

# Burhaniye Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-5 Yaş Grubu Çocuğu Olan Ailelerde Sigaraya Yönelik Kurallar ve İlişkili Faktörler

## Smoking Restriction Rules and the Related Factors Among the Families of Under 5 Years Old Children in the District of Burhaniye-Health Care

Dr. Zeliha A. ÖCEK,<sup>a</sup>  
Dr. Meltem ÇİÇEKLİOĞLU,<sup>a</sup>  
Dr. Şafak Taner GÜRİSOY,<sup>a</sup>  
Dr. Feride AKSU,<sup>a</sup>  
Dr. Gökçe ASLAN,<sup>a</sup>  
Dr. Murat SOMALI<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Halk Sağlığı AD,  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir  
<sup>b</sup>Burhaniye 1 No'lu Sağlık Ocağı,  
Balıkesir

Geliş Tarihi/Received: 18.07.2008  
Kabul Tarihi/Accepted: 01.12.2008

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Meltem ÇİÇEKLİOĞLU  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Halk Sağlığı AD, İzmir,  
TÜRKİYE/TURKEY  
meltem.ciceklioglu@ege.edu.tr

**ÖZET Amaç:** Balıkesir-Burhaniye Merkez 1 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 0-5 yaş grubu çocukların evlerinde sigarayla ilgili olarak uygulanan kuralların ve bu kurallarla ilişkili faktörlerin değerlendirilmesidir. **Gereç ve Yöntemler:** Kesitsel tipteki bu çalışmada, örnek büyüklüğü %50 prevalans, %95 güven aralığı, %5 hata payı ve %1.2 yanıtlanmama oranı ile 306'dır. Yüz yüze görüşerek 256 anneye evlerinde anket uygulanmıştır. Bağımlı değişkenler evde uygulanan kurallar ve tütün dumanı maruziyetidir. Bağımsız değişkenler ebeveynlerin sigara alışkanlığı; tütün dumanının zararlarına yönelik algı, yasaklara yönelik tutum ve özyeterlilik; sosyal çevre ve sosyoekonomik özelliklerdir. **Bulgular:** Hanelerin %27.3'ünde sigara yasağı uygulanmamaktadır. Yarı ve tam yasak yüzdeleri ise %56.6 ve %16'dır. Çocukların son bir hafta içinde sigara içilen odada buldukları ortalama gün sayısı yasak uygulanmayan evlerde 5.70±2.39, yarı ve tam yasak uygulanan evlerde 2.05 ± 2.55 ve 0.74 ± 1.95'dir (p= 0.000). Yarı (olaslıklar oranı= 5.44; p= 0.026) ve tam yasağın (OR= 8.37; p= 0.000) en önemli belirleyicisi misafirlerle evde sigara içmenin yasak olduğunu söyleyebilmedir. Tam yasak açısından sigaranın zararlarına güçlü bir inanç ve babanın sigara kullanmaması diğer belirleyicilerdir. **Sonuç:** Aileler çocuklarını evlerindeki tütün dumanından koruyamamaktadır. Yoksul olma, babanın ve misafirlerin sigara içmesi ve annenin sigaranın zararlarının yeterince farkında olmaması çocukların evde tütün dumanına maruz kalma risklerini arttırmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sigara dumanı kirliliği; çocuk; kapalı ortam hava kirliliği; sigara içme

**ABSTRACT Objective:** To assess smoking restriction rules and the related factors under 5 years old children's homes in the district of Burhaniye Health Center. **Material and Methods:** In this cross-sectional study, the sample size was 306 with a confidence interval 95%, prevalence 50%, accepting a sample error of 5%, non-response rate 1.2%. The questionnaire were completed through face-to-face interviews by 256 mothers. Dependent variables were smoking rules and exposure to smoke. Independent variables were smoking habits, perception of effects of smoke, attitudes towards smoking bans and self-sufficiency, social environment and sociodemographic characteristics. **Results:** There was no-smoking ban in 27.3% of houses. Partial and complete-ban ratios were 56.6% and 16%. The mean number of the days at the last week when children were in a smoking room was 5.70 ± 2.39 (Median: 7) for no-ban, 2.05 ± 2.55 (Median: 1) for partial-ban and 0.74 ± 1.95 (Median: 0) for complete-ban houses (p= 0.000). The most important factor determining the partial (OR= 5.44; p= 0.026) and complete-bans (OR= 8.37; p= 0.000) was "being able to say that this is a non-smoking house" to the visitors. A strong belief of the harmful effects of smoking and the smoking habits of fathers were other determinants of complete-bans. **Conclusion:** Families can not protect their children from tobacco smoke at their houses. The risk of exposure to smoke at home increases when children are poor; have a father who is smoking and a mother who is unaware of the harmful effects of smoking; and live in a house where visitors can smoke.

**Key Words:** Tobacco smoke pollution; child; air pollution, indoor; smoking

Sigara içmeyen kişilerin sigara içilen bir ortamdaki dumanı solumasına “pasif veya gönülsüz içicilik” adı verilmektedir. Pasif içicilik halk sağlığını tehdit eden en önemli ve en yaygın tehlikeler arasında yer almaktadır. Sigara içen kişi tarafından ortama verilen ana akım ve sigaranın yanmakta olan ucundan çıkan yan akım çevresel tütün dumanı olarak adlandırılır.<sup>1</sup> Yan duman zararlı gazlar ve kanserojen katrandan oluşur, ana dumandan kimyasal olarak farklı yapıdadır ve ondan daha kirlidir. Yan dumanın bu özelliklerinden dolayı; pasif içiciler de aktif içiciler kadar sigaradan etkilenirler.<sup>1</sup> Yapılan çalışmalar çevresel tütün dumanı maruziyetinin aktif sigara kullanımına yakın nikotin düzeylerine neden olduğunu ve pasif içicilerde aktif tütün kullanıcılarında olduğu gibi beyindeki nikotin reseptörlerinin arttığını göstermektedir.<sup>2-4</sup>

Çocuklar çevresel tütün dumanına erişkinlerden daha duyarlıdır.<sup>5-7</sup> Erişkinlerle aynı miktarda dumana maruz kalan çocukların idrarında nikotinin bir metaboliti olan kotinin düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.<sup>6</sup> Çünkü çocuklar daha hızlı nefes alırlar ve solunum yolları hem daha küçüktür hem de gelişmemiştir.<sup>7</sup> Duyarlılıklarının yanı sıra maruziyetlerini arttıran bir diğer neden, rahatsız olduklarında şikâyet edemedikleri gibi kendilerini nasıl koruyabileceklerini de bilmemeleridir.<sup>8</sup>

Çevresel tütün dumanı maruziyeti özellikle okul öncesi çocuklarda pek çok sağlık sorununa yol açmaktadır. Bu sorunların başında azalan akciğer fonksiyonları, bronşit, pnömoni gibi alt solunum yolu enfeksiyonları, uzamış öksürük, balgam, “wheezing” gibi semptomlar, orta kulak ve sinüs hastalıkları, alerjik bozukluklar, erken dönemde astım gelişimi, astım olgularında epizod sayısının ve şiddetinin artması gelmektedir.<sup>9-16</sup> Sigara içmeyen kişilerdeki akciğer kanserlerinin yaklaşık %17’sinin nedeni, bu kişilerin çocukluk ve gençlik dönemlerinde yüksek dozda dumana maruz kalmalarıdır.<sup>1</sup> Bunların yanı sıra tütün dumanı maruziyetinin ani bebek ölümü sendromuyla ve kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır.<sup>17-19</sup> Uzun süreli maruziyet, davranışsal ve bilişsel bozukluklar ve bunlarla

bağlantılı olarak okul performansı ile ilişkilidir.<sup>20-21</sup> Bir diğer önemli etkisi ise pasif içiciliğin bir davranış modeli oluşturmasının yanı sıra kimyasal yolla da çocukların ileride sigara bağımlılığı olasılığını arttırmasıdır.<sup>2</sup>

Bebekler ve çocuklar için ev en önemli maruziyet ortamıdır.<sup>5,22-24</sup> Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünya üzerindeki çocukların yarısının (yaklaşık olarak 700 milyar) sigara dumanına maruz kaldığını ve bu maruziyetin büyük bölümünün evde gerçekleştiğini açıklamıştır.<sup>25</sup> Pek çok çalışma evde uygulanan sigara yasaklarının çocukların maruziyetini önemli düzeyde azalttığını kanıtlamış ve evde sigara kullanımının önlenmesinin öncelikli bir müdahale olduğunu göstermiştir.<sup>5,26-29</sup> Tam yasak uygulanması, çevresel tütün dumanının zararları hakkındaki farkındalık ve maruziyetin çocuk sağlığını olumsuz yönde etkilediğine yönelik güçlü bir inanç ile ilişkilidir.<sup>28,29</sup> Bununla birlikte, çocukların evde çevresel tütün dumanı maruziyetinden nasıl korunabileceği ve evde sigara ile ilgili olarak uygulanan kuralların hangi etmenler tarafından belirlendiği hakkındaki bilgileri henüz oldukça sınırlıdır.<sup>30</sup>

Li ve ark., çevresel tütün dumanı maruziyetinin nedenlerinin “Sağlık İnanç Modeli” çerçevesinde değerlendirilmesini önermiştir. Bu modele göre koruyucu bir sağlık davranışının benimsenmesinin beş belirleyicisi vardır. İlk belirleyici, algılanan duyarlılık, bir diğer ifadeyle kişi tarafından algılanan hastalığa yakalanma olasılığıdır. İkinci belirleyici, algılanan ciddiyet, yani koruyucu davranış gerçekleştirilmediğinde ortaya çıkacak sonuçların boyutudur. Koruyucu etkinliğin gerçekleşmesini zorlaştıran engeller ve algılanan yarar üçüncü ve dördüncü belirleyicilerdir. Son belirleyici ise özyeterlilik, yani kişinin koruyucu davranışı gerçekleştirebilmek için kendisine duyduğu güvendir.<sup>31,32</sup> Bu belirleyicilere ek olarak, demografik, sosyopsikolojik değişkenlerin ve harekete geçiren etmenlerin de üzerinde durulmaktadır. Harekete geçiren etmenler, kişisel deneyimler, gözlemler veya medya mesajları gibi davranışı tetikleyen mekanizmalardır.<sup>32</sup> Bununla birlikte Balbach ve ark., bireylerin kendilerine sunulan bir dizi alternatif içinden kendi iradeleri ile

ve kendi çıkarlarını düşünerek istedikleri ürün, hizmet veya etkinliği seçebilmeleri yaklaşımına dayanan sağlık inanç modelini eleştirmektedir.<sup>33</sup> Eleştirilere göre bu model, bireyler arasındaki bilgiye erişim bakımından yaşanan önemli eşitsizlikleri, yoksulluk ve benzeri dezavantajların bireysel seçimler üzerindeki etkilerini dikkate almamaktadır.<sup>33</sup>

Bu çalışmada, çocuklu ailelerin evlerinde çevresel tütün dumanını önlemeye yönelik davranışların sağlık inanç modelinin yanı sıra sosyoekonomik özellikleri de içeren bir kavramsal çerçevede değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Araştırmanın amacı, Balıkesir'in Burhaniye İlçesi Merkez 1 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 0-5 yaş grubu çocukların evlerinde sigara ile ilgili olarak uygulanan kuralların ve bu kuralların gerçekleştirilmesi ile ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

### ARAŞTIRMA GRUBU

Kesitsel nitelikteki bu çalışma, 2008 yılının Ocak ayında Balıkesir'in Burhaniye ilçesinde gerçekleştirilmiştir. Ekonomisi zeytinciliğe ve turizme dayalı olan Burhaniye'nin toplam 43.199 olan nüfusunun 31.227'si merkezde yaşamaktadır. Çalışmanın hedef grubu, Merkez 1 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 0-5 yaş grubu bebek ve çocukların yaşadığı hanelerdeki annelerdir. Sağlık ocağının nüfusu sosyoekonomik açıdan farklı özellikler gösteren dört ebe bölgesinden oluşmaktadır. Ocağın kayıtlarından bölgedeki 0-5 yaş çocuk sayısı 756 olarak belirlenmiştir. Görülme sıklığı %50 kabul edildiğinde, %95 güven aralığı ve %5 hata payında örnek büyüklüğü 255 olarak hesaplanmış, %20 yedek ile 306 kişiye ulaşılması planlanmıştır. Evdeki sigara içme yasakları ile çocukta sigarayla bağlantılı hastalık varlığı arasında ilişki değerlendirileceği için çalışmaya her bir haneden sadece bir çocuk alınmış, annelere bu çocuklarıyla ilgili sorular yöneltilmiştir. Araştırma grubu, ebe bölgelerine göre tabakalanmış randomize örneklem yöntemiyle belirlenmiştir. Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme tekniği ile hanelerde annelere uygulanan

anketler aracılığıyla toplanmış, 256 çocuğun annesine ulaşılmış, kapsayıcılık %83.7 olarak gerçekleştirilmiştir.

### DEĞİŞKENLER

Değişkenlerin, anket sorularının ve sınıflandırma kriterlerinin belirlenmesinde daha önce yapılmış olan çalışmalardan yararlanılmıştır.<sup>29,34-38</sup> Değişkenler sekiz başlık altında gruplandırılmıştır.

#### 1) Evde Sigarayla İlgili Olarak Uygulanan Kurallar

Evde sigara kullanımı, hane halkı ve misafirler açısından ayrı ayrı sorgulanmış, annelerden evlerindeki durumu tanımlayan seçeneği (evin her yerinde sigara içilebilir; evin sadece çocuğun daha az gittiği belli bir yerinde sigara içilebilir; evin hiçbir yerinde sigara içilemez) belirtmeleri istenmiştir. Ev halkının evin her yerinde sigara içmesinin serbest olduğu haneler "sigara yasağı uygulanmayan", ev halkının evin içinde sigara içmediği, ama misafirlerine izin verdiği ya da hem ev halkının hem de misafirlerin evin belli bir yerinde sigara içebildiği haneler "yarı yasak uygulanan" haneler olarak gruplandırılmıştır. "Tam yasak" tanımı için kullanılan kriter ise hem ev halkının hem de misafirlerin sigara içmemesidir.

#### 2) Çocuğun Çevresel Tütün Dumanı Maruziyeti

Çocuğun son bir hafta içinde herhangi bir kişinin sigara içtiği bir odada bulunduğu gün sayısı ve sigara içilen evlerde normal bir günde yaklaşık olarak toplam kaç sigara içildiği sorulmuştur.

#### 3) Anne ve Babanın Sigara İçme Durumu

Annelere kendilerinin ve eşlerinin tüm yaşamları boyunca en az 100 sigara içip içmediği sorulmuş, "evet" yanıtını verenlerin şu anda sigara kullanıp kullanmadıkları sorgulanmıştır. Tüm yaşamı boyunca 100 sigara kullanmamış olan veya daha önce sigara kullandığı halde sigarayı bırakmış olan anne ve babalar "sigara kullanmayan" olarak gruplandırılmıştır. Sigara kullananlar ise "günde en az 10 sigara içenler" ve "10 sigaradan daha az içenler" olarak iki gruba ayrılmıştır.

#### 4) Annenin Çevresel Tütün Dumanının Zararlarına Yönelik Algısı ve Sigara Yasaklarına Yönelik Tutumu

Zararlara yönelik algı dört önerme aracılığıyla değerlendirilmiştir. İlk önerme, pasif içiciliğin akciğer kanseri riski üzerindeki, ikinci önerme, çocuk ve bebeklerin sağlığı üzerindeki etkisine yöneliktir. Diğer önermeler, annenin sigara içmesinin veya dumana maruz kalmasının anne karnındaki bebeğe etkileri hakkındadır. Yasaklara yönelik tutumun belirlenmesinde ise iki önermeden yararlanılmıştır: “Evlerinin içinde sigara içilmesini tamamen yasaklayan anne babaların haklı olduklarını düşünüyorum”; “Lokanta, pastane vb. kapalı yerlerde sigara içilmesine izin verilmemelidir.” Bu önermeler Likert skalası üzerinde yanıtlanmıştır (kesinlikle katılıyorum; katılıyorum; katılmıyorum; kesinlikle katılmıyorum).

#### 5) Annenin Özyeterliliği

Annelerden “Eğer birisi çocuğumun yanında sigara içerse sigarasını söndürmesini veya başka bir yerde içmesini hiç çekinmeden söylerim.” ve “Eğer bir misafirim evimde sigara içmek isterse, evimizde sigara içmenin yasak olduğunu hiç çekinmeden söylerim.” önermelerine katılıp katılmadıklarını belirtmeleri istenmiştir.

#### 6) Harekete Geçiren Etmenler

Çocuklarının sağlığına yönelik algılarının belirlenmesi amacıyla annelere “Sizce çocuğunuzun sağlık durumu nasıl?” sorusu yöneltilmiş, çok iyi; iyi; orta; kötü; çok kötü seçeneklerinden birinin seçilmesi istenmiştir. Sigarayla ilişkili hastalık varlığının sorgulanması amacıyla annelere çocuklarına bir doktor tarafından astım, sinüzit, orta kulak iltihabı, bronşit, alerjik rinit, konjunktivit veya dermatit tanısı konup konmadığı, ayrıca kendileriyle aynı evde yaşayan ve bu hastalıklardan herhangi birinin tanısını almış olan başka çocuklarının (üvey çocuklar dahil) olup olmadığı sorulmuştur. Bu başlık altındaki diğer değişken, annelerin medyada pasif içicilik hakkında bilgiye rastlama sıklığıdır.

#### 7) Sosyal Çevrenin Etkisi

Annelerden küçük çocuğu olan komşu ve arkadaşlarının arasında evde sigara içenlerin yüzdesini (he-

men hepsi; yarısından fazlası; yarısı; yarısından azı; hemen hiçbiri) tahmin etmeleri istenmiştir.

#### 8) Demografik ve Sosyoekonomik Özellikler

Bu başlık altındaki değişkenler anne ve babanın eğitim düzeyi, annenin yaşı, sosyal sınıf ve yoksulluktur. Yoksulluk analizinde uluslararası karşılaştırmalarda da kullanılan yoksulluk sınırı hesabı kullanılmıştır. Buna göre eş değer fert başına günlük tüketim harcaması, satın alma gücü paritesi cinsinden 4.30 dolar gelir sınırı olarak alınmıştır.<sup>39</sup> Sınıfsal konum, hane reisinin işine göre, aşağıdaki algoritma kullanılarak belirlenmiştir.<sup>40,41</sup>

I. Üretim araçlarının mülkiyetine sahip olanlar;

I.a. Kendi hesabına çalışanlar: Hangi tür meslekten olursa olsun, kendi işine sahip olup yanında birini çalıştırmayanlar.

I. b. İşverenler: Yanında işçi çalıştıranlar.

II. Üretim araçlarına, yani kendi işine sahip olmayanlar (ücretli, maaşlılar);

II.a. Beyaz yakalılar: Hangi sektörde çalışırsa çalışsın kafa emeği ile üretim yapanlar.

II.b. Mavi yakalılar: Hizmet ve imalat sektöründe daha çok el emeği ile üretim yapan işçiler.

II.c. İşsiz ve marjinaler: Gelir getirici işi olmayanlar ve sürekli olmayan ve kayıt dışı işlerde çalışanlar.

Alan çalışmasından önce araştırma grubunda yer almayan 10 anne ile görüşülerek anketin öntesti gerçekleştirilmiş ve gerekli değişiklikler uygulanmıştır.

#### İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizlerde  $p < 0.05$  anlamlılık düzeyi olarak belirlenmiş, yüzdeler arası farklar ki-kare veya Fisher kesin ki-kare testi, ortalamalar arası farklar ise Oneway Anova ve bağımsız gruplarda t-testi aracılığıyla değerlendirilmiştir. Oneway Anova analizinde saptanan farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tukey HSD testi uygulanmıştır. Herhangi bir düzeydeki ve tam bir sigara yasağını yansıtan belirleyiciler ileriye yönelik koşullu regresyon analizi aracılığıyla değerlendirilmiştir. Ki-kare analizinde, dağılımı yasak sıklığına göre is-

tatistiksel olarak anlamlı bir değişim gösteren tüm değişkenler regresyon analizine dahil edilmiştir.

## BULGULAR

Araştırma grubunda yer alan bebek ve çocukların %21.1 (n= 54)'inin 0-12 aylık, %27.3 (n= 70)'ünün 13-24 aylık, %61.6 (n= 132)'sının ise 25 aydan büyük olduğu belirlenmiştir. Bebek ve çocukların %53.1 (n= 136)'i erkektir. Ailelerin %41.8 (n= 107)'inin tek çocuğu vardır. İki çocuklu aile yüzdesi 41.4, daha fazla sayıda çocuğa sahip olan aile yüzdesi ise 16.8'dir. Çocukların diğer özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur. Buna göre, annelerin %61.3'ünün, babaların %43.8'inin sadece ilköğretim mezunu oldukları ya da herhangi bir eğitime sahip olmadıkları, ailelerin %40.1'inin gelirinin yoksulluk sınırı altında yer aldığı, mavi yakalı babaların diğer sosyal sınıflardaki babalara göre daha büyük bir yüzdeye sahip olduğu görülmektedir.

Görüşülen annelerin büyük bölümü evde ve kamusal alanlarda sigara yasağını desteklemektedir, buna karşın evine gelen bir misafire sigara içmenin yasak olduğunu rahatlıkla söyleyebileceğini belirten anne oranı sadece %30.5'tir. Annelerin %55.9 (143)'ü küçük çocuğu olan komşularının ve arkadaşlarının yarısından fazlasının evinde sigara içildiğini belirtmiştir (Tablo 1).

Annelerin %31 (79)'inin, babaların ise %65.4 (166)'ünün sigara kullandığı belirlenmiştir (Tablo 1). Haneler için belirlenen sigara kullanan kişi sayısının ortanca değeri 1'dir (en düşük: 0; en yüksek: 4). Çocukların %25.4 (n= 65)'ünün hem annesinin hem babasının, %70.4 (n= 180)'ünün ise anne babasından en az birinin sigara içtiği belirlenmiştir. Ayrıca evlerin %29.3 (n= 75)'ünde günde, %28.1 (n= 72)'inde haftada, %17.2 (n= 44)'sinde ayda en az bir kez herhangi bir misafir sigara içmektedir. Çocukların %25.4 (n= 65)'ünün evinde misafirler tarafından sigara içme sıklığı ayda birden azdır veya misafirler hiç sigara içmemektedir.

Tablo 2'de görüldüğü gibi araştırma grubunun %27.3'ünün evinde hiçbir şekilde sigara içme yasağı uygulanmamaktadır. Hanelerin %42.2 (n= 108)'sinde ev halkı sadece belli bir yerde sigara içmektedir, fakat bu kural dört haneden birinde mi-

saafirler için bozulmaktadır. İçinde ev halkı tarafından sigara içilmeyen hane oranı %30.5'tir. Bu hanelerin de yarısı misafirlerinin sigara içmesine izin vermektedir. Sonuç olarak, hanelerin %56.6 (n= 145)'sında sigarayla ilgili kısmen bir yasak uygulandığı, tam bir yasak uygulanan hane oranının ise %16 (n= 41) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1'de araştırma grubunun bazı özellikleri ile evde uygulanan sigara yasakları karşılaştırılmıştır. Buna göre; anne ve babanın öğrenim düzeyi arttıkça evde yarı veya tam yasak uygulama sıklığı artmaktadır. Tam bir sigara yasağı uygulama sıklığı hane reisinin işsiz veya marjinal olduğu grupta oldukça düşük düzeyde iken, beyaz yakalı grupta en yüksek düzeydedir. Sosyal güvencesi olmayan veya Yeşil Kartlı çocukların, yoksul ailelerin çocuklarının ve yaşadığı evde oda başına 1.5'ten fazla kişi düşen çocukların evlerinde hiçbir sigara yasağı uygulanmama sıklığı diğer gruplara göre daha yüksektir. Evde uygulanan sigara kuralları, annenin çocuğuna yönelik sağlık algısı ve sigarayla ilişkili bir hastalık varlığı ile anlamlı bir ilişki göstermemektedir. Günde en az 10 sigara içen anne babaların evlerinde tam bir sigara yasağı uygulama sıklığı ancak %6'dır. Annesi sigaranın zararlarına kesin olarak inanan ve evde sigara yasağına tam destek veren çocukların evlerinde yasak uygulanma yüzdesi daha yüksektir. Fakat kamusal alanlardaki yasağı verilen destek ile evdeki kurallar arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. "Çocuğumun yanında sigara içen bir kişiyi hiç çekinmeden uyarabilirim." ve "Misafirlere evde sigara içmenin yasak olduğunu hiç çekinmeden söyleyebilirim." ifadelerine kesinlikle katılan annelerin evlerinde tam bir yasak uygulama yüzdesi, bu ifadelere kesin olarak katılmayan annelere göre 6 kat daha fazladır. Komşularının ve arkadaşlarının büyük bölümünün evlerinde sigara içildiğini belirten annelerin arasında evde tam bir yasak uygulama sıklığı oldukça düşüktür. Medyada sigaranın zararları hakkında bilgiye rastlama sıklığı ile sigara kuralları arasında bir ilişki belirlenmemiştir.

Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, evde herhangi bir düzeyde sigara yasağı uygulanması ile ilişkili etmenler Tablo 3'te görülmektedir. Evde sigaranın tamamen veya kısmen yasak olma-



<b>TABLO 1: Hanelerde uygulanan sigaraya yönelik kuralların araştırma grubunun bazı sosyodemografik ve sigara ile ilişkili özelliklerine göre dağılımı.</b>									
Değişken	Yasak yok		Yarı yasak var		Tam yasak var		Toplam		p
	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	
<b>Annenin öğrenim durumu (N:256)</b>									
İlkokulu bitirmemiş/ilkokul mezunu	34.4	54	52.2	82	13.4	21	61.3	157	0.0021
Ortaokul mezunu	25.9	7	63	17	11.1	3	10.5	27	
Lise veya üniversite mezunu	12.5	9	63.9	46	23.6	17	28.1	72	
<b>Babanın öğrenim durumu (N:256)</b>									
İlkokulu bitirmemiş/ilkokul mezunu	37.5	42	50	56	12.5	14	43.8	112	0.000
Ortaokul	37.8	14	54.1	20	8.1	3	14.5	37	
Lise veya üniversite	13.1	14	64.5	69	22.4	24	41.8	107	
<b>Aile yapısı (N:256)</b>									
Çekirdek	24.7	54	58.4	128	16.9	37	85.5	219	0.061
Geleneksel veya parçalanmış	43.2	16	45.9	17	10.8	4	14.5	37	
<b>Sınıf (N:255)<sup>3</sup></b>									
İşsiz/marjinal	56.1	23	39	16	4.9	2	16.1	41	0.0002
Mavi yakalı	23.3	21	64.4	58	12.2	11	35.3	90	
Kendi hesabına çalışan	28.9	13	48.9	22	22.2	10	17.6	45	
İşveren	14.3	4	67.9	19	17.9	5	11	28	
Beyaz yakalı	17.6	9	56.9	29	25.5	13	21.0	51	
<b>Çocuğun sosyal güvencesi (N:246)<sup>3</sup></b>									
Yok	31.9	5	53.2	25	14.9	7	15.0	37	0.017
Var. Yeşil Kart	44.1	15	55.9	19			13.8	34	
Var. Diğer	22.9	40	57.7	101	19.4	34	71.1	175	
<b>Yoksulluk (N:246)<sup>3</sup></b>									
Yoksul değil	16.8	26	63.9	99	19.4	30	39.1	155	0.000
Yoksul	44.2	38	45.3	39	10.5	9	60.9	241	
<b>Evde bir odaya düşen kişi sayısı</b>									
1.5 ve altı	22.1	47	60.1	128	17.8	38	83.2	213	0.000
1.5'ten fazla	53.5	23	39.5	17	7	3	16.8	43	
<b>Çocuğa yönelik sağlık algısı(N:256)</b>									
Çok iyi veya iyi	27	58	57.2	123	15.8	34	84	215	0.915
Orta, kötü veya çok kötü	29.3	12	53.7	22	17.1	7	16	41	
<b>Sigara ile ilişkili hastalık varlığı</b>									
Yok	23.5	36	58.2	89	18.3	28	59.8	153	0.181
Var	33	34	54.4	56	12.6	13	40.2	103	
<b>Evde sigara ile ilişkili hastalığı olan başka çocuk varlığı (N:256)</b>									
Yok	24.4	48	57.9	114	17.8	35	77.0	197	0.098
Var	37.3	22	52.5	31	10.2	6	23.0	59	
<b>Annenin sigara kullanımı (N:255)<sup>3</sup></b>									
Sigara kullanmıyor	21.6	38	57.4	101	21	37	69.0	176	0.001
Günde 10 sigaradan az	33.9	21	61.3	38	4.8	3	24.3	62	
Günde en az 10 sigara	58.8	10	35.3	6	5.9	1	6.7	17	
<b>Babanın sigara kullanımı (N:254)<sup>3</sup></b>									
Sigara kullanmıyor	10.2	9	56.8	50	33.0	29	34.6	88	0.000
Günde 10 sigaradan az	19.1	9	70.2	33	10.6	5	18.5	47	
Günde en az 10 sigara	42.9	51	51.3	61	5.9	7	46.9	119	

Sigaranın zararlarına inanma (N:256)									
Hepsine kesin katılımlım	24.5	50	56.9	116	18.6	38	79.7	204	0.027
Kesin katılmadığı önerme var	38.5	20	55.8	29	5.8	3	20.3	52	
Evde sigara yaşağına karşı tutum (N:256)									
Kesinlikle katılıyor	24.7	55	57	127	18.4	41	87.1	223	0.005
Katılıyor, katılmıyor, kesin katılmıyor	45.5	15	54.5	18	-		12.9	33	
Kamusal alanda sigara yaşağına karşı tutum (N:256)									
Kesinlikle katılıyor	25.6	52	57.1	116	17.2	35	79.3	203	0.362
Katılıyor, katılmıyor, kesin katılmıyor	34	18	54.7	29	11.3	6	20.7	53	
Birisi çocuğumun yanında sigara içerse sigarasını söndürmesini veya başka bir yerde içmesini hiç çekinmeden söylerim (N:256)									
Kesinlikle katılıyor	11.7	12	58.3	60	30.1	31	40.2	103	0.000
Katılıyor, katılmıyor, kesin katılmıyor	37.9	58	55.6	85	6.5	10	59.8	153	
Misafirlere evde sigara içmenin yasak olduğunu hiç çekinmeden söylerim									
Kesinlikle katılıyor	7.7	6	53.8	42	38.5	30	30.5	78	0.000
Katılıyor, katılmıyor, kesin katılmıyor	36.0	64	57.9	103	6.2	11	69.5	178	
Çevresindeki küçük çocuğu olan ailelerde evde sigara içme yüzdesi (N:255) <sup>3</sup>									
Yarisından azı	8.3	5	61.7	37	30	18	23.5	60	0.000
Yarısı	26.9	14	50	26	23.1	12	20.4	52	
Yarisından fazlası	35.7	51	56.6	81	7.7	11	56.1	143	
Medyada bilgiye rastlama sıklığı (N:256)									
Haftada en az bir	26.9	54	56.7	114	16.4	33	78.5	201	0.917
Haftada birden az veya hiç	29.1	16	56.4	31	14.5	8	21.5	55	

<sup>1</sup>İlkokul ve ortaokul mezunu anneler bir grup altında birleştirilmiştir.

<sup>2</sup>İşverenler ve beyaz yakalılar bir grup altında birleştirilmiştir.

<sup>3</sup>İlgili sorulara yanıt alınabilen kişi sayısını göstermektedir.

**TABLO 2:** Araştırma grubunun evde uygulanan sigara kurallarına göre dağılımı.

Ev halkına yönelik kurallar	Misafirlere yönelik kurallar							
	Yasak yok		Evin belli bir yerinde serbest		Evin her yerinde yasak		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yasak yok	70	100	-	-	-	-	70	27.3
Evin belli bir yerinde serbest	29	26.9	79	73.1	-	-	108	42.2
Evin her yerinde yasak	14	17.9	23	29.5	41	52.6	78	30.5
Toplam	113	44.1	102	39.8	41	16	256	100

sının en önemli belirleyicisi, annenin misafirlerine evinde sigara içmenin yasak olduğunu hiç çekinmeden söyleyebilmesidir (OO: 5.44). Bir diğer önemli belirleyici, annenin sosyal çevresinde evde sigara içme sıklığıdır. Babası günde 10'dan az sigara kullanan veya hiç kullanmayan çocukların evlerinde sigarayla ilgili bir kural uygulanma olasılığı babası günde en az 10 sigara içen çocuklara göre 4 kat daha fazladır. Annenin sigara kullanımı ise modelde yer almamıştır. Yoksul olmayan, yaşadıkları evde oda başına 1.5'tan az kişi düşen ailelerin ço-

cuklarını korumak için herhangi bir önlem alma olasılıkları diğer çocuklara göre sırasıyla 3.4 ve 2.76 kat daha fazladır.

Tablo 4'te tam bir sigara yaşağına belirleyicilerini değerlendiren regresyon analizinin sonuçları sunulmuştur. Tam yasak açısından da en önemli belirleyici, annenin misafirlerine evinde sigara içmenin yasak olduğunu söyleyebilmesidir (OO: 8.37). Sigaranın zararları hakkındaki tüm önermelere kesin olarak katılan annelerin çocuklarının tamamen dumansız bir evde yaşama olasılıkları

**TABLO 3:** Lojistik regresyon analizine göre sigaranın tamamen veya kısmen yasak olmasıyla ilişkili faktörler.

Değişken	Olasılıklar oranı	%95 güven aralığı	p
Misafirlere evimizde sigara içilmediğini hiç çekinmeden söylerim (Kesinlikle katılmıyor/diğer) <sup>1</sup>			
Kesinlikle katılıyor	5.44	1.90; 15.55	0.002
Küçük çocuğun yakınlarında evde sigara içme yüzdesi (En az yarısı)			
Yarısından azı	4.41	1.19;16.33	0.026
Babanın sigara kullanımı (günde en az 10 sigara)			
Günde 10 sigaradan az	4.04	1.46; 11.19	0.007
Sigara kullanmıyor	3.89	1.56; 9.51	0.003
Yoksulluk (yoksul)			
Yoksul değil	3.40	1.63; 7.12	0.001
Evde oda başına düşen kişi sayısı (1.5'ten fazla)			
1.5 ve altı	2.76	1.11; 6.86	0.028

1. Parantez içindeki ifadeler referans grubu tanımlamaktadır.

Regresyon analizine dahil edilen, fakat anlamlı bulunmayan diğer değişkenler: anne babanın öğrenim durumu, aile yapısı, sınıf, sosyal güvence, sağlık algısı, sigara ile ilişkili hastalık varlığı, annenin sigara kullanımı, sigaranın zararlarına inanma, sigara yasaklarına karşı tutum, çocuğun yanında sigara içen bir kişiyi uyurabilme, medyada bilgiye rastlama sıklığı.

**TABLO 4:** Lojistik regresyon analizine göre evde sigaranın tamamen yasak olmasıyla ilişkili faktörler.

Değişken	Olasılıklar oranı	% 95 güven aralığı	p
Misafirlere evimizde sigara içilmediğini hiç çekinmeden söylerim (Kesinlikle katılmıyor/diğer)			
Kesinlikle katılıyor	8.37	3.61; 19.40	0.000
Sigaranın zararlarına inanma (kesin katılmadığı önerme var)			
Hepsine kesin katılım	7.16	1.49; 33.89	0.014
Babanın sigara kullanımı (günde en az 10 sigara)			
Günde 10 sigaradan az	1.55	0,40; 6.07	0.531
Sigara kullanmıyor	5.65	2.16; 14.81	0.000

Regresyon analizine dahil edilen, fakat anlamlı bulunmayan diğer değişkenler: Anne babanın öğrenim durumu, aile yapısı, sınıf, sosyal güvence, yoksulluk, sağlık algısı, sigara ile ilişkili hastalık varlığı, annenin sigara kullanımı, sigara yasaklarına karşı tutum, çocuğun yanında sigara içen bir kişiyi uyurabilme, küçük çocuğun yakınlarında evde sigara içme yüzdesi, medyada bilgiye rastlama sıklığı.

annesi en az bir önermeye “Kesinlikle katılıyorum.” yanıtını vermeyen çocuklara göre 7.16 kat daha fazladır. Babası sigara kullanmayan bir çocuğun evinde tam bir yasak uygulanma olasılığı babası günde az 10 sigara içen bir çocuğa göre 5.65 kat daha fazladır. Fakat babanın günde 10'dan az sigara içmesi veya annenin sigara alışkanlığı tam yasak açısından herhangi bir fark yaratmamaktadır.

Araştırma grubundaki çocukların %60.8 (n=152)'i son bir hafta içinde en az bir gün, %30.8 (n=77)'i haftanın her günü sigara içilen odada bulunmuştur. Çocukların sigara içilen bir odada buldukları gün sayısı ortalama 2.87'dir. Bu sayı evde uygulanan sigara kuralları ile değişmektedir (Tab-

lo 5). Fakat evinde tam bir yasak uygulanan çocuklar bile ortalama 0.74 gün sigara içilen bir odada bulunmuştur. Sigara yasağı uygulanmayan ve yarı yasak uygulanan evler son 30 günde evin içinde içilen sigara sayısı bakımından karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir.

## TARTIŞMA

Türkiye gibi sigara içme prevalansının yüksek olduğu ülkelerde çocukların çevresel tütün dumanına ne düzeyde maruz kaldıklarını, hangi etmenlerin bu maruziyet düzeyi ile ilişkili olduğunu ve yapılacak müdahalelere nereden başlanması gerektiğini gösteren çalışmalar büyük önem taşımaktadır.<sup>42</sup> Burhaniye Merkez Sağlık Ocağı nüfusu



**TABLO 5:** Yasak uygulanmayan, yarı yasak ve tam yasak uygulanan evlerde yaşayan çocukların sigara dumanı maruziyeti.

Sigara maruziyeti	Yasak yok Ort1 ± SS2	Yarı yasak Ort1 ± SS2	Tam yasak Ort1 ± SS2	Toplam Ort1 ± SS2	P değeri
Son 7 günde çocuğun sigara içilen odada bulunduğu gün sayısı	5.70 ± 2.39	2.05 ± 2.55	0.74 ± 1.95	2.87 ± 3.03	F= 70.5333 p= 0.000
Son 30 günde evin içinde sigara içilen gün sayısı	27.51 ± 7.31	16.73 ± 13.07	-	16.96 ± 13.71	t=7.6944 p= 0.000

1. Ortalama,

2. Standart sapma,

3. Oneway Anova (Post Hoc Tukey HSD testi: yasak yok-yarı yasak p&lt; 0.000; yasak yok-tam yasak p&lt; 0.000; yarı yasak-tam yasak p&lt; 0.008 ),

4. Bağımsız gruplarda t-testi.

gibi heterojen yapıdaki bir topluluğu temsil eden bu çalışmada, ülkemizde çocukların evdeki maruziyet düzeylerinin belirleyicilerine ve izlenmesi gereken stratejilere yönelik önemli ipuçları elde edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, araştırma grubunda çevresel tütün dumanı maruziyetine oldukça sık rastlanmaktadır; yaklaşık 1/3'ünün ailesi çocuklarını korumak için hiçbir yöntem uygulamamakta, çocukların yarısından fazlasının ailesi ise etkin olmayan yöntemlere başvurmaktadır. Sosyo-ekonomik dezavantajlar, sosyal baskı ve babaların sigara içmesi sigarayla ilgili yasak uygulanmasını engelleyen başlıca etmenlerdir.

ABD'de çocukların %35'inin, İngiltere'de %41'inin evlerinde tütün dumanına maruz kaldıkları bildirilmiştir.<sup>43,44</sup> Ülkemizde gerçekleştirilmiş olan çalışmalar değerlendirildiğinde, Kahramanmaraş'ta bir özel ilköğretim okulunda okuyan çocukların %59.9'unun, Kocaeli'nde yine ilköğretim okulu öğrencilerinin %34.6'sının evde sigara dumanına maruz kaldığı görülmektedir.<sup>45</sup> Burhaniye'de yapılan bu çalışmada ise daha küçük bir yaş grubu temsil edilmiş olmasına rağmen son bir hafta içinde en az bir gün sigara içilen bir odada bulunmuş çocuk oranı %60.8'dir. Evde anne ve babasından en az biri sigara içen çocuk oranı Kahramanmaraş'ta %87.3, Kocaeli'nde %72.3 olarak belirlenmiştir.<sup>45,46</sup> Aynı oran Burhaniye çalışmasında %70.4'tür. Bu da araştırma grubunun hane sigara kullanımını bakımından Türkiye geneli ile benzer bir özellikte olduğunu göstermektedir. Bu tablo ABD'de kırsal alanda yaşayan düşük gelirli aileler için bildirilen %66.2 düzeyindeki sıklık ile de benzerlik göstermekte, fakat İsveç'te 12-24 ay-

lık çocukları değerlendiren bir çalışmada %20 olarak bildirilen sıklık ile karşılaştırıldığında oldukça yüksek bir maruziyet olasılığına işaret etmektedir.<sup>29,47</sup>

ABD'de küçük çocuğu olan ailelerde evde sigara yasağı uygulama sıklığını değerlendiren pek çok çalışma yapılmıştır. Banliyöde yaşayan bir araştırma grubunun %27'sinde evde herhangi bir sigara yasağı uygulanmadığı; kırsal alanda yaşayan bir örnekte evlerin yarısında sigara yasağı uygulanmadığı, yarı yasak ve tam yasak oranlarının %28.3 ve %25.4 olduğu; yine kırsal alanda yaşayan ve düşük gelirli ailelerden oluşan bir başka çalışma grubunun %45.5'inde tam bir sigara yasağı uygulandığı bildirilmiştir.<sup>29,30,36</sup> ABD'de yaşayan Latin kökenli ailelerde ise evde sigara yasağı uygulama sıklığı %86 olarak belirlenmiştir.<sup>48</sup> Bu çalışmalarda bildirilen değerler ile karşılaştırıldığında araştırma grubunda %27.3 olan sigarayı tamamen serbest bırakan hane yüzdesi çok yüksek değildir. Fakat %16 düzeyinde kalan tam bir yasak uygulama sıklığı çok düşüktür. Araştırma grubunun ailelerinde çocukları tütün dumanından korumak için etkin olmayan müdahalelere başvurmamanın yaygın bir davranış modeli olduğu görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda ailelerin çocuklarını sigara dumanından korumaya yönelik çaba gösterdikleri, ancak evin içinde çocuktan daha uzak bir odada veya açık bir camın, aspiratörün önünde sigara içerek çocuklarını etkin biçimde koruduklarına inandıkları belirlenmiştir.<sup>5,11,24,28,49</sup> Bununla birlikte, evinde kesin bir tam yasak uygulanan çocukların idrarlarındaki kotinin düzeyleri evlerinde yarı yasak uygulanan çocukların kotinin düzeylerinden

daha düşük bulmuştur.<sup>28-50</sup> Blackburn'de evde sigara içen anne babaların çocukları ile evinde sadece belli bir yerde sigara içilen çocukların maruziyet düzeyleri arasında bir fark olmadığını bildirmiştir.<sup>51</sup> Burhaniye'de de sigaranın serbest olduğu haneler ile karşılaştırıldığında yarı yasak, çocukların son bir hafta içinde sigara içilen bir odada buldukları gün sayısında ve son bir ay içinde evde sigara içilen gün sayısında ancak yarı yarıya bir azalma sağlamaktadır. Bu bulgular sadece tam bir yasağın çocukları etkin olarak koruyabileceğini göstermektedir.

Robinson, sosyal ve ekonomik açıdan dezavantajlı ailelerde sigara içmenin normatif bir sosyal davranış olduğunu ve bu ailelerin çocuklarının özel bir risk grubunu oluşturduğunu belirtmiştir.<sup>8</sup> Ailelerin gelir düzeyi düştükçe evde sigara yasağı uygulama olasılığının azaldığını gösteren çok sayıda kanıt bulunmaktadır.<sup>11,30,37,43</sup> Burhaniye'de de yoksulluk ve yoksulluğun dolaylı bir göstergesi olan evde oda başına düşen kişi sayısının yüksek olması evde sigaranın tamamen serbest bırakılmasını yansıtan en önemli göstergeler arasındadır.

Çok sayıda çalışmanın ortak sonucuna göre evdeki sigara yasağının en önemli belirleyicisi, anne ve babanın sigara içme davranışıdır.<sup>22,29,36,37,48</sup> Burhaniye'de de sigara içen anne ve babaların çok küçük bir bölümü evde tam yasak uygulamaktadır. Fakat, diğer çalışmalardan farklı olarak Burhaniye'de baba, anneden daha önemli bir belirleyicidir.<sup>22,29</sup> Bu durum, hem anneler arasında sigara içme sıklığının daha düşük olmasına, hem de Gonzales'in bildirdiği gibi annelerin evde sigara yasağı uygulama olasılığının daha yüksek olmasına bağlanabilir.<sup>48</sup> Sosyal çevre, evdeki sigara kurallarını etkileyen bir diğer önemli etmenlerdir.<sup>29,32,36</sup> Bu çalışma da sosyal çevrenin etkisini desteklemektedir. Sigara içen arkadaş yüzdesi arttıkça evde sigara yasağı uygulama olasılığı azalmaktadır. Ayrıca, evlerinde sigara içmeyen ailelerin büyük bölümü misafirlerinin sigara içmesine izin vermektedir. Misafirine evinde sigara içilmediğini söyleyebilme tam bir yasağın en önemli belirleyicisidir. Bu da misafirlere evde sigara içilmediğini belirtememenin evde yasak uygulanmasını engelleyen çok önemli bir etmen olduğunu gösteren diğer çalışmalarla uyumludur.<sup>8,49,52</sup> Ailelerin çevresel tütün

dumanının zararlarına yönelik güçlü bir inanç duymalarının evlerinde tam bir yasak uygulamalarını belirleyen önemli bir etmen olduğu bildirilmiştir.<sup>28,29,32</sup> Burhaniye'de de annenin sigaranın zararlarına kesin olarak inanması tam bir yasak uygulanmasını belirleyen temel bir değişkendir. "Harekete geçiren etmenler" başlığı altında medyanın ve annenin çocuklarıyla ilgili deneyimlerinin etkisi değerlendirilmiştir. Araştırma grubunda yaklaşık 10 kişiden 8'i haftada en az bir gün medyada çevresel tütün dumanı hakkında bilgiye rastlandığını bildirmiştir. Fakat bu sıklık evde uygulanan kuralları etkilememektedir. Bunun nedeni, rastlama sıklığının mesajların etkisini yansıtan bir değişken olmamasına bağlanabilir. Ayrıca verilen mesajların etkinliği de sorgulanmalıdır. Çocuklarda sigarayla bağlantılı bir hastalık varlığı ile evde uygulanan kurallar arasında da bir ilişki gözlenmemiştir. Benzer bir bulgu Yousey tarafından da bildirilmiştir.<sup>30</sup> Bunun nedeni, araştırmanın kesitsel nitelikte olması ve bu nedenle sağlık sorunu-evde sigara yasağı ilişkisinin sırasını ortaya koyamaması olabilir. Diğer bir anlatımla, bazı aileler çocuklarındaki sağlık sorunu nedeni ile evde yasak uygularken, bir diğer grup hane de sigara yasağı uygulanmadığı için çocuklarda sağlık sorunları ortaya çıkmış olabilir. Sadece tanı almış olan sağlık sorunlarının değerlendirilmiş olması bu ilişkinin belirlenmesi açısından önemli bir sınırlılıktır. Bu çalışmanın vurgulanması gereken bir diğer sınırlılığı, evde sigara maruziyetinin ve uygulanan kuralların sadece annelerin bildirimine dayanması ve bu nedenle bildirimle bağlı yan tutma olasılığının bulunmasıdır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız bölgede yaşayan ailelerin çocuklarını evlerindeki tütün dumanından koruyamadıklarını göstermiştir. Yoksul olma, babanın sigara içmesi, annenin misafirlerine evde sigara içilmediğini söyleyememesi ve sigaranın zararlı olduğuna tam olarak inanmaması çocukların çevresel tütün dumanına maruz kalma olasılıklarını arttırmaktadır.

Bu sonuçlar çocukları çevresel tütün dumanından korumak için yöresel koşulları, sosyoekonomik ve kültürel özellikleri dikkate alan toplum tabanlı müdahale çalışmalarının yürütülmesi ge-

rektiğini göstermiştir. Müdahale çalışmalarında ane babaların evde sigara içme davranışını değiştirmek için sağlık çalışanları çok yoğun bir eğitim ve danışmanlık uygulamalı ve çalışmalarda babalara ulaşmak için özel bir çaba harcanmalıdır. Eğitimler sırasında sigara dumanının evin her yerine yayıldığı ve maruziyeti sadece tam bir yasağın engelleyebileceği vurgulanmalıdır. Ancak, çocukları çevresel tütün dumanından korumak için en kesin çözüm, anne babaların sigarayı bırakmasıdır. Bu nedenle eğitim çalışmalarının yanı sıra sigarayı bırakmayı destekleyecek hizmetler de sunulmalıdır.

Medya kampanyalarıyla misafir olarak gidilen, özellikle de içinde çocukların yaşadığı evlerde sigara içmenin sosyal olarak kabul edilebilir bir davranış olmadığı algısı yaratılarak ailelerin misafirlerini uyarma konusundaki çekincelerinin azaltılması sağlanmalıdır.

### Teşekkür

*Bu çalışmanın yürütülmesinde bize destek olan Balıkesir-Burhaniye 1 No'lu Merkez Sağlık Ocağının sorumlu hekimi Dr. Bülent İnce başta olmak üzere, tüm çalışanlarına teşekkürü bir borç biliriz.*

## KAYNAKLAR

1. Yıldız L, Kılıç H. [The clinical and biochemical effects of cigarette smoking]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2000;20(5):306-12.
2. Okoli CT, Kelly T, Hahn EJ. Secondhand smoke and nicotine exposure: a brief review. *Addict Behav* 2007;32(10):1977-88.
3. Breese CR, Marks MJ, Logel J, Adams CE, Sullivan B, Collins AC, et al. Effect of smoking history on [3H]nicotine binding in human post-mortem brain. *J Pharmacol Exp Ther* 1997;282(1):7-13.
4. Slotkin TA. Cholinergic systems in brain development and disruption by neurotoxicants: nicotine, environmental tobacco smoke, organophosphates. *Toxicol Appl Pharmacol* 2004;198(2):132-51.
5. Ashley MJ, Ferrence R. Reducing children's exposure to environmental tobacco smoke in homes: issues and strategies. *Tob Control* 1998;7(1):61-5.
6. Yolton K, Dietrich K, Auinger P, Lanphear BP, Hornung R. Exposure to environmental tobacco smoke and cognitive abilities among U.S. children and adolescents. *Environ Health Perspect* 2005;113(1):98-103.
7. Rees VW, Connolly GN. Measuring air quality to protect children from secondhand smoke in cars. *Am J Prev Med* 2006;31(5):363-8.
8. Robinson J, Kirkcaldy A. 'You think that I'm smoking and they're not': why mothers still smoke in the home. *Soc Sci Med* 2007;65(4):641-52.
9. Stoddard JJ, Miller T. Impact of parental smoking on the prevalence of wheezing respiratory illness in children. *Am J Epidemiol* 1995;141(2):96-102.
10. Corbo GM, Agabiti N, Forastiere F, Dell'Orco V, Pistelli R, Kriebel D, et al. Lung function in children and adolescents with occasional exposure to environmental tobacco smoke. *Am J Respir Crit Care Med* 1996;154(3 Pt 1):695-700.
11. Gergen PJ, Fowler JA, Maurer KR, Davis WW, Overpeck MD. The burden of environmental tobacco smoke exposure on the respiratory health of children 2 months through 5 years of age in the United States: Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988 to 1994. *Pediatrics* 1998;101(2):E8.
12. DiFranza JR, Lew RA. Morbidity and mortality in children associated with the use of tobacco products by other people. *Pediatrics* 1996;97(4):560-8.
13. Skorge TD, Eagan TM, Eide GE, Gulsvik A, Bakke PS. The adult incidence of asthma and respiratory symptoms by passive smoking in uterus or in childhood. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;172(1):61-6.
14. Gürkan F, Kiral A, Dağlı E, Karakoç F. The effect of passive smoking on the development of respiratory syncytial virus bronchiolitis. *Eur J Epidemiol* 2000;16(5):465-8.
15. Adair-Bischoff CE, Sauve RS. Environmental tobacco smoke, parental atopy and childhood asthma. *Environmental Health Perspectives* 2001;109:579-82.
16. Başer Y. [Cigarette and asthma.] *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 1997;17(4):260-4.
17. Klonoff-Cohen HS, Edelstein SL, Lefkowitz ES, Srinivasan IP, Kaegi D, Chang JC, et al. The effect of passive smoking and tobacco exposure through breast milk on sudden infant death syndrome. *JAMA* 1995;273(10):795-8.
18. Mitchell EA, Ford RP, Stewart AW, Taylor BJ, Becroft DM, Thompson JM, et al. Smoking and the sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 1993;91(5):893-6.
19. Dwyer JH. Exposure to environmental tobacco smoke and coronary risk. *Circulation* 1997;96(5):1367-9.
20. Weitzman M, Byrd RS, Aligne CA, Moss M. The effects of tobacco exposure on children's behavioral and cognitive functioning: implications for clinical and public health policy and future research. *Neurotoxicol Teratol* 2002;24(3):397-406.
21. Batstra L, Hadders-Algra M, Neeleman J. Effect of antenatal exposure to maternal smoking on behavioural problems and academic achievement in childhood: prospective evidence from a Dutch birth cohort. *Early Hum Dev* 2003;75(1-2):21-33.
22. Akhtar PC, Currie DB, Currie CE, Haw SJ. Changes in child exposure to environmental tobacco smoke (CHETS) study after implementation of smoke-free legislation in Scotland: national cross sectional survey. *BMJ* 2007;335(7619):545.
23. Klerman LV. Protecting children: reducing their environmental tobacco smoke exposure. *Nicotine Tobacco Research* 2004;6(2):239-52.
24. Johansson A, Hermansson G, Ludvigsson J. How should parents protect their children from environmental tobacco-smoke exposure in the home? *Pediatrics* 2004;113(4):e291-5.
25. Mackay J, Eriksen M. *The Tobacco Atlas*. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2002. p.22
26. Gehrman CA, Hovell MF. Protecting children from environmental tobacco smoke (ETS) exposure: a critical review. *Nicotine Tob Res* 2003;5(3):289-301.
27. Wakefield M, Banham D, Martin J, Ruffin R, McCaul K, Badcock N. Restrictions on smoking at home and urinary cotinine levels among children with asthma. *Am J Prev Med* 2000;19(3):188-92.
28. Pizacani BA, Martin DP, Stark MJ, Koepsell TD, Thompson B, Diehr P. Household smoking bans: which households have them and do they work? *Prev Med* 2003;36(1):99-107.

29. Kegler MC, Malcoe LH. Smoking restrictions in the home and car among rural Native American and white families with young children. *Prev Med* 2002;35(4):334-42.
30. Yousey YK. Household characteristics, smoking bans, and passive smoke exposure in young children. *J Pediatr Health Care* 2006;20(2):98-105.
31. Janz NK, Champion VL, Strecher VJ. The health Belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, eds. *Health Behavior and Health Education*. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Boss; 2002. p.45-66.
32. Li C, Unger JB, Schuster D, Rohrbach LA, Howard-Pitney B, Norman G. Youths' exposure to environmental tobacco smoke (ETS). Associations with health beliefs and social pressure. *Addictive Behaviours* 2003;28(1):39-53.
33. Balbach ED, Smith EA, Malone RE. How the health belief model helps the tobacco industry: individuals, choice, and "information". *Tob Control* 2006;15 (Suppl 4):37-43.
34. McMillen RC, Winickoff JP, Klein JD, Weitzman M. US adult attitudes and practices regarding smoking restrictions and child exposure to environmental tobacco smoke: changes in the social climate from 2000-2001. *Pediatrics* 2003;112(1 Pt 1):e55-60.
35. Halterman JS, Fagnano M, Conn KM, Szilagyi PG. Do parents of urban children with persistent asthma ban smoking in their homes and cars? *Ambul Pediatr* 2006;6(2): 115-9.
36. Berg CJ, Cox LS, Nazir N, Mussulman LM, Ahluwalia JS, Ellerbeck EF. Correlates of home smoking restrictions among rural smokers. *Nicotine Tob Res* 2006;8(3):353-60.
37. Shelley D, Fahs MC, Yermeni R, Qu J, Burton D. Correlates of household smoking bans among Chinese Americans. *Nicotine Tob Res* 2006;8(1):103-12.
38. Mumford EA, Levy DT, Romano EO. Home smoking restrictions. *Problems in classification*. *Am J Prev Med* 2004;27(2):126-31.
39. Turkish Statistical Institute. [Consumption Expenditures, Poverty and Income Distribution], TÜİK Matbaası, 2008, 33.
40. Boratav K. [Class Profiles from Istanbul and Anatolia]. 2<sup>nd</sup> ed. Ankara: İmge Bookstore; 2004. p.5-17.
41. Belek İ. [Class Inequalities in socioeconomic status and health: A five-year study in Antalya], 1<sup>st</sup> ed. Ankara: TTB Yayınları; 2004. p.38-42.
42. Onat A, Aksu H, Uslu N, Keleş İ, Çetinkaya A, Yıldırım B, et al. [Smoking among Turkish adults: rising trend in women]. *Turkish Society of Cardiology* 1999;27(10): 697-700.
43. Schuster MA, Franke T, Pham CB. Smoking patterns of household members and visitors in homes with children in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156(11): 1094-100.
44. Jarvis MJ, Goddard E, Higgins V, Feyerabend C, Bryant A, Cook DG. Children's exposure to passive smoking in England since the 1980s: cotinine evidence from population surveys. *BMJ* 2000;321(7257):343-5.
45. Ekerbicer HC, Celik M, Guler E, Davutoglu M, Kilinc M. Evaluating environmental tobacco smoke exposure in a group of Turkish primary school students and developing intervention methods for prevention. *BMC Public Health* 2007;7:202.
46. Boyaci H, Etiler N, Duman C, Basyigit I, Pala A. Environmental tobacco smoke exposure in school children: parent report and urine cotinine measures. *Pediatr Int* 2006;48(4): 382-9.
47. Johansson A, Halling A, Hermansson G. Indoor and outdoor smoking: impact on children's health. *Eur J Public Health* 2003;13(1): 61-6.
48. Gonzales M, Malcoe LH, Kegler MC, Espinoza J. Prevalence and predictors of home and automobile smoking bans and child environmental tobacco smoke exposure: a cross-sectional study of U.S.- and Mexico-born Hispanic women with young children. *BMC Public Health* 2006;6:265.
49. Robinson J, Kirkcaldy AJ. Disadvantaged mothers, young children and smoking in the home: mothers' use of space within their homes. *Health Place* 2007;13(4):894-903.
50. Norman GJ, Ribisl KM, Howard-Pitney B, Howard KA. Smoking bans in the home and car: Do those who really need them have them? *Prev Med* 1999;29(6 Pt 1):581-9.
51. Blackburn C, Spencer N, Bonas S, Coe C, Dolan A, Moy R. Effect of strategies to reduce exposure of infants to environmental tobacco smoke in the home: cross sectional survey. *BMJ* 2003;327(7409):257.
52. Yousey Y. Family attitudes about tobacco smoke exposure of young children at home. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2007;32(3):178-83.