Merkezi'nde tüm hizmetler ücretsiz olarak sunulmuştur. Araştırmanın bağımlı değişkeni, Sigara Bırakma Merkezi'ne başvuru durumudur. Bağımsız değişkenleri ise yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, sosyal güvence durumu, düzenli sigara içmeye başlama yaşı, günlük içilen sigara sayısı, sigara bırakmayı deneme, sigara bırakmayı düşünme, sigara bırakma hizmeti almak istemedir. **Bulgular:** Hedef grup olan 1390 kişiden %49'una(681) evinde ulaşılmıştır. Sigara Bırakma Merkezi'ne davet edilip randevu alan 444 kişiden %68.2'si başvurmuş, randevu almadığı halde başvuran 28 kişi de izleme alınmışlardır(n=330). Hedef grubun başvurusunu yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, sosyal güvence durumu anlamlı olarak etkilememektedir. Sigarayı bırakmayı düşünenlerde, daha önce bırakmayı deneyenlerde ve sigara bırakma hizmeti almak isteyenlerde merkeze başvuru anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. **Sonuç:** Toplum tabanlı olarak çalışmaya başlayan, KKH riski orta ve üzerinde olan kişilerin davet edilerek, ücretsiz hizmet sunulan bir sigara bırakma merkezinde davete yanıt verme düşüktür. Sigara bırakmada, KKH riski olanlarda bile, bireyin bu konudaki isteği hizmete ulaşmada önemli bir etkindir.

Anahtar Kelimeler: Sigarayı bırakma programı, koroner kalp hastalığı.

The factors that affect registration at a community-based cigarette cessation center of persons at risk of coronary heart disease

Abstract

Objective: The aim was to evaluate the factors that affect attendance at a community based smoking cessation center by people who are at risk of coronary heart disease.

^a Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir

^b Kars Toplum Sağlığı Merkezi İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, Kars

Sorumlu Yazar: Özlem Pekel, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Balçova 35320 İzmir E-posta: ozlempekel@yahoo.com

Geliş tarihi: 17 Ekim 2011, Kabul tarihi: 17 Mayıs 2012

Method: The study population was drawn from/ obtained from the database of the Balçova Heart Study, and included those who were older than 30 years and had been assessed for their CHD risk status in a survey in 2008. Smokers, who are at medium or high risk according to the Framingham risk score, were selected (1390 people). Seven young people were trained as a Community Health Support Group in the project and they were invited the target the study-group by visiting homes or by telephone. Services in the smoking cessation center were free of charge. The dependent variable of the study was attendance at the smoking cessation center. Independent variables were; socio-demographic variables, age when starting to smoke, number of cigarettes per day, attempts at cessation, considering cessation, willingness to participate in a smoking cessation service. **Results:** Forty nine percent of the target group was reached at their homes. Among the people who made an appointment (n=444), 68.2% had attended. The attenders and non-attenders from the target group did not differ statistically in age, gender, marital status, educational level or social security type. The people who had considered or attempted to quit or who wanted a support service in the baseline survey attended significantly more than the ones who had not. **Conclusion:** Less than one in three people with medium and high CHD risk and who were advised to attend, to a service provided free of charge. Willingness to quit is an important factor for attending the center, even in the high risk individuals.

Key Words: Smoking cessation programs , coronary heart disease.

Giriş

Sigara, iskemik kalp hastalıkları başta olmak üzere dünyada en sık sekiz ölüm nedeninden altı tanesi için risk etmenidir. Dünyada her yıl beş milyondan fazla kişi tütün kullanımı nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu sayı 2030 yılında sekiz milyonu aşacaktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Tütünsüzlük Girişimi (TG), tütün kullanımına bağlı hastalık ve ölümlere bağlı toplam yükün azaltılmasını, böylelikle toplumu ve gelecek nesilleri tütün kullanımının yol açtığı ağır sağlık etkileri ile olumsuz sosyal, çevresel ve ekonomik etkilerden ve tütün dumanı etkileniminden korumayı amaçlamaktadır¹.

Türkiye’de on beş yaş ve üzerindeki yetişkinlerin %31.2’si (yaklaşık 16 milyon kişi) halen sigara içmektedir. Sigara içme sıklığı erkeklerde (%47.9) kadınlara (%15.2) göre daha fazladır. Yaklaşık 12 milyon erkek ve 4 milyon kadın sigara içmektedir. Erkeklerin yaklaşık yarısı (%43.8) ve kadınların da %11.6’sı her gün sigara içmektedir².

DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi’nde, tütün kullanımının yol açtığı sorunlar ‘halk sağlığı sorunları’ olarak

algılanmakta, etkili tütün kontrolü için kültürel, sosyal, ekonomik, politik ve yasal konularda yerel özelliklerin dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır³.

Türkiye’de tütün salgını ile mücadelede 1996 yılında çıkan “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” dönüm noktasıdır. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi 2004 yılında imzalanmıştır. Sözleşmenin 14. Maddesi’ndeki ‘Tütün Bağımlılığını Azaltma ve Bıraktırma’ politikası kabul edilmiştir⁴. MPOWER (Küresel Tütün Kontrolü İçin Politika Paketi) bileşenlerinden birisi de ‘Sigarayı bırakmaya yardım et’ olmuştur⁵.

Sigara içmenin önlenmesi ile toplumun %77’si trakea, bronş ve akciğer kanserinden, % 46’sı üst sindirim yolu kanserlerinden, %52’si KOAH’dan, %16’sı kardiyovasküler hastalıklardan korunabilecektir⁶. Ayrıca koroner kalp hastalığı olan kişilerin sigara bırakması durumunda bu kişilerin kalp krizi geçirme riski azalmaktadır⁷.

Sigara bırakma polikliniği olmaksızın bırakma olasılığı %3-5 iken poliklinik yardımı ile bu oran %40’lara kadar yükselmektedir. Sigara bırakmada

etkili tedavi yaklaşımlarından biri farmakoterapi, diğeri ise bilişsel-davranışçı yaklaşımlarla motivasyondan oluşan destek tedavisidir. Her iki yöntem de tek başına etkili olup, iki yöntemin birlikte uygulanması bırakma oranlarını artırmaktadır⁸.

Sigara bırakma girişimlerinde daha geniş kitleye ulaşabilmek ve dolayısıyla toplumda sigara içme sıklığını azaltmak için toplum tabanlı girişimler önemlidir. Özellikle gençlerde sigara içme sıklığının fazla olduğu ülkelerde bu konuda birçok değişik uygulamanın sonuçları araştırılmaktadır⁹. Toplum tabanlı yapılan çalışmaların özellikle hizmete erişemeyen grupta ek yararları olmasına karşın uygulamada toplumun demografik, kültürel ve psikososyal özelliklerinden kaynaklanan sorunlar daha fazladır¹⁰.

Üniversitemizde yürütülen Balçova'nın Kalbi Projesi kapsamında, Belediye işbirliğiyle toplum tabanlı hizmet veren sigara bırakma merkezi oluşturulmuştur. Öncelikle Koroner Kalp Hastalığı (KKH) riski orta ve yüksek düzeyde olup sigara içen kişiler sigara bırakma konusunda destek almaları için merkeze davet edilmişlerdir. Yapılan çalışmalarda kardiyopulmoner hastalığı olanlarda sigara bırakma başarısı daha düşük bulunmuştur¹¹. Günümüzde kardiyovasküler ve pulmoner hastalığı olanlar için sigara bırakma konusunda uygulanması gereken spesifik öneriler bulunmamaktadır. Bu konuda kanıta dayalı verilere gereksinim duyulmaktadır¹².

Bu çalışmada amaç, KKH riski olup Toplum Tabanlı Sigara Bırakma Merkezi'ne davet edilenlerin başvurusuna etki eden faktörlerin belirlenmesidir.

Yöntem

Araştırma kesitsel tiptedir. Balçova'da yaşayan 30 yaş üzeri kişilerin KKH risk durumlarının belirlendiği ve buna yönelik girişimlerin planlandığı Balçova'nın Kalbi (BAK) projesi, DEÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Balçova Belediyesi işbirliği ile 2007 yılından beri yürütülmektedir. Bu proje kapsamında 2007-2008 arasında

durum saptama çalışması gerçekleştirilmiştir¹³. Sigarayı bırakmak isteyenler için 2009 yılında İzmir Kalkınma Ajansı(İZKA)ve Balçova Belediyesi işbirliğiyle 'Balçova'da Sigarasız Yaşamla Kalp Sağlığını Koruma Projesi' başlatılmıştır. BAK Projesi veri tabanından Framingham risk skorlamasına göre KKH riski orta ve yüksek düzeyde olup, sigara içen kişiler (n:1390) hedef grubu oluşturmuştur. Projede, yedi kişi eğitilerek Toplum Sağlığı Destek Grubu (TSDG) olarak yetiştirilmiştir. Balçova Belediyesi içinde tanı ve tedavi hizmetlerini ücretsiz olarak sunan bir Sigara Bırakma Merkezi oluşturulmuştur. TSDG, hedef gruba ev ziyaretleri ya da telefonla ulaşarak projeye katılmaları için merkeze davet etmişlerdir. Evler iki kez ziyaret edilerek evde bulunamayanlara yapılan çalışmayı anlatan ve sigara bırakma merkezini aramalarını isteyen bir not bırakılmıştır. İki ziyaret sonrası bulunamayanlara her gün 18:30-20:00 saatleri arasında telefon ile ulaşılmaya çalışılmıştır. Evde bulunanlara danışmanlık rehberi yardımıyla sigara ve zararları konusunda bilgilendirme yapılmış, kişilere broşür ve projeyi hatırlatan magnet verilmiştir. Sigara bırakma konusunda motivasyon artırılarak merkeze başvurmak isteyenlere randevuları verilmiştir. Çağrılı kişiler için üç adet konferans yapılmıştır. Bunun dışında da afiş ve broşürlerle duyurular yapılmıştır.

Araştırmanın değişkenleri: Bağımlı değişken, Sigara Bırakma Merkezi'ne başvuru durumudur. Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, sağlık güvencesi durumu, düzenli sigara içmeye başlama yaşı, günlük içilen sigara sayısı, sigara bırakmayı deneme, sigara bırakmayı düşünme, sigara bırakma hizmeti almak istemedir. Çözümlemelerde; yaş 30-49, 50-64 ve 65 ve üstü olarak, medeni durum evli ve diğer olarak, öğrenim durumu ilkokul ve altı Ortaokul, lise ve üzeri olarak gruplanmıştır.

Bu çalışmanın analizinde kullanılan veritabanı, 2008 BAK veritabanından hedef gruba ait verilerden hazırlanmıştır. Sigara Bırakma Merkezi'ne başvuranların

belirlenmesi için merkezin veri tabanı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 15.0 istatistik programı ile yapılmıştır. Verinin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare, ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında t-testi kullanılmıştır.

Bulgular

Hedef grup olan 1390 kişiden %49'una(681) evinde ulaşılmıştır. Ev ziyaretinde hedef grubun %6.7'si kendiliğinden sigarayı bıraktığını bildirmiştir. Sigara Bırakma Merkezi'ne

davet edilip randevu alan 444 kişiden %68.2'si başvurmuş, randevu almadığı halde başvuran 28 kişi de izleme alınmıştır. Hedef gruptan 178 kişi (%13.8) projeye katılmayı kabul etmemiş, 408 kişi evde yok ya da vefat olarak belirlenmiş, 118 kişi (%9.1) taşınmış, 17 kişi (%1.3) hafta sonu gelebilirim yanıtını vermiştir.

Sigara Bırakma Merkezi'ne davet edilenlerin üçte ikisi erkek, yarıdan fazlası ilkokul ve altı öğrenim durumunda, büyük çoğunluğu evli ve SSK, ES'na bağlı idi (Tablo 1)

Tablo 1. Sigara Bırakma Merkezine Davet Edilenlerin ve Başvuranların Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	Sigara Bırakma Merkezine				
	Davet edilenler n=681		Başvuranlar n=330		
	Sayı	%*	Sayı	%*	
Cinsiyet	Erkek	423	62.1	214	64.9
	Kadın	258	37.9	116	35.1
Öğrenim durumu	İlkokul mezunu ve altı	352	51.6	166	50.3
	Ortaokul mezunu	80	11.7	34	10.3
	Lise mezunu	166	24.3	90	27.3
	Üniversite mezunu	82	12.0	40	12.1
Medeni durum	Evli	585	85.9	285	86.4
	Bekar ^a	96	14.1	45	13.6
Sosyal güvence durumu	SSK	387	56.8	197	59.7
	Emekli Sandığı (ES)	179	26.3	86	26.1
	Bağ-Kur	66	9.7	28	8.5
	Güvencesi olmayanlar	35	5.1	17	5.2
	Yeşil kart	14	2.1	2	0.5

^aBekar: Dul, bekar, boşanmış

*sütun yüzdesi

Çalışma grubunun yaş ortalaması 55.4 ±7.5 olarak bulunmuştur. Grubun %69.2'si daha önce sigara bırakmayı denemiş, %82.3'ü sigarayı bırakmayı düşünmektedir. Grubun %78.3'ü sigara bırakmayla ilgili sunulacak bir hizmeti almayı istediklerini belirtmişlerdir. Grubun düzenli sigara içmeye başlama yaşı 20.8±8.0, günlük içilen sigara sayısı

17.7±10.4'tür. Sigara Bırakma Merkezi'nden hizmet almak için yapılan davet sonrasında grubun %48.5'i Sigara Bırakma Merkezi'ne başvurmuştur.

Sigara bırakma merkezine başvuranların yaş ortalaması 55.4±7.8 iken başvurmayanların yaş ortalaması 55.4±7.2 dir. Sigara Bırakma Merkezine

başvuranların çoğunluğu erkek, yarısı ilkökul ve altı öğrenime sahip, çoğunluğu evli, sosyal güvencelerinde SSK ve ES ağırlıktadır(Tablo 1).

Sigara Bırakma Merkezi'ne başvuruyu etkileyen değişkenlere bakıldığında, sigara bırakma merkezine başvuranlarla başvurmamayanlar arasında yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, sosyal güvence durumu bakımından anlamlı fark bulunmamaktadır (Tablo 2).

Çalışma grubunda 'sigarayı bırakmayı düşünüyorum' diyenlerin %85.4'ü (280 kişi), 'sigara bırakmayı denedim' diyenlerin %74.4'ü (244 kişi) ve

'sigara bırakma hizmeti almak istiyorum' diyenlerin %84.0'ı (274 kişi) merkeze başvurmuştur. Merkeze gelenlerin oranı bu sorulara 'hayır' yanıtı verenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur(Tablo 2).

Sigara bırakma merkezine başvuranların düzenli sigara içmeye başlama yaş ortalaması 20.3±7.8, başvurmamayanların 21.3±8.2 olup, aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır. Günlük içilen sigara sayısı ortalamaları her iki grupta da 18 olup, iki grup arasında anlamlı fark yoktur (p>0.05).

Tablo 2. Sigara Bırakma Merkezi'ne Davet Edilenlerin Başvurusunu Etkileyen Etmenler

Değişkenler	Sigara Bırakma Merkezine						P***
	Başvuran (n=330)		Başvurmamayan (n=351)		Toplam (n=681)		
	Sayı	% *	Sayı	% *	Sayı	%**	
Cinsiyet							
Erkek	214	50.6	209	49.4	423	62.1	0.15
Kadın	116	45.0	142	55.0	258	37.9	
Yaş grubu							
30-49	66	50.0	66	50.0	132	19.4	0.32
50-64	219	46.8	249	53.2	468	68.7	
64+	45	55.6	36	44.4	81	11.9	
Medeni durum							
Evli	285	48.7	300	51.3	585	85.9	0.73
Diğer	45	46.9	51	53.1	96	14.1	
Öğrenim durumu							
İlkokul ve altı	166	47.2	186	52.8	352	51.8	0.23
Ortaokul	34	42.5	46	57.5	80	11.8	
Lise ve üzeri	130	52.4	118	47.6	248	36.5	
Sigara bırakmayı deneme^a							
Evet	244	52.0	225	48.0	469	69.2	0.004
Hayır	84	40.2	125	59.8	209	30.8	
Sigara bırakmayı düşünme^a							
Evet	280	50.2	278	49.8	558	82.3	0.04
Hayır	48	40.0	72	60.0	120	17.7	
Sigara bırakma hizmeti almak isteme^a							
Evet	274	52.1	252	47.9	526	78.3	0.0001
Hayır	52	35.6	94	64.4	146	21.7	

*Satır yüzdesi, **kolon yüzdesi, ** * ki-kare testi

^a Yanıt verenler üzerinden hesaplanmıştır.

Tartışma

Bu çalışmada KKH riski olduğu ve sigara içtiği bilinen bireyler evlerinde ziyaret edilerek sigara ve zararları konusunda farkındalıkları artırılmıştır. Bu grup sigara bırakma konusunda ücretsiz hizmet sunan merkeze davet edilmiştir. KKH riskinin orta ve yüksek düzeyde olduğu, sigarayı bırakmaları gerektiği söylenerek çağrı yapılan bireylerin yarısı merkeze başvurmuştur. Başvuruyu yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, sosyal güvence durumu, düzenli sigara içmeye başlama yaşı, günlük içilen sigara sayısı etkilememiştir. Çalışma grubunda 'sigarayı bırakmayı düşünüyorum' diyenler, 'sigara bırakmayı denedim' diyenler ve 'sigara bırakma hizmeti almak istiyorum' diyenler anlamlı olarak daha fazla başvurmuştur.

Toplum tabanlı olarak planlanması ve riskli gruba ulaşılması bu çalışmanın farklılığıdır. Riskli gruba ulaşıldığı halde grubun yarısının sunulan hizmetten yararlanmak için başvurması sigara bağımlılığının tedavisine başlama konusunda bireyin karar almasının zorluğunu düşündürmektedir. Çalışma grubunda sigara bırakma konusunda karar almış daha hazır olan grup sunulan hizmete daha çok katılmıştır. Bu yönüyle bu bulgu sigara bırakmada kişinin kendisini hazır hissetmesi gerektiği, düşünme ve hareket evresinde olanların sigara bırakma başarılarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu¹⁴ bilgisi ile uyumludur. Benzer olarak Balbay ve ark.nın çalışmasında¹⁵ sigara bırakma polikliniğine gelenlerin %73.5'inin sigarayı bırakmayı düşündüğü, %61.2'sinin bırakmayı kendi başına denedikleri saptanmıştır. Bu durumda olanların sigarayı bırakma konusunda desteklenmesi ve gereken profesyonel yardımın yapılması başarı oranlarını artıracaktır. Önceki bırakma deneyimlerinin kalıcı başarıyı artırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır¹⁶. Bırakma deneyimi olanların merkeze başvurularının daha yüksek olduğu düşünülerek, merkezlerin sayısını ve ulaşılabilirliğini artırmak gerekmektedir.

Bu çalışmanın toplum tabanlı olarak planlanması çalışma grubunda sigara bırakma merkezine başvuruyu etkileyen etmenleri görme olanağını sağlamıştır. Benzer konuda yapılan çalışmalar sigara bırakma merkezlerine başvuranlar üzerinden değerlendirmeler yapmaktadır.

Bu çalışmada başvuranların özelliklerine bakıldığında; çalışmanın KKH riski olan kişilerde yapılması nedeniyle sigara bırakma merkezine başvuranların yaş ortalaması yüksektir. Benzer şekilde riskli gruplarla yapılan çalışmalarda da yaş ortalamasının yüksek olduğu görülmüştür. Önen ve ark.¹⁷ tarafından kardiyopulmoner hastalığı olanlarda yapılan bir başka çalışmada sigara bırakma merkezine başvuranların yaş ortalaması 50 olarak bildirilmektedir. Sigara bırakma merkezlerine başvuran kişiler üzerinde yapılan çalışmalarda başvuranların yaş ortalamaları daha düşük olarak saptanmıştır. Çan ve ark.nın¹⁸ Trabzon'da yaptığı çalışmada sigara bırakma polikliniğine başvuranların ortalama yaşı 37.4, Froelicher ve ark.¹⁹ Amerika'da yaptıkları çalışmada yaş ortalaması 46.6, Bize ve ark.²⁰ yaptığı ve toplum tabanlı bir fizik aktivite programının da uygulandığı çalışmada başvuranların yaş ortalaması 42.2 olarak bulunmuştur.

Şahbaz ve ark. yaptığı çalışmada²¹ sigara bırakma polikliniğine gelenlerin %81.3'ünün öğrenim durumu lise ve üzeri olarak saptanmıştır. Solak ve ark.nın çalışmasında²² katılımcıların %48'inin üniversite mezunu olduğu bildirilmiştir. Kiter ve ark. Denizli'de yaptığı bir başka çalışmada²³, göğüs hastalıkları polikliniğine sigara bırakmak için başvuran erkeklerin %50.5'i, kadınların %35.7'si üniversite mezunu olarak bildirilmiştir. Öğrenim durumu bakımından karşılaştırıldığında lise ve üzeri grup %39 ile diğer çalışmalardan düşük görülmektedir. Çalışmanın toplum tabanlı yapılması ve riskli olanlara öncelik tanıyarak aslında hizmete gereksinimi olanlar davet edilerek yapılmış olması nedeniyle hastanelerdeki sigara bırakma

poliklinikleri başvurularına göre öğrenim durumunun düşüklüğü beklenen bir durumdur.

Düzenli sigaraya başlama yaşı Önen ve ark.¹⁷ yaptığı çalışmada 17±4, Buğdaycı ve ark.²⁴ yaptığı çalışmada 18.2±4.6, Salepçi ve ark.²⁵ 19.3±5.5 olarak bulunmuştur. Başlangıç yaşının bu çalışmada 20.8±8.0 ile daha yüksek olmasının nedeni; yaş ortalamasının yüksek olmasına bağlı olarak anımsamayla ilgili hatadan kaynaklanıyor olabilir.

Toplum tabanlı bir girişim çalışması olarak sağlığı geliştirme ile ilgili bir programın ve ücretsiz tedavinin sağlandığı Matthews ve ark.²⁶ tarafından yapılan bir çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 45.4, yüksek okul mezunu olanlar %13.1, evli olanlar %69, günlük içilen ortalama sigara sayısı 13, düzenli içiciliğe başlama yaşı 17.7, önceki bırakma deneyimi sayısı 2.4 olarak belirtilmiştir. Bizim çalışmada yaş ortalamasının daha yüksek olmasının nedeni bölgenin emeklilerden oluşan ileri yaş nüfusa sahip bir yer olması olabilir.

Kaynaklar

1. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package. Geneva, 2008.
2. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 803, 2010.
3. WHO. Framework Convention on Tobacco Control, Geneva: 2003.
4. Bilir N. *Türkiye Tütün Kontrolünde Dünyanın Neresinde?* Tur Toraks Der. 2009;10:31-4
5. Ergüder T. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ve MPOWER Politikaları, WHO 2010.
6. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi, Final Rapor. Aralık 2004.
7. Bilir N. *Sigara ve Kalp-Damar Hastalıkları, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731, Ankara, 2008.*

Amerika'da yaşayan Çin toplumunda Wong ve ark.²⁷ nın yaptığı bir çalışmaya katılanların yaş ortalaması 58.3, sigaraya başlama yaşı 18.1, günlük içilen sigara sayısı 9.1, yüksek öğrenim ve altı öğrenim görenlerin oranı %57.9 bulunmuştur. Bizim çalışmaya katılanların özellikleri ile benzer görülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Toplum tabanlı olarak çalışmaya başlayan, KKH riski orta ve üzerinde olan sigara içen kişilerin davet edilerek, ücretsiz sunulan sigara bırakma hizmetine katılım düşüktür. Bu durum, tütün bağımlılığıyla savaşımın gücünü bir kez daha vurgulamaktadır. Yakın zamanda koroner kalp hastalığı gelişecek olan sigara kullanıcılarında bile bireyin bu konudaki isteği, risk algısı, ve kendini hazır hissetmesi hizmete ulaşmada önemli bir etkidir. Bu nedenle toplumun ve özellikle de riskli grupların tütün ve zararları konusunda bilgilendirilmesi ve farkındalığının artırılması önem taşımaktadır.

8. Karlıkaya C. *Tütün Kontrolü. Toraks Dergisi* 2006;7(1):51-64.
9. Curry S. A National Evaluation of Community-Based Youth Cessation Programs: Design and Implementation. *Evaluation Review*. 2010;34(6):487-512.
10. Lawrence D. Global research neglect of population-based approaches to smoking cessation: time for a more rigorous science of population health interventions. *Addiction* 2011;106(9):1549-1554
11. Ezzati M. Role of smoking in global and regional cardiovascular mortality. *Circulation* 2005;112(4):489-97.
12. Anderson JE. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest* 2002;121(3):932-41.

13. Ergör G. Balcova heart study: rationale and methodology of the Turkish cohort. *Int J Public Health*, 11 October 2011. DOI 10.1007/s00038-011-0309-x.
14. Cahill K. Stage-based interventions for smoking cessation (Review) *The Cochrane Library* 2010, Issue 11, Sayfa 38
15. Balbay Ö. Düzce Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Sigara Bırakma Polikliniği Sonuçları. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 2003; 3: 10-14
16. Cooper, B.A. To what extent do smokers make spontaneous quit attempts and what are the implications for smoking cessation maintenance? Findings from the International Tobacco Control Four country survey. *Nicotine & Tobacco Research*. 2010; 12(Suppl 1):S51-S57
17. Önen Z. Kardiyopulmoner Hastalığı Olanlarda Sigaranın Bırakılması. *Anadolu Kardiyol Derg* 2011 1;11(3)
18. Çan G. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinin Üç Yıllık Başvuru Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Toplum Hekimliği Bülteni* Mayıs 2006; 25(2): 22-27
19. Froelicher E. Combining community participatory research with a randomized clinical trial: The protecting the hood against tobacco (PHAT) smoking cessation study. *Heart& Lung* January/February 2010;39(1): 50-63
20. Bize R. Participation in a population-based physical activity programme as an aid for smoking cessation: a randomised trial. *Tobacco Control* 2010; 19: 488-494.
21. Şahbaz S. Sigara İçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerinin Sonuçlarına Etkileri. *Toraks Dergisi* 2007; 8(2):110-114.
22. Solak Z. Sigarayı Bırakma Tedavisinin Sonuçları. *Toraks Dergisi* 2003; 4(1):73-77.
23. Kiter G. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran olguların sigara içme özellikleri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2008; 56(1): 30-36.
24. Buğdaycı R. Mersin ilindeki kamu kuruluşlarında memurların sigara içme sıklığı ve nikotin bağımlılık düzeyinin değerlendirilmesi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2010;8(2):74-82
25. Salepçi B. Sigara Bırakma Polikliniğimizde Başarı Oranları ve Başarıda Etkili Faktörler. *Toraks Dergisi* 2005;6(2):151-158.
26. Matthews A. Development of a Culturally Targeted Smoking Cessation Intervention for African American Smokers. *J Community Health*. 2009;34(6):480-492.