*İ.Ü.F.N. Hem. Derg (2010) Cilt 18 - Sayı 1: 26-32*
*ISSN 1304-4869*
*Araştırma Yazısı*

# Cerrahi Hastalarının Hastanede Sigara İçme Durumlarının Belirlenmesi (*)

## *Determination of Surgical Patients' Smoking Status at the Hospital*

**Ümmü YILDIZ FINDIK**, Sacide YILDIZELİ TOPÇU***, Hülya ÜSTÜNDAĞ****, Özge COŞKUN*****

İletişim / Correspondence: Ümmü Yıldız Fındık Adres/Address: Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu Edirne
Tel: 0 284 213 30 42 Fax: 0 284 212 61 07 E-mail: uyildizfindik@mynet.com

***ÖZ***

***Amaç:*** *Sigara içmek cerrahi hastalarını ameliyat sonrası komplikasyon riski ile karşı karşıya getirir. Bu nedenle cerrahi hastalarının ameliyattan 2-8 hafta önce sigarayı bırakmaları ve sonrasında da içmemeleri gerekmektedir. Bu araştırma, cerrahi hastalarının hastanede sigara içme durumlarının belirlenmesi amacıyla yapıldı.*

***Yöntem:*** *Araştırma tanımlayıcı olarak 01.09.2007-31.05.2008 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü Genel Cerrahi AD servisinde yatan ve sigara içen 50 hasta ile yapıldı. Verilerin toplanmasında araştırmacıların hazırladığı anket formu kullanıldı. Elde edilen veriler yüzde, frekans, ortalama, ki-kare yöntemleri ile değerlendirildi.*

***Bulgular:*** *Hastaların, ortalama 17.06±14.65 yıldır sigara içtikleri, ameliyattan 11.78±8.47 gün önce sigara içmeyi bıraktıkları, %48'inin ameliyatını az riskli algıladığı, %72'sinin ameliyat öncesi sigara konusunda bilgilendirildiği ve bilgilendirmeyi %8.3'ünde hemşirelerin yaptığı, %64'ünün hastanede bulunduğu sürede sigarayı bırakmadığı, %92'sinin sigaranın cerrahi hastalarına zararlarını bilmediği belirlendi. Ameliyatını az riskli algılayan ve sigara konusunda bilgilendirilen hastaların sigarayı bırakmamaları istatistiksel olarak anlamlı bulundu (sırasıyla p=0,036, p=0,048, p<0,05).*

***Sonuç:*** *Cerrahi hastalarının hastanede sigara içme oranının yüksek, sigaranın bırakılmasında hastaların bilgilendirilmesinin ve hastanın ameliyatını riskli görme derecesinin önemli olduğu belirlendi. Cerrahi hastalarının, sigaranın bırakılmasının önemi konusunda bilgilendirilmesinde, hemşirelerin daha aktif ve etkin rol almaları önerildi.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Cerrahi hastası, sigara içme, perioperatif sigara içme.*

***ABSTRACT***

***Purpose:*** *Smoking is up against the surgical patients with postoperative complication risks. Therefore, they should quit smoking before 2-8 weeks to surgery and avoid that after surgery. The study was performed to determine surgical patients' smoking status in hospital.*

***Method:*** *As a descriptive study was carried out with 50 patients who were smoking and were hospitalized in Trakya University Research and Application Center Directorate General Surgical service at dates 01.09.2007-31.05.2008. In collecting the data, by the aid of a form developed by researchers was used. Data assessed using frequency, the mean and chi-square test.*

***Results:*** *The mean time of smoking was 17.06 ± 14.65 years, the mean time of quitting the smoking before surgery was 11.78 ± 8:47 days 48%of patients perceived the risk of their surgery lower, 72%patients were informed about smoking and 8.3%of them were informed by the nurses in the preoperative phase. %64 of patients did not quit smoking while they were in hospital, 92%of patients did not know the damage of smoking for surgical patients. The relation of informed about smoking and finding the surgical operation low risky with the situation of not to be quitted smoking was assessed statistically significant (p=0,048, p=0,036, p<0,05).*

***Conclusion:*** *It was identified that surgical patients' hospital smoking rate is high, risk degree of perceived by patients and information about smoking are important. It was suggested that nurses should take more active and effective role to inform the patients about importance of quiting cigarettes.*

***Key Words:*** *Smoking, surgical patients, perioperative smoking.*

**6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi' nde poster bildiri olarak sunulmuştur (Kuşadası-Aydın, 3-6 Mayıs 2009),*
***Yrd. Doç. Dr. Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu, ***Öğr. Gör. Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu, **** Öğr. Gör. İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu, ***** Hemşire Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi*

Yazının gönderilme tarihi: 06.07.2009
Yazının basım için kabul tarihi: 10.12.2009

## GİRİŞ

Ülkemizde ve dünyada erişkin nüfusun büyük bir kısmı sigara kullanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre, dünyada 15 yaş üstü nüfusun yaklaşık üçte biri, Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinin çoğunda da erkeklerin %50'si, kadınların %30'u sigara içmektedir (Çan 2002). Bakır ve ark. (2003) ülkemizde erkek popülasyonunun önemli bir bölümünü oluşturan askerlerin %69,6'sının sigara kullandığını saptamıştır.

Sigara içilmesiyle 4000'den fazla madde vücuda alınmakta ve bunlar özellikle cerrahi hastalarında ameliyat ve anestezinin güvenliği açısından ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde önemli risk oluşturarak komplikasyon riskini 1.4-6 kat arttırmaktadır (Akpir 2002; Çağlayan ve Fidan 2002; Esener ve Esener 1988; Yıldız ve Kılıç 2000; Yılmazlar 2002). Sigaranın oluşturduğu olumsuz etkiler nedeniyle, sigara kullanan hastalarda cerrahi girişim sırası ve sonrasında solunum, dolaşım ve enfeksiyonla ilgili komplikasyonların arttığı, yara iyileşmesinin geciktiği ve bunlara bağlı olarak yoğun bakımda kalma süresinin uzadığı bilinmektedir (Miller, Villebro, Pedersen ve Tonnesen 2002; Moller ve Tonnesen 2006).

### Sigaranın Sistemler Üzerindeki Etkileri

***Solunum Sistemi:*** Siliar aktivitenin bozulması, mukusun artması ve küçük hava yollarında daralma sonucu havayolu obstrüksiyonu, atelektazi ve pnömoni gibi solunum fonksiyonlarında yetersizlikler oluşmakta ve sonuçta ventilasyon-perfüzyon oranı bozulmaktadır (BMA Tobacco Control Resource Centre 2006; Esener ve Esener 1988; Yıldız ve Kılıç 2000; Yılmazlar 2002; Moller ve Tonnesen 2006; Ratner ve ark. 2004). Myles ve ark. (2002) sigara kullanan cerrahi hastalarında, solunum komplikasyonu gelişme oranını 1,71, Yamashita ve ark. (2004) da 1,9 olarak saptamışlardır. Bluman, Mosca Newman ve Simon (1998) da postoperatif pulmoner komplikasyon riskinin, sigara kullanan hastalarda 5,5 kat fazla olduğunu bulmuşlardır. Schwilk, Bothner, Schraag ve Georgieff (1997) da sigara kullanan ve anestezi alan hastalarda daha fazla solunum komplikasyonu görüldüğünü belirlemişlerdir.

***Dolaşım Sistemi:*** Sigara kullanımıyla kan basıncı, kalp atım hızı, miyokardın kasılması ve oksijen tüketimi, karboksihemoglobin düzeyi, tromboemboliye eğilim ve derin ven trombozu riski artmaktadır. Doku hipoksisi yara iyileşmesini geciktirerek yara enfeksiyonu riskini arttırmaktadır (BMA Tobacco Control Resource Centre 2006; Esener ve Esener 1988; Moller ve Tonnesen 2006; Ratner ve ark 2004; Yıldız ve Kılıç 2000; Yılmazlar 2002). Myles ve ark. (2002) ile Moller ve Tonnesen (2002) sigara içen hastalarda yara enfeksiyonu gelişme sıklığının daha fazla olduğunu saptamışlardır.

***Diğer Sistemler:*** Sigara kullanımı karaciğerde ilaçların emilim metabolizmasını olumsuz yönde etkileyerek, özellikle ağrı ve sedasyon için daha fazla ilaç kullanımına yol açmaktadır (BMA Tobacco Control Resource Centre 2006; Esener ve Esener 1988; Moller ve Tonnesen 2006; Yılmazlar 2002). Ayrıca gastroözofagial sfinkter basıncınıda azaltarak reflü ve aspirasyon riskini de arttırmaktadır (Yıldız ve Kılıç 2000).

Ameliyattan en az 2-8 hafta önce sigaranın bırakılması cerrahi girişime bağlı riskleri önemli derecede azaltmaktadır (Esener ve Esener 1988; Çağlayan ve Fidan 2002).

### Sigaranın Ameliyat Öncesi Bırakılmasının Yararları

***- 12 saat önce sigaranın bırakılması:*** Karboksihemoglobin düzeyini azaltarak miyokardın oksijenlenmesini arttırır (BMA Tobacco Control Resource Centre 2006; Esener ve Esener 1988).

- ***12 -24 saat öncesi bırakılması:*** Nikotinin kalp hızı, kan basıncı ve periferik vazokonstrüksiyon üzerindeki olumsuz etkilerini azaltır (BMA Tobacco Control Resource Centre 2006; Yılmazlar 2002).

- ***2-6 gün önce bırakılması:*** Siliar fonksiyonlarda düzelme sağlar. ***2-6 hafta önce bırakılması:*** Balgam miktarının azalmasıyla küçük hava yolları fonksiyonlarının gelişmesini, solunum komplikasyonlarının azalmasını sağlar (BMA Tobacco Control Resource Centre 2006; Esener ve Esener 1988; Yılmazlar 2002).

- ***4-8 hafta önce bırakılması:*** İmmün fonksiyonların normale dönmesini sağlayarak yara iyileşme komplikasyonlarını ve pulmoner enfeksiyon riskini azaltır

(BMA Tobacco Control Resource Centre 2006; Esener ve Esener 1988).

- ***6-8 hafta önce bırakılması:*** İlaç metabolizması üzerindeki etkisini azaltır (Esener ve Esener 1988; Moller ve Tonnesen 2006).

Sonuç olarak, cerrahi hastalarına girişimden en az 6-8 hafta önce sigaranın bıraktırılması, gelişebilecek komplikasyonları önleme açısından yarar sağlayacaktır (BMA Tobacco Control Resource Centre 2006; Esener ve Esener 1988; Moller ve Tonnesen 2006; Yılmazlar 2002). Bu sürenin sağlanması mümkün olmadığında, kısa bir süre bile bırakılmasının cerrahi girişim için yarar sağladığı belirtilmektedir (Esener ve Esener 1988; Yılmazlar 2002).

Cerrahi girişim geçirecek olan hastaların sigara alışkanlığı öğrenilmeli, hasta, sigaranın cerrahi açısından zararları konusunda bilgilendirilmeli ve ameliyat öncesi en az 6-8 haftalık sürede sigarayı bırakması konusunda desteklenmelidir. Bu bağlamda; bu araştırmanın amacı, cerrahi hastalarının hastanede bulundukları dönemde sigara içme durumlarının belirlenmesidir.

## YÖNTEM

Bu araştırma, tanımlayıcı olarak, Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü Genel Cerrahi ABD Kliniği'nde yatan hastaların sigara içme durumlarını belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırmanın evrenini, 01.09. 2007-31.05.2008 tarihleri arasında cerrahi girişim geçirmiş veya geçirmek üzere Genel Cerrahi Kliniği'ne yatan hastalar, örneklemini ise, araştırmaya katılmayı kabul eden, bilinci açık, iletişim kurabilen, okuma yazma bilen, sigara alışkanlığı olan ve 18 yaş üzeri 50 hasta oluşturdu.

Veriler, araştırmacıların literatür incelemesi sonucu hazırladığı anket formları kullanılarak toplandı. Anket formları, hastaların demografik özellikleri, cerrahi girişime özgü özellikler, hastaların cerrahi girişimlerin kendileri için oluşturdukları yaşamsal riski (örn: Az riskli: apendektomi, orta riskli: kolesistektomi, çok riskli: koroner by-pass vb.) algılama durumu (hastaların kendi bakış açılarıyla), sigara kullanımı ve sigarayla ilgili bilgilendirmeyi inceleyen toplam 15 sorudan oluşturuldu (Aktan 2004; Erdil ve Elbaş 2001).

Araştırmanın uygulanabilmesi için hastane ve klinik yönetiminden izin alındıktan sonra, araştırmanın amacı hastalara açıklandı ve sözel izinleri alındı. Soru formları hastalara ameliyat sonrası dönemde, taburcu olmadan önce verildi. Hastalar formları hasta odalarında, yalnız doldurdular ve 15 dakika sonra araştırmacılara teslim ettiler.

Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS 10.0 programı kullanılarak yüzde, frekans, ortalama ve ki-kare analizleri kullanıldı.

## BULGULAR

Hastaların yaş ortalamalarının 39,38±15,45, %52'sinin ilköğretim mezunu olduğu saptandı. Hastaların %48'inin uygulanan cerrahi girişimi az riskli olarak algıladıkları belirlendi (Tablo 1).

Hastaların ortalama sigara kullanım sürelerinin 17,06 ± 14,65 yıl olduğu, %64'ünün ameliyat öncesi sigarayı bırakmadığı ve ameliyat öncesi sigarayı bırakanların ortalama 11,78±8,47 gün önce sigarayı bıraktıkları belirlendi (Tablo 2). Hastaların %92'sinin sigaranın cerrahi hastalarına zararlarını bilmediği, %72'sine ameliyat öncesi sigara konusunda bilgi verildiği, bilgi verilen hastaların %8.3'ünün hemşireler tarafından bilgilendirildiği ve hastaların %58'inin hastanede bulunduğu dönemde sigara içtiği saptandı (Tablo 2).

Kendilerine uygulanan cerrahi girimi az riskli olarak algılayan ve ameliyat öncesi sigara kullanımıyla ilgili bilgi verilen hastaların sigarayı bırakmamaları istatistiksel olarak anlamlı bulundu (sırasıyla $p = 0,048$, $p = 0,036$, $p < 0,05$) (Tablo 3).

## TARTIŞMA

Çalışmada, cerrahi hastalarının hastanede bulundukları dönemde sigara içme durumları belirlendi. Hastaların yaşları değerlendirildiğinde sonuçlara göre, sigara içen cerrahi hastaları genç yaş grubunda yer aldı. Yamashita ve ark. (2004), sigara içen cerrahi hastalarıyla yaptıkları çalışmalarında, hastaların yaş ortalamasını 40,9±16,6, Myles ve ark. hastaların yaş ortalamasını 35±11 olarak

**Tablo 1.** Hastaların Özellikleri (n=50)

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Özellikler Yaş (X±SD)** | 39.38±15.45 | (min.=16, max=78) | |
| | | **n** | **%** |
| **Eğitim** | **İlk-orta öğretim** | 26 | **52.0** |
| | **Üniversite ve üstü** | 24 | 48.0 |
| **Hastaların Uygulanan Cerrahi Girişim için Algıladıkları Risk Durumları** | **Az Riskli Algılayan** | 24 | **48.0** |
| | **Orta Riskli Algılayan** | 18 | 36.0 |
| | **Çok Riskli Algılayan** | 8 | 16.0 |
| **Sigara kullanım süresi (yıl) (X±SD)** | 17.06±14.65 | (min=1, max=65) | |

bulmuşlardır. Çalışmada ise hastaların yaş ortalamasının 39,38±15,45 olduğu saptandı (Tablo 1). Çalışmaların bulguları sigara içen cerrahi hastalarının genç yaş grubunda yoğunlaştığını gösterdi.

Yapılan çalışmalarda, Yamashita ve ark. (2004) sigara içen hastaların %57,9'unun, Myles ve ark. (2002) da %59'unun normal, sağlıklı gruba [ASA-I (American Society of Anesthesiology Clasification = Fiziksel Durum Sınıflaması)] girdiğini belirlemişlerdir. Çalışmada kendilerine uygulanan cerrahi girişimi az riskli olarak algılayan hastalar çoğunluğu oluşturdu (Tablo 1). Hastaların kendilerine uygulanan cerrahi girişimi az riskli görmeleri, kendilerini kısa sürede iyileşecek kadar sağlıklı gördüklerini düşündürdü. Önceki çalışmaların bulgularında sigara içen hastaların normal /sağlıklı gruba girmesi ve çalışmada yer alan hastaların cerrahi girişimlerini az riskli olarak algılamaları, sigaranın bırakılmasının bir zorunluluk olarak kabul edilmesini azaltmıştır diyebiliriz.

Myles ve ark. (2002) hastaların ortalama 15 yıldır sigara içtiklerini belirlemişlerdir. Benzer şekilde, Ratner ve ark. (2004) ise cerrahi girişim planlanan hastalara

**Tablo 2.** Hastaların Sigaraya İlişkin Özellikleri (n=50)

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Özellikler** | | | |
| **Sigarayı bırakma zamanı (gün) (X ± SD)** | 11.78 ± 8.47 (min = 1, max = 30) | | |
| | | **n** | **%** |
| **Sigarayı bırakma** | **Bırakan** | 18 | 36.0 |
| | **Bırakmayan** | 32 | **64.0** |
| **Sigaranın cerrahi hastalarına zararlarını bilme** | **Kısmen biliyor** | 4 | 8. |
| | **Bilmiyor** | 46 | **92.0** |
| **Sigara konusunda bilgilendirilme** | **Bilgi verilen** | 36 | **72.0** |
| | **Bilgi verilmeyen** | 14 | 28.0 |
| **Sigara konusunda bilgilendiren kişi** | **Hemşire** | 3 | **8.3** |
| | **Doktor** | 33 | 91.7 |
| **Cerrahi hastalarının hastanede sigara içme durumu** | **İçen** | 29 | **58.0** |
| | **İçmeyen** | 21 | 42.0 |

sigarayı bırakma tedavisi uyguladıkları çalışmalarında, kontrol grubundaki hastaların 33,4 ± 13,3 yıldır, tedavi grubundaki hastaların 34,9±14,6 yıldır sigara içtiklerini saptamışlardır. Çalışmada ise hastaların ortalama 17,06±14,65 yıldır sigara kullandığı belirlendi (Tablo 1). Çalışmaların sonuçları hastaların cerrahi girişim öncesi uzun bir sigara içme süresine sahip olduklarını gösterdi. Cerrahi girişim öncesi sigara içmeyi bırakmayan hastalar değerlendirildiğinde; Bluman ve ark. (1998) çalışmalarında hastaların %74,5'inin, Yamashita ve ark. (2004) da %18,2'nin ameliyat öncesi sigarayı bırakmadıklarını ve Myles ve ark. (2002) da hastaların %96,5'inin ameliyattan önceki son 2 güne kadar sigara içtiklerini belirlemişlerdir. Çalışmada yer alan hastaların ameliyat öncesi dönemde %64'oranında sigarayı bırakmaması önceki çalışmaların sonuçları ile uyumluluk gösterdi. Çalışmaların sonuçlarına göre cerrahi girişim öncesi hastaların büyük bir kısmının sigara içmeye devam ettiği belirlendi. Ameliyat öncesi dönemde sigara içmeyi bırakan hastalar değerlendirildiğinde; Bluman ve ark. (1998) hastaların %7,8'inin ameliyattan 2-4 hafta önce, Yamashita ve ark. (2004) %45,8'nin ameliyattan önceki son 2 hafta içinde sigarayı bıraktıklarını belirlemişlerdir. Çalışmada yer alan hastaların ortalama 11,78 ± 8,47 gün önce sigarayı bıraktıkları belirlendi. Çalışmaların sonuçları cerrahi girişim öncesi sigara içmeyi bırakan hastaların iki hafta içinde bıraktıklarını gösterdi (Tablo 2). Bulgular, sigara içen hastaların, sigaranın cerrahi girişim için önemli bir risk faktörü olduğu konusunda bilgilendirilerek, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde sigara içmeyi bırakmalarına yardımcı olacak önlemlerin alınması gereksinimini ortaya koymaktadır.

Literatürde, hemşirelerin hastaların sigara alışkanlıklarına direkt olarak müdahale etmesinin hasta hemşire iletişiminde olumsuz sonuçlar doğuracağına, bunun yerine hemşirelerin sigaranın zararları konusunda bilgi düzeylerini arttırarak hasta eğitiminde sigaranın zararları ve sigarayı bırakarak, sağlığı iyileştirme yöntemleri konusunda hastaları bilgilendirmenin daha etkili olacağına yer verilmektedir (Philpot 1994). Myles ve ark. (2002) çalışmalarında cerrahi girişim planlanan hastaların %66'sına bilgi verilerek, sigarayı bırakmalarının önerildiğini, Lally ve ark. (2008) onkoloji hemşireleriyle yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %74'ünün hastaların sigara kullanma durumlarını değerlendirmelerine rağmen bunların sadece yarısının hastalarıyla sigaranın bırakılmasının önemini konuştuklarını belirlemişlerdir. Çalışmada, hastaların %72'si ameliyat öncesi sigara konusunda bilgilendirildiğini kabul etmesine rağmen büyük çoğunluğu (%92) sigaranın cerrahi hastalarına olan zararlarını bilmediklerini ve yapılan bilgilendirmede hastaların, %8,3'ünün hemşireler tarafından bilgilendirildiği saptandı (Tablo 2). Sonuç, hemşirelerin sigaranın zararları ve bırakılmasının önemi konusunda hastaların bilgilendirilmesinde aktif ve etkin rol almadıklarını gösterdi. Bu eksikliğin giderilmesinde hemşirelerin cerrahi girişim nedeni ile hastanede yatan her hastaya, hasta eğitim programları

**Tablo 3.** Hastaların Cerrahi Risk Derecesini Algılama ve Bilgilendirilme Durumlarına Göre Sigarayı Bırakma Durumları

| Değişkenler | | Sigarayı bırakan | | Sigarayı bırakmayan | | Toplam | | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Hastaların Uygulanan Cerrahi Girişim için Algıladıkları Risk Durumu | Az Riskli Algılayan | 9 | 37.5 | 15 | 62.5 | 24 | 100.0 | 0.048 |
| | Orta Riskli Algılayan | 9 | 50.0 | 9 | 50.0 | 18 | 100.0 | |
| | Çok Riskli Algılayan | 0 | 0.0 | 8 | 100.0 | 8 | 100.0 | |
| Bilgilendirilme | Bilgi Verilen | 17 | 44.7 | 21 | 55.3 | 38 | 100.0 | 0.036 |
| | Bilgi Verilmeyen | 1 | 8.3 | 11 | 91.7 | 12 | 100.0 | |

çerçevesinde, sigara ile ilgili bilgilendirme yapmaları ve sigaranın bırakılması konusunda destek olmalarının etkili olacağı görüşündeyiz.

Yapılan çalışmalarda, Başoğlu, Bacakoğlu, Ersin, Erikoğlu ve Köse (2000) hastaların %22,8'inin ameliyat öncesi ve sonrasında, Azodi ve ark. (2008) %32'sinin ameliyattan sonra sigara içmeye devam ettiğini belirlemişlerdir. Çalışmada ise cerrahi hastalarının hastanede sigara içme oranı %58 olarak belirlendi (Tablo 2). Bulgular çalışmalarda yer alan cerrahi hastalarının hastanede sigara içtiklerini göstermektedir. Hastaların cerrahi girişim öncesi sigara içmelerini önlemek için sigaranın zararlarıyla ilgili bilgilendirmeler düzenli aralıklarla tekrarlanarak hastaların durumun önemini kavramalarına yardımcı olunmalıdır. Ayrıca kurumsal prosedürler geliştirilerek, hastalara sigarayı bırakma konusunda destek sağlanmalıdır.

Peach (2002) cerrahi kliniklerde yatan ve sigara içen hastaların %35'inin cerrahiye bağlı riskleri önlemede önemli olduğunu bilmelerine rağmen sigarayı bırakmak istemediğini, Myles ve ark. (2002) da hastaların %54'ünün sigarayı yaşamlarının bir parçası olarak gördüğünü belirlemişlerdir. Çalışmada uygulanan cerrahi girişimi yaşamları için az riskli gören hastaların sigarayı bırakmamaları istatistiksel olarak anlamlı değerlendirildi ($p=0,048$, $p<0,05$) (Tablo 3). Hastalar tarafından sigaranın önemli görülmesi ve uygulanan cerrahi girişimin hastalar tarafından az riskli düşünülmesi sigara içiminin sürdürülmesinde birbirini destekleyen bulgular olarak değerlendirildi. Bluman ve ark. (1998) cerrahi girişim kararının bildirilmesiyle hastaların %27,7'sinin sigarayı azaltmayı denediğini ve cerrahiyle ilgili kesin bilgi verildikten sonra da %25,5' nin sigara kullanımını azaltabildiğini saptamıştır. Çalışmada ameliyat öncesi dönemde sigara konusunda bilgi verilen hastaların sigara içmeye devam etmeleri istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,036$, $p<0,05$) (Tablo 3). Bulgular, hastaların sigarayı bırakmakta zorlandıkları şeklinde yorumlandı. Hastaların böylesi zor bir durumun üstesinden gelebilmeleri için, ameliyattan önce sigaranın bırakılmasının önemini içeren bilgilendirmenin yanı sıra, sigarayı bırakmada kendilerine yardımcı olabilecek kişi ve kuruluşlarla ilgili de bilgilendirilmeleri ve bu kişi ve kuruluşlara yönlendirilmeleri de faydalı olacaktır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada, cerrahi hastalarının hastanede sigara içme oranı yüksek bulundu. Bilgilendirilen ve cerrahi girişimi az riskli algılayan hastaların sigara içmeye devam ettiği ve cerrahi hemşirelerinin hastalara sigara içmeyi bırakma konusunda çok az bilgilendirme yaptığı saptandı. Bu sonuçlar doğrultusunda, cerrahi hastalarının sigaranın bırakılmasının önemi konusunda bilgilendirilmesinde, hemşirelerin daha aktif ve etkin rol alarak, cerrahi hastalarını sigaranın zararları konusunda daha fazla bilgilendirmeleri ve hastaların sigarayı bırakmaları yönünde teşvik edici önlemler almaları önerilebilir.

## KAYNAKLAR

Akpir, K. (2002). Anestezi. Kalaycı G. (Ed.). Genel Cerrahi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 39-49.

Aktan, Ö. (2004).Cerrahinin medikolegal sorumlulukları. Sayek İ. (Ed.). Temel Cerrahi. Güneş Kitabevi, Ankara, 29-32.

Azodi, O. S. ve ark. (2008). Impact of body mass index and tobacco smoking on outcome after open appendektomi. British Journal of Surgery, 95: 751-757.

Bakır, B. ve ark. (2003). İstanbul ve Ankara'daki bir grup asker arasında sigara içme sıklığı ve bunu etkileyen faktörler. Gülhane Tıp Dergisi, 45(1): 53-57.

Başoğlu, Ö. K., Bacakoğlu, F., Ersin, S., Erikoğlu, M., Köse, T. (2000). Üst karın cerrahisinde postoperatif solunumsal komplikasyon riskinin preoperatif parametrelerle ilişkisi. Toraks Dergisi, 1(2): 17-22.

Bluman, G. B., Mosca, L., Newman, N., Simon, D. G. (1998). Preoperative smoking habits and postoperative pulmonary complications. Chest, 113: 883-889.

BMA Tobacco Control Resource Centre (2006) Smoking and surgery: a review for surgeons and anaesthesiologists. BMA Tobacco Control Resource Centre http://www.doctorsandtobacco.org/files/113.pdf (Erişim Tarihi: 02.04.2009).

Çağlayan, B., Fidan, A. (2002). Ameliyat Öncesi Dönemde Pulmoner Değerlendirme. Kurt N. (Ed.), Yetişkinlerde ve Çocuklarda Ameliyat Öncesi Değerlendirme. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 128-143.

Çan, G. (2002). Sigara Epidemiyolojisi. Özyardımcı N. (Ed.), Sigara ve Sağlık. Bursa, 49-58.

Erdil, F., Elbaş N. Ö. (2001). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Aydoğdu Ofset, Ankara, 97-136.

Esener, S., Esener R. (1988). Sigara; Anestezi-cerrahi yönünden önemi ve ameliyat öncesi bırakılmasının getireceği yararlar. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Araştırma Dergisi, 6(6): 404-408.

Lally, R. M. ve ark. (2008). Smoking behavior and patient education practices of oncology nurses in six countries. European Journal of Oncology Nursing, 12: 372-379.

Miller, N. M., Villebro, N., Pedersen, T., Tonnesen, H. (2002). Effect of preoperative smoking interventionon postoperative complications: a randomised clinical trial. The Lancet, 359(12): 114-117.

Moller, A., Tonnesen, H. (2006). Risk reduction: perioperative smoking intervention. Best Practiseve Research Clinical Anaesthesiology, 20 (2): 237-248.

Myles, P. S. ve ark. (2002). Risk of respiratory complications and wound infection in patients undergoing ambulatory surgery. Anesthesiology, 97(4): 842-847.

Peach, H. G. (2002). Obesity, smoking and hazardous drinking among men admitted to the surgical wards of a regional hospital. Australian Journal of Rural Health, 10: 273-277.

Philpot, T. K. (1994). The ethics smoke-free zones: an exploration of the implications and effectiveness of a non-smoking policy as a health promotion strategy in the contex of an orthopaedic trauma ward. Journal of Clinical Nursing, 3: 307-311.

Ratner, P. A. ve ark. (2004). Efficacy of a Smoking-cessasiaon intervention for elective-surgical patients. Research in Nursing Health, 27: 148-161.

Schwilk, B., Bothner, U., Schraag, S., Georgieff, M. (1997). Perioperative respiratory events in smokers and nonsmokers undergoing general anaesthesia. Acta Anesthesiologica Scandinavica, 41: 348-355.

Yamashita, S. ve ark. (2004). Effect of smoking on intraoperative sputum and postoperative pulmonary complication in minor surgical patients. Respiratory Medicine, 98: 760-766.

Yıldız, L., Kılıç, H. (2000). Sigaranın klinik ve biyokimyasal etkileri. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 20: 306-312.

Yılmazlar, A. (2002) Sigaranın Anestezi ve Cerrahiye Etkisi. Özyardımcı N. (Ed.). Sigara ve Sağlık. Bursa, 336-344.