



**KARABÜK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÖĞRENCİLERİNİN NİKOTİN BAĞIMLILIK
DÜZEYİ İLE ANKSİYETE DÜZEYİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**2024
TIPTA UZMANLIK TEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

İshak Oğuz CİNDORUK

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Burcu KORKUT**

**KARABÜK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN
NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİ İLE ANKSİYETE DÜZEYİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

İshak Oğuz CİNDORUK

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Burcu KORKUT
Tez Danışman Yardımcısı
Doç. Dr. Habibe İNCİ**

**T.C.
Karabük Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalında
Tıpta Uzmanlık Tezi
Olarak Hazırlanmıştır**

**KARABÜK
Haziran 2024**

İshak Oğuz CİNDORUK tarafından hazırlanan “KARABÜK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİ İLE ANKSİYETE DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ” başlıklı bu tezin Tıpta Uzmanlık Tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Dr. Öğr. Üyesi Burcu KORKUT

.....

Tez Danışmanı, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Habibe İNCİ

Tez Danışman Yardımcısı, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

.....

Bu çalışma, jürimiz tarafından Oy Birliği ile Aile Hekimliği Anabilim Dalında Tıpta Uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir. 26/06/2024

Ünvanı, Adı SOYADI (Kurumu)

İmzası

Başkan : Doç. Dr. Habibe İNCİ (KBÜ)

.....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Burcu KORKUT (KBÜ)

.....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Murat ŞAHİN (KBÜ)

.....

Bu tez Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Yönetim Kurulu tarafından TIPTA UZMANLIK tezi olarak onaylanmıştır.

Tıp Fakültesi Dekanı

.....

Prof. Dr. İsmail AK



“Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.”

İshak Oğuz CİNDORUK

ÖZET

Tıpt Uzmanlık Tezi

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİ İLE ANKSİYETE DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İshak Oğuz CİNDORUK

Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı:

Dr. Öğr. Üyesi Burcu KORKUT

Tez Danışman Yardımcısı:

Doç. Dr. Habibe İNCİ

Haziran 2024, 86 sayfa

Amaç: Ülkemizde ve dünyada sigara önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Araştırmalarda, katılımcılardan anksiyete bozukluğu olanların çoğunluğunun sigara kullandığı ve nikotin bağımlılığı olan bireylerin anksiyete bulgularına daha fazla sahip olduğu raporlanmıştır. Bu çalışmada Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin nikotin bağımlılık düzeyi ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesini amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı tipteki bu çalışma, 2023-2024 eğitim-öğretim yılında Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencisi olan Dönem 1,2,3,4,5,6 öğrencileri ile 01.02.2024-31.03.2024 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışmada örneklem seçimi yapılmayıp tüm öğrencilerin çalışmaya dahil edilmesi planlandı. Katılımcılara 3 bölümden ve 50 sorudan oluşan anket formu yüz yüze görüşme

teknikleriyle uygulanacak şekilde hazırlandı. Anket formunun birinci bölümü yaş, cinsiyet, medeni durum gibi sosyodemografik özellikleri sorgulayan 18 sorudan oluşturuldu. İkinci bölümde sigara kullanan katılımcıların dolduracağı 5 sorudan oluşan sigara kullanım durumunu sorgulayan sorular ve 6 sorudan oluşan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), üçüncü bölümde tüm katılımcıların dolduracağı 21 sorudan oluşan Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanıldı. BAÖ 0-3 aralığında puanlanan 4'lü likert tipinde geliştirilmiş 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan sorular bireylerin yaşadıkları belirtilerin son bir hafta boyunca kendisini ne ölçüde etkilediğine göre; (0) Hiç, (1) Hafif düzey, (2) Orta düzey, (3) Ciddi düzeyde şeklinde cevaplanan seçeneklerden bir tanesi seçilerek cevaplanmaktadır. Ölçekten en düşük 0, en fazla 63 puan elde edilebilmektedir. 0-7 arasında ise minimal düzeyde, 8-15 arasında ise hafif düzeyde, 16-25 arasında ise orta düzeyde, 26-63 arasında ise şiddetli düzeyde olduğu şeklinde yorumlanır. FNBT 0-3 ve 0-1 aralığında puanlanan 4'lü ve 2'li likert tipinde sorular ile geliştirilmiş 6 maddeden oluşmaktadır. Nikotin bağımlılık düzeyi alınan puanlara göre çok az (0-2), az (3-4), orta (5), yüksek (6-7), çok yüksek (8-10) olarak değerlendirilmektedir.

Bulgular: Çalışmaya katılan 676 öğrencinin yaş ortalaması $21,55 \pm 2,29$ olup, %62,6'sı kadındır. Katılımcıların %25,6'sı 1. sınıf, %18,6'sı 2. Sınıf, %13,2'si 3. Sınıf, %17,6'sı 4. Sınıf, %15,1'i 5. Sınıf ve %9,9'u 6. Sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin %43,9'unun alkol kullandığı annelerinin sigara içme oranlarının %17,8, babalarında bu oranın %34,3 olduğu belirtildi. Öğrencilerin %7,5'inin kronik bir hastalığının olduğu, %7,5'inin düzenli ilaç kullandığı, %5,6'sının psikiyatrik bir hastalığı olduğu, %3,7'sinin psikiyatrik ilaç kullandığı saptandı. Öğrencilerin sigaraya başlama yaşının $18,42 \pm 2,57$, sigara içme prevalansının %20,2, sigaraya başlama nedenlerinin en sık arkadaş ortamı, sıkıntı-stres ve keyif vericilik olduğu görüldü. FNBT puanları $2,93 \pm 2,30$, BAÖ puanları $14,51 \pm 12,38$ bulundu. FNBT'ye göre nikotin bağımlılık düzeyleri %43,4 çok az, %32,4 az, %10,3 orta, %11,8 yüksek, %2,2 çok yüksek saptandı. BAÖ'ne göre anksiyete düzeyleri %34,9 minimal, %26,8 hafif, %20,7 orta, %17,6 şiddetli saptandı. FNBT puanlarının erkek öğrencilerde anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p < 0.005$). BAÖ puanları preklinik dönem öğrencilerinde,

kızlarda, geliri giderinden az olanlarda, psikiyatrik hastalığı bulunanlarda, psikiyatrik ilaç kullananlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (sırasıyla $p<0.005$, $p<0.001$, $p<0.005$, $p<0.001$, $p<0.001$). BAÖ puanlarının FNBT'ye göre çok az bağımlı olanlarda en düşük, çok yüksek derecede bağımlı olanlarda en yüksek düzeylerde olduğu bağımlılık derecesi arttıkça anksiyete puanlarının arttığı aradaki farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.005$).

Sonuç: Nikotin bağımlılığı ve anksiyete bozuklukları birlikte görülebilmektedir. Sigara bırakma amacıyla başvuran hastalarda anksiyete bozukluğu sorgulanmalı gerektiğinde Psikiyatri kliniği ile konsülte edilip yardım alınması sağlanarak sigara bırakma tedavisinde başarı oranı artırılabilir.

Anahtar Sözcükler: Beck Anksiyete Ölçeği, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Tıp öğrencileri, Bağımlılık, Anksiyete

Bilim Kodu: 1004

ABSTRACT

Master/Ph. D. Thesis

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN NICOTINE ADDICTION LEVEL AND ANXIETY LEVEL OF STUDENTS FROM KARABÜK UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE

İshak Oğuz CİNDORUK

**Karabük University Faculty of Medicine
Department of Family Medicine**

Thesis Advisor:

Assist. Prof. Dr. Burcu KORKUT

Assoc. Prof. Dr. Habibe İNCİ

June 2024, 86 pages

Objective: Smoking has become an important public health problem in our country and in the world. In studies, it has been reported that the majority of participants with anxiety disorders are smokers and individuals with nicotine dependence have more anxiety symptoms. In this study, we aimed to evaluate the relationship between nicotine dependence level and anxiety level in Karabük University Faculty of Medicine students.

Materials and Method: This cross-sectional and descriptive study was carried out between 01.02.2024-31.03.2024 with the students of Term 1,2,3,4,5,6 who were students of Karabük University Faculty of Medicine in the 2023-2024 academic year. No sample selection was made in the study and it was planned to include all students in the study. The questionnaire form consisting of 3 sections and 50 questions was prepared to be applied to the participants by face-to-face interview technique. The first part of the questionnaire form consisted of 18 questions questioning sociodemographic characteristics such as age, gender and marital status. The second part consisted of 5

questions about smoking status and 6 questions about Fagerström Nicotine Dependence Test (FNDT), and the third part consisted of 21 questions about Beck Anxiety Scale (BAS), which was completed by all participants. The BAS consists of 21 items developed in 4-point Likert type, which are scored in the range of 0-3. The questions in the scale are answered by selecting one of the options answered as (0) None, (1) Mild, (2) Moderate, (3) Severe according to the extent to which the symptoms experienced by the individuals have affected them during the last week. A minimum score of 0 and a maximum score of 63 can be obtained from the scale. A score between 0-7 is interpreted as minimal level, between 8-15 as mild level, between 16-25 as moderate level, between 26-63 as severe level. The FNDT consists of 6 items developed with 4-point and 2-point Likert-type questions scored in the range of 0-3 and 0-1. Nicotine dependence level is evaluated as very low (0-2), low (3-4), moderate (5), high (6-7), very high (8-10) according to the scores obtained.

Findings: The average age of the 676 students participating in the study was 21.55 ± 2.29 and 62.6% of them were female. 25.6% of the participants were 1st grade, 18.6% were 2nd grade, 13.2% were 3rd grade, 17.6% were 4th grade, 15.1% were 5th grade and 9.9% were 6th grade students. It was stated that 43.9% of the students drank alcohol, 17.8% of their mothers smoked, and 34.3% of their fathers smoked. It was determined that 7.5% of the students had a chronic disease, 7.5% used regular medication, 5.6% had a psychiatric disease and 3.7% used psychiatric medication. It was observed that the age of initiation was 18.42 ± 2.57 years, the prevalence of smoking was 20.2%, and the most common reasons for initiation were friends, boredom-stress and enjoyment. FNDT scores were found to be 2.93 ± 2.30 and BAS scores were 14.51 ± 12.38 . According to FNDT, nicotine dependence levels were 43.4% very low, 32.4% low, 10.3% moderate, 11.8% high, 2.2% very high. According to the BAS, anxiety levels were found to be 34.9% minimal, 26.8% mild, 20.7% moderate, 17.6% severe. FNDT scores were significantly higher in male students ($p < 0.005$). BAS scores were found to be significantly higher in preclinical period students, females, those with income less than expenditure, those with psychiatric illness, and those taking psychiatric medication ($p < 0.005$, $p < 0.001$, $p < 0.005$, $p < 0.001$, $p < 0.001$, $p < 0.001$, respectively). According to the FNDT, it was found that the anxiety scores were the lowest in those who were very slightly dependent and the highest in those who were highly dependent, and the anxiety scores increased as the degree of dependency increased, but the difference was not significant ($p > 0.005$).

Conclusion: Nicotine addiction and anxiety disorders may be seen together. Anxiety disorders should be questioned in patients who apply for smoking cessation, and the success rate in smoking cessation treatment can be increased by consulting with the psychiatry clinic and getting help when necessary.

Keywords: Beck Anxiety Scale, Fagerström Nicotine Dependence Test, Medical students, Addiction, Anxiety

Science Code: 1004



TEŞEKKÜR

Tıpta uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, beceri ve deneyimlerinden yararlandığım, uzmanlık tezimin seçiminde, hazırlanmasında ve tüm aşamalarında yardım ve katkılarını esirgemeyen hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Burcu KORKUT'a,

Tıpta uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, beceri ve deneyimlerinden yararlandığım hocam Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Habibe İNCİ'ye,

Rotasyonlarım sırasında bilgi, birikim ve tecrübelerinden faydalandığım değerli hocalarım ve uzmanlarıma, birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde sonsuz sevgi ve sabırla yanımda olan, bana her zaman destek veren ve hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan sevgili aileme,

Her zaman her koşulda yanımda olan, bana destek ve moral veren, sevgisini her zaman hissettiğim kıymetli eşim Dr. Dilan CİNDORUK'a

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET	iv
ABSTRACT	vii
TEŞEKKÜR	x
İÇİNDEKİLER	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
TABLolar DİZİNİ	xv
KISALTMALAR DİZİNİ	xvii
BÖLÜM 1	1
GİRİŞ VE AMAÇ	1
BÖLÜM 2	3
GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sigara	3
2.1.1. Sigaranın Tarihçesi.....	3
2.1.2. Sigaranın İçeriği.....	4
2.1.3. Sigara Epidemiyolojisi	5
2.1.4. Sigara ile İlişkili Hastalıklar	6
2.1.4.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	7
2.1.4.2. Astım.....	7
2.1.4.3. Akciğer kanseri.....	7
2.1.4.4. Diğer Kanserler	8
2.1.4.5. Kardiyovasküler Hastalıklar.....	8
2.1.4.6. Sağlık Üzerine Diğer Etkileri	9
2.1.5. Sigara ile İlişkili Psikiyatrik Hastalıklar	11
2.1.6. Nikotin Bağımlılığı	12
2.1.7. Sigara Bırakma Tedavileri.....	13
2.1.7.1. Nikotin Yerine Koyma Tedavisi	16

2.1.7.2. Bupropion.....	18
2.1.7.3. Vareniklin.....	19
2.1.7.4. Sitizin	20
2.2. Anksiyete	21
2.2.1. Anksiyete Bozuklukları.....	21
2.2.2. Anksiyete Bozuklukları Tedavisi.....	24
2.2.3. Anksiyete Bozuklukları ve Sigara Bağımlılığı	25
BÖLÜM 3	27
GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Evreni.....	27
3.3. Çalışmaya Alınma ve Alınmama Kriterleri	27
3.4. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları	28
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	28
3.4.2. Beck Anksiyete Ölçeği.....	28
3.4.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	29
3.5. Verilerin Analizi ve İstatistikler Yöntemler.....	29
3.6. Etik Kurul Onayı	29
BÖLÜM 4	30
BULGULAR	30
BÖLÜM 5	57
TARTIŞMA.....	57
BÖLÜM 6	71
SONUÇ VE ÖNERİLER	71
KAYNAKLAR.....	73
EKLER.....	83

Ek-1: Etik Kurul Onayı	83
Ek-2: Anket Formu.....	84



ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1. 1. Sigara içen öğrencilerin Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine göre nikotin bağımlılık düzeyleri	46
Şekil 1. 2. Bütün Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beck Anksiyete Ölçeğine göre anksiyete düzeyleri	46



TABLÖLER DİZİNİ

Sayfa

Tablo 2. 1. 5A (5Ö) Stratejileri.....	14
Tablo 2. 2. 5R Stratejileri	15
Tablo 2. 3. Sitizin kullanım şekli	20
Tablo 4. 1. Tıp fakültesi öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri (n=676)	30
Tablo 4. 2. Tıp fakültesi öğrencilerinin ailelerinin sigara içme durumu, öğrencilerin kronik hastalık ve psikiyatrik hastalık varlığı (n=676)	32
Tablo 4. 3. Tıp fakültesi öğrencilerinin kronik hastalık dağılımı (n=676)	34
Tablo 4. 4. Tıp fakültesi öğrencilerinin düzenli kullandıkları ilaçlar (n=676)	34
Tablo 4. 5. Tıp fakültesi öğrencilerinin psikiyatrik hastalık durumu (n=676)	35
Tablo 4. 6. Tıp fakültesi öğrencilerinin kullandıkları psikiyatrik ilaçlar (n=676)	35
Tablo 4. 7. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu (n=676)	36
Tablo 4. 8. Tıp fakültesi öğrencilerinin düzenli ilaç kullanımı, psikiyatrik hastalık ve kronik hastalık varlığı ile sigara ve alkol kullanma durumlarının sınıflara göre karşılaştırılması.....	39
Tablo 4. 9. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin FNBT ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları	42
Tablo 4. 10. Bütün Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beck Anksiyete Ölçeği sorularına verdikleri cevapların dağılımı.....	44
Tablo 4. 11. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin FNBT ve BAÖ puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması.....	47
Tablo 4. 12. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin FNBT ve BAÖ puanlarının sınıflara göre karşılaştırılması.....	47
Tablo 4. 13. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin FNBT ve BAÖ puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması	48
Tablo 4. 14. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin FNBT ve BAÖ puanlarının aile tipine göre karşılaştırılması.....	49
Tablo 4. 15. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin FNBT ve BAÖ puanlarının aylık gelir durumuna göre karşılaştırılması	50
Tablo 4. 16. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin BAÖ puanlarının sigara içme durumuna göre karşılaştırılması.....	51
Tablo 4. 17. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin BAÖ puanlarının alkol kullanma durumuna göre karşılaştırılması	51

Tablo 4. 18. Tıp Fakóltesi Öğrencilerinin FNBT ve BAÖ puanlarının kronik hastalık varlığına göre karşılaştırılması	52
Tablo 4. 19. Tıp Fakóltesi Öğrencilerinin FNBT ve BAÖ puanlarının düzenli ilaç kullanım durumuna göre karşılaştırılması.....	53
Tablo 4. 20. Tıp Fakóltesi Öğrencilerinin FNBT ve BAÖ puanlarının psikiyatrik hastalık varlığına göre karşılaştırılması	54
Tablo 4. 21. Tıp Fakóltesi Öğrencilerinin FNBT ve BAÖ puanlarının psikiyatrik ilaç kullanım durumuna göre karşılaştırılması.....	54
Tablo 4. 22. Tıp Fakóltesi Öğrencilerinin FNBT'ye göre nikotin bağımlılık düzeyleri ile Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	55
Tablo 4. 23. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile Beck Anksiyete Ölçeği arasındaki korelasyon.....	55
Tablo 4. 24. Beck Anksiyete Ölçeği iç tutarlılık analizi	56

KISALTMALAR DİZİNİ

BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BTEX	: Benzen, Toluen, Etil Benzen ve Ksilen
DNA	: Deoksi Ribonükleik Asit
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FDA	: Food and Drug Administration (Gıda ve İlaç Dairesi)
FNBT	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
GABA	: Gama Aminobütirik Asit
GATS/KYTA	: Global Adult Tobacco Survey (Küresel Yetişkin Tütün Araştırması)
HDL	: High Density Lipoprotein (Yüksek yoğunluklu lipoprotein)
IBH	: İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LDL	: Low Density Lipoprotein (Düşük yoğunluklu lipoprotein)
M.Ö.	: Milat Öncesi
MAO-A	: Monoamin Oksidaz A
MAO-B	: Monoamin Oksidaz B
NRT	: Nikotin Replasman Tedavisi
SIDS	: Sudden Infant Death Syndrome (Ani Bebek Ölümü Sendromu)
SLE	: Sistemik Lupus Eritematozus

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için
İstatistik Paketi)
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu



BÖLÜM 1

GİRİŞ VE AMAÇ

Avrupa, tütün ile ilk defa 1492 senesinde Amerika'nın keşfedilmesiyle süs ve şifa bitkisi olarak tanışmıştır. Sonrasında dünyanın her yerine yayılıp insan soyunun geleceğini tehdit edici bir madde olmuştur. Ülkemize 1580 senesinde gelmiştir. 1600 senesinde kullanılmış, 1687 senesinde tarımda yer almıştır. Dünyada ve ülkemizde istihsal edilen tütün, %90 sigara imalında kullanılmaktadır. Tütün, yaprağında yer alan nikotin, karbohidrat ve protein içeriğinden dolayı farklı özellikler kazanmaktadır [1]. Sigara, küresel olarak en fazla kullanılan tütün ürünüdür [2].

Akciğer rahatsızlıkları, sigara ile alakalı sık görülen sağlık problemleri arasındadır. Astım, KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı), kronik bronşit, pnömoni gibi hastalıklar sık görülür. Sigara içilmesi KOAH için en önemli risk faktörüdür. KOAH ile sigara kullanımı arasında doğrudan doz yanıt ilişkisi bulunur. Doz yanıt ilişkisinden dolayı yaşın ilerlemesiyle görülme sıklığı artar [3].

Tütün kullanımının yayılmadığı senelerde nadir görülen bir kanser türü olan akciğer kanseri, 1920 yılı ve sonrasında daha sık görülmeye başlamıştır. Günümüzde akciğer kanseri gelişmiş ülkelerde en sık görülen kanser türüdür [4].

İskemik kalp hastalıkları ölüm oranı en yüksek olan bulaşıcı olmayan hastalıklardandır. Ve iskemik kalp hastalıklarının değiştirilebilir en önemli faktörü sigara içmektir. Kalp-damar hastalıklarından kaynaklanan ölüm oranının %11,4'ünün sigaradan kaynaklandığı düşünülmektedir [5].

Anksiyete, kişinin içinden gelen kötü bir şey olacak hissi, sıkıntı, heyecan, sinirlilik ve çarpıntı, titreme, nefes alma güçlüğü gibi fizyolojik durumları da içeren bir duygulanımdır. Toplumda kaygı veya bunaltı olarak da isimlendirilir [6]. Sigara

kullanımı ve anksiyete bozuklukları arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Çeşitli araştırmalar sonucu bu düşünce desteklenmektedir. Araştırmalarda, katılımcılardan anksiyete bozukluğu olanların çoğunluğunun sigara kullandığı ve nikotin bağımlılığı olan bireylerin anksiyete bulgularına daha fazla sahip olduğu raporlanmıştır [7].

Bizim bu çalışmadaki amacımız Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi 2023-2024 eğitim öğretim yılında öğrenim gören öğrencilerin nikotin bağımlılık düzeyi ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.



BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1. Sigara

Tütün, bitki sistematğinde Solanaceae (patlıcangiller) ailesinde, Nicotiana türüne ait olan genelde yıllık olarak yetiştirilen bir bitkidir. Nicotiana türü farklı biyolojik aktivitelere sahip yetmişin üstünde çeşide sahiptir. Bunlardan sadece Nicotiana tabacum ve Nicotiana rustica keyif verici özelliğe sahiptir [8]. Sigara, küresel olarak en fazla kullanılan tütün ürünüdür [2].

2.1.1. Sigaranın Tarihçesi

Tütün tarımına Milat Öncesi (M.Ö.) 6000 yıllarında Amerika kıtasında başlandığı ve M.Ö. 1500 yıllarında Orta Amerika’da yaşayan Mayalar tarafından tütün kullanıldığı bilinmektedir. Mayalar kurumuş tütün yapraklarını sarma veya ufalama yöntemiyle ilkel pipolarda kullanmışlardır. Tütünün diğer kullanım yöntemleri arasında sakız yapılması, tütünün tozlarının insan bedenine sürülmesi veya lavman yer almaktadır. Avrupa, tütün ile 1492 senesinde Christopher Columbus’un Küba’yı keşfetmesiyle tanışmıştır. Columbus Kübadaki yerli halkın dini törenlerinde ve şölenlerinde keyif alarak “Tobacos” ismindeki tütünü içtiklerini görmüş ve tütünü Avrupa’ya getirmiştir. Avrupalılar Amerika’ya göç ettikten sonra ilk defa 1531 senesinde tütün ekmişlerdir. Ticari amaçlı tütün üretimi ilk defa 1612 yılında Virginia’da yapılmıştır. Fransa’nın Portekiz elçisi Jean Nicot sayesinde Avrupa’da yaygın şekilde tütün kullanımı başlamıştır. Elçi tarafından 1560 senesinde Fransız Kralı II. Henry’nin ölümünden sonra depresyonda olan dul Kraliçe Catherine de Medici’ye tütün tohumları gönderilmiştir. Tohumların sarayın bahçesine ekilmesi ve çiçeklenmesiyle kraliçenin migren tipi baş ağrısına iyi geldiği görülmüştür. Bu durumdan sonra tütünün keyiflendirme ve cesaretlendirme özelliklerinin yanı sıra ilaç olarak da

kullanılabileceği yönünde Avrupa’da yaygın bir inanış oluşmuş ve kullanımı yayılmıştır [9].

Türlü kaynaklarda tütünün ilk kez İtalyan, İspanyol ve İngiliz gemicileri ve tüccarları aracılığıyla İstanbul’a getirildiği anlatılmaktadır. Peçevi Tarihinde, 1600 senesi başında İstanbul’a getirilen tütünün nemden kaynaklanan bazı hastalıkları tedavi etmesi amacıyla satıldığı, sonrasında halkın ve devlet adamlarının dahi tütüne müptela oldukları yazmaktadır [10].

2.1.2. Sigaranın İçeriği

Tütün dumanı 7.000'den fazla kimyasal içeriğe ve 60'tan fazla bilinen veya şüphelenilen kanserojen içeriğe sahiptir. Sigaradan alınan her nefes, DNA hasarına sebep olmaktadır. Tütün dumanına tekrarlayan maruziyetler, DNA tamir mekanizmalarını bozarak normal hücre büyümesini ve düzenlenmesini bozan genetik değişikliklere yol açıp kansere sebep olmaktadır [11].

Tütün ürünleri arasında en fazla kullanılan ürün sigaradır. Sigara yakıldığında meydana gelen kimyasallar çeşitli yollarla insanları etkileyebilir. Sigara yakıldığında iki faza ayrılan bileşenler içerir. Gaz fazı dumanın sigara filtresinden geçen kısmını oluşturur. Partikül fazı filtrede kalan diğer maddeleri içerir. Gaz fazı serbest nitrojen, oksijen, su, karbon dioksit, karbon monoksit, hidrojen, aseton, argon, nitrojen oksitler ve uçucu kükürt bileşikler gibi 700’den fazla kimyasal içerir. Partikül faz ise polisiklik aromatik hidrokarbonlar, karboniller, fenoller, ağır metaller, BTEX (benzen, toluen, etil benzen ve ksilen) nikotin de içeren 3500’den fazla kimyasalı içerir [2].

Ticareti yapılan sigaralar 7000'den fazla kimyasal içeriğe sahiptir ve bunların yanmasıyla; ana duman, yan duman, ikinci el duman, üçüncü el duman ve atılmış sigara izmaritleri adında potansiyel toksik maddeler oluşur [2]. Ana duman; sigaranın yanmasıyla biriken kimyasalları (nefes çekme sırasında akciğerlere çekilen dumanı), yan duman; sigaranın yanan ucundan salınan dumanı, ikinci el duman; sırasıyla yaklaşık %85 yan duman ve %15 oranında nefesle verilen ana duman karışımını, üçüncü el duman; kapalı ortamlarda ikinci el duman ve/veya yan dumana maruz kalan

yüzeylerde bulunan toksik tütün kalıntısını ifade eder [2]. Tütün dumanındaki kirletici maddeler sigara kullanan bireylerin vücudu dışında duvarlara, halılara, perdelere ve mobilyalara yerleşebilir ve sigara kullanan ve kullanmayan kişileri yeniden etkileyebilir. Sigara kullanımından haftalar ve/veya aylar sonra dahi farklı yüzeylerde toksik maddeler kalabilir [12].

2.1.3. Sigara Epidemiyolojisi

Ülkemizde ve dünyada sigara önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Kolaylıkla elde edilebilmesi, kullanımının legal olması sebebiyle sigara bağımlılığı madde bağımlılığı tiplerinden en yaygın görüleni ve en önemlisidir [13]. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından açıklanan “Türkiye’de Sağlık Araştırması” verilerine göre her gün tütün ürünü kullanan 15 yaş ve üzeri kişilerin oranı 2019 senesinde %28,0 iken 2022 senesinde artıp %28,3 tespit edilmiştir. Bu oran 2022 senesinde kadınlarda %15,5, erkeklerde ise %41,3 olarak saptanmıştır. Tütün ürünü kullanmayanların (hiç kullanmayanlar ve bırakanlar) oranı ise, 2019 senesinde %68,7 iken 2022 senesinde azalıp %68,0 olduğu tespit edilmiştir [14].

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) (Global Adult Tobacco Survey-GATS); Türkiye 2016 verilerine göre Türkiye’de 19,2 milyon bireyin (%31,6) halen tütün ürünü kullandığı görülmüştür. Tütün kullanımı erkeklerde (%44,1), kadınlara göre (%19,2) daha yüksektir. Ülkemizde 18 milyon birey (%29,6) her gün tütün kullanmaktadır (erkeklerin %41,8’i, kadınların %17,5’i). Bir günde içilen ortalama sigara sayısı 18’dir. Sigara kullananların %21’i günün ilk sigarasını uyandıktan sonra ilk 30 dakika içinde içmektedir. 15-34 yaş arasındaki sigara içenlerin %15’i her gün kullanmaya on beş yaşından önce başlamışlardır. Sigara kullananların %57,5’i kullanmaya on sekiz yaşından önce başlamışlardır. Sigaraya başlamada ortalama yaş 17’dir [15].

Sağlık Bakanlığı 2018 senesinde Tütünle Mücadele Faaliyet Raporu yayınlamıştır [16]. Rapora göre tütün kullanımı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, dünyanın şimdiye kadar rastladığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden biri olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca doğumdan önceki dönemi de içererek, insan hayatının bütün evrelerinde büyük çoğunluğu kanser olmak üzere, ölüme kadar götüren pek çok sağlık problemine sebep olmaktadır. Ülkemizde yaklaşık 15 milyonun üzerinde kişinin tütün ürünü kullandığı bilinmektedir. Dünya üzerinde ise 1,1 milyar birey sigara kullanmakta olup bu kişiler %80 düşük ve orta gelirli ülkelerdendir [16].

Kapalı ortamlarda bulunan erişkinlerin %10,6'sı çalıştığı ortamda, %26,7'si evinde, kendine ait özel aracı olan erişkinlerin %17,4'ü araçlarında, %16'sı taksilerde, %4,7'si kamu binalarında, %12,7'si restoran, %28'i kafe, kahvehane ve çay bahçeleri gibi halka açık yerlerde tütün dumanına pasif şekilde maruz kaldıklarını belirtmişlerdir [15].

Dünyada her sene 8 milyon birey tütün ürünü kullanımından kaynaklı hastalıklar nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Bu ölümlerin 6 milyondan fazlası direkt tütün kullanımından kaynaklıyken 1 milyonun üzerinde kişi de tütün ürünü kullanımından değil tütün dumanı maruziyeti nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Ülkemizde de her sene yaklaşık 100.000 birey tütün kullanımından kaynaklı hastalıklar nedeniyle yaşamını yitirmektedir [16].

2.1.4. Sigara ile İlişkili Hastalıklar

Sigara doğrudan ölüme sebep olmayan yaklaşık 50 kadar kronik hastalıkla ilişkilidir. KOAH, akciğer kanseri ve periferik aterosklerozun esas nedeni sigaradır. Kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklarının ise öncelikli nedenlerindendir. Sigara kullanımının kronik akciğer hastalıklarının %80'inden, kalp hastalıkları ve kanser ilişkili ölümlerin de üçte birinden sorumlu olduğu görülmüştür [17].

Kronik öksürük, balgam, hırıltı ve nefes darlığı arasında doz-yanıt ilişkisi vardır. Solunum yolu epitel dokusunda siliaların kaybı, mukozal bezde hipertrofi, goblet hücre sayısının artışı ve permeabilitede artış bu bulgulardan sorumlu olan

değişikliklerdir. Sigara kullananların %10-15’inde klinik olarak belirgin hava akımı kısıtlanması meydana gelir [17].

2.1.4.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KOAH için ana risk faktörü sigara kullanımıdır. Sigara ve KOAH arasında direkt doz-cevap ilişkisi bulunur [17]. Sigara dumanı maruziyeti nedeniyle meydana gelen oksidatif stres ve proteaz-antiproteaz dengesizliği amfizem patogenezinde etkindir. KOAH gelişim mekanizmalarını azaltmak için en önemli basamak sigaranın bırakılmasıdır. Önemli olan, KOAH gelişmeden sigaranın bırakılmasının sağlanmasıdır. Çünkü ilerlemiş KOAH’da progresyonun tümüyle geriletilmesi mümkün değildir [18].

2.1.4.2. Astım

Astım kronik bir havayolu hastalığıdır. Alerjene maruziyet, çevresel kirleticiler risk faktörlerindendir. Sigara içmenin hem astım insidansında artış hem hastalığın alevlenmesine neden olduğuyla ilişkili kanıtlar artmaktadır [18]. Sigara içenlerde astım kontrolü daha zayıftır. Pasif içici yetişkinlerde günlük aktivite kısıtlanmasında artış olmakta, nefes darlığı, öksürük, astım sebepli uyanma ve hastaneye başvuru değişmemektedir. Çocuklarda pasif içicilik hastane başvurularını iki kat arttırmaktadır [19].

2.1.4.3. Akciğer kanseri

1964’te “Surgeon General” raporunda ilk defa resmî olarak, sigara içmenin akciğer kanseri etiyolojisinde yer aldığı bildirilmiştir. Sonraki araştırmalarda da yadsınamayacak biçimde sigaranın akciğer kanserinin tüm histolojik tiplerinde (küçük hücreli, büyük hücreli, adenokarsinom ve epidermoid) hem erkek hem kadın için esas sebep olduğu ispatlanmıştır [17].

Dünyada kanser ölümlerinin en sık sebebi 1,3 milyondan fazla ölümle akciğer kanseridir. Birleşik Devletleri’nde akciğer kanseri senelerdir erkek bireylerde kanserin öncelikli sebebidir ve 1988’den günümüze kadın bireylerde de kanser ilişkili ölümlerin ilk sıradaki sebebi haline gelmiştir. Akciğer kanseri gelişme riskini arttıran türlü risk

faktörleri vardır. Bunlar; sigara kullanmak, hava akımında tıkanıklık ve radon, arsenik, nikel maruz kalma, iyonlaştırıcı radyasyon, asbest, haloeterler ve polisiklik aromatik hidrokarbonlardır. Akciğer kanseri olgularının yaklaşık %87'sinin sorumlusunun sigara içmekten kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Hayat boyu sigara kullanmayanlar ile uzun süre sigara kullananlar kıyaslandığında hastalık riskinin nispeten 10-30 kat arasında olduğu tahmin edilmektedir. Katlanmış akciğer kanseri riski, sigara kullanmayanlarda hayat boyu %1 veya daha düşük, buna karşın ağır sigara kullanıcılarında %30 kadar yüksek olabilir. Kanser riskini sigaraya erken yaşta başlama, içilen sigara sayısı, sigara içme yılı, soluma derecesi, nikotin ve katran içeriği ve filtresiz sigara kullanımı artırır. Ayrıyeten kanser riski, sigara bırakıldıktan sonra geçen yıl sayısına orantılı şekilde düşer. Akciğer kanseri riski sigara bırakıldıktan sonra azalmasına rağmen, birçok çalışmada eski sigara kullanıcılarının sigara kullanmayanlara göre hala yüksek akciğer kanseri riskine sahip olduğu gösterilmiştir. Sigara bırakıldıktan 10 sene sonra bile yüksek risk devam etmektedir. M. D. Anderson Kanser Merkezi ve Harvard'a bağlı hastanelerde yapılan analizlerde, akciğer kanseri olgularının yarısından fazlasının eski sigara kullanıcılarında görüldüğü gösterilmiştir [20].

2.1.4.4. Diğer Kanserler

Sigara kullanımı ve bazı kanser türleri arasında ilişki olduğu epidemiyolojik ispatlarla gösterilmiştir. Oral kavite, nazal kavite ve paranazal sinüsler, akciğer, nazofarinks, orofarinks, hipofarinks, larinks, özofagus, mide, pankreas, karaciğer, böbrek, üreter, mesane, serviks kanserleri ve miyeloid lösemiler sigara kullanımı ile ilişkili kanserlerdendir [18].

2.1.4.5. Kardiyovasküler Hastalıklar

Birçok prospektif çalışmada kadın ve erkek sigara kullananlarda miyokard enfarktüsü, tekrarlayan kardiyak ataklar, koroner arter hastalığı ilişkili ani ölüm risklerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Sigara kullananlarda koroner arter hastalığı insidansı 2-4 kat daha yüksektir. Koroner arter hastalığı ilişkili ölüm riski sigaraya başlama yaşı ve içilen yıl sayısı, günde içilen sigara miktarı, soluma derinliği ile alakalıdır. Sigara

aynı zamanda, koroner arter hastalığının kolesterol yüksekliği ve diyabet gibi diğer risk etmenlerini de yüksek oranda etkilemektedir [17]. Sigara akut ve kronik miyokard değişikliklerine sebep olur [17]. Sigara akut olarak oksijen ihtiyacında artma veya kan sunumunda azalma ile oksijen sunumunda azalma yaparak miyokardda iskemiye neden olur. Bu değişikliklerle koroner arterlerde spazm ve/veya plateletlerde agregasyon ve adhezyon görülebilir [17]. Ayrıyeten sigara başta ventriküler fibrilasyon olmak üzere disritmi eşiğini azaltarak ani ölüme sebep olabilir. Kronik sigara içimi tekrar eden endotel hasarına neden olarak koroner ateroskleroza sebep olur; düz kas çoğalmasını uyararak trombosit adhezyonunu artırır; LDL-kolesterolü artırır ve/veya HDL-kolesterolü (Yüksek yoğunluklu lipoprotein) azaltır [17]. Çalışmaların birçoğunda sigaranın kadın ve erkekte serebrovasküler olaylara yol açtığı gösterilmiştir. Serebrovasküler olay riski, sigara içenlerde içmeyenlere göre 2 kat yüksektir. Bu risk doz bağımlıdır ve gençlerde daha kuvvetlidir [21].

2.1.4.6. Sağlık Üzerine Diğer Etkileri

Hamilelik esnasında sigara kullanımı, olumsuz sonuçlanabilen anne, fetus ve yenidoğan durumları ile alakalı en önemli değiştirilebilen risk faktörlerindendir. Uterus içinin tütüne maruz kalması ile ölü doğumda, erken membran rüptüründe, düşük doğum ağırlığında, plasenta ayrılmasında, özellikle 32. gebelik haftası tamamlanmadan erken doğum riskinde artış olduğu görülmüştür. Çalışmalarda sigara kullanan annelerin bebeklerinde, sigara kullanmayan annelerin bebeklerine oranla stres, sinirlilik ve hipertonsite bulgularının arttığı gösterilmiştir. Sigara içen annelerin bebeklerinde, 1 yaş altı bebek ölümü olarak tanımlanan ani bebek ölümü sendromu (SIDS) riski artmıştır. Üretilen süt hacminde azalma, sütün yağ konsantrasyonunda azalma ve emzirme süresinde kısalmayı da içermek üzere emzirme üzerine olumsuz etkileri mevcuttur [22]. Çalışmalarda annenin sigara kullanımı ile orofasiyal yarıklar ve dış gebelikler arasında nedensel bir ilişki olduğu gösterilmektedir. Erkeklerde sigara kullanımı ile ereksiyon bozukluğu arasında nedensel bir ilişki olduğu görülmüştür [23].

Sigara kullanmak, doğurganlık değerlendirmelerinde en fazla kullanılan parametrelerden olan spermin hareketliliği, konsantrasyonu ve morfolojisi dahil sperm kalitesini bozmasıyla ilişkilendirilmiştir [24].

Yaşa bağlı maküla dejenerasyonu 65 yaş üstü bireylerde önemli körlük sebeplerindendir. Çalışmaların çoğunda sigara içiminin, hastalığın progresyonunu ve sıklığını arttırdığı gösterilmiştir [18].

Sigara kullanımı ile diş eti hastalıkları ve diş çürükleri arasında ilişki vardır. Sigara kullananlarda kullanmayanlara kıyasla diş çürüklerinin, diş kayıplarının, dolgu gibi problemlerin daha fazla olduğu görülmektedir [18].

İnsanlarda ve hayvanlarda yapılan biyolojik çalışmalar, sigarada ve sigara dumanında bulunan nikotinin insülin direncine ve glikoz metabolizmasında bozulmaya neden olduğunu göstermiştir. Sigara kullananlarda kullanmayanlara göre diyabet gelişme riski %30-40 daha fazladır. İçilen sigaranın sayısı ve diyabet gelişim riski arasında pozitif yönde doz-yanıt ilişkisi mevcuttur. Sigara kullanan diyabet hastalarında diyabete bağlı mikro ve makrovasküler komplikasyonlar daha sık görülür. Bu nedenle sigara içen diyabet hastalarında, kardiyak ve renal hastalıklar, amputasyon, körlüğe ilerleyen göz hastalıkları, nöronal hasar, dolaşım problemleri yönünden yüksek risk bulunmaktadır [18].

Sigara içimiyle; multipl skleroz, graves, romatoid artrit, SLE (Sistemik Lupus Eritematozus) ve primer biliyer siroz gibi otoimmün hastalıkların riskinde artış olmaktadır [18].

İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı (IBH)'nın en önemli iki tipi ülseratif kolit ve Crohn hastalığıdır. Son senelerde yayınlanan bir meta analiz sigaranın Crohn hastalığı ve ülseratif kolit üzerine farklı etkiler oluşturduğunu; Crohn hastalığı için sigara içiminin bir risk faktörü olup ülseratif kolit için koruyucu olabileceğini bildirmiştir [18].

2.1.5. Sigara ile İlişkili Psikiyatrik Hastalıklar

Sigara kullanmanın insan sağlığına olumsuz etkileri olduğu gibi ruhsal hastalıklarla da yakın ilişkisi bulunmaktadır. Ruh sağlığı ilişkili rahatsızlıklarda depresyon ve anksiyetenin sigara kullanımını bırakmayı deneyen bağımlı bireylerde başarısızlıkla sonuçlandığı ve bağımlılığın tekrarlanmasına sebep olduğu da belirtilmektedir. Yapılan çalışmalara göre anksiyete ve kronik depresyonun bir arada görülmesi tek başına depresyona kıyasla sigara bağımlılığıyla daha yakından ilişkilidir. Bu durumu destekler içerikte anksiyetenin de sigara kullananlarda kullanmayanlara göre daha yüksek düzeylerde olduğu görülmüştür [25].

Sigara kullanma ve ruhsal hastalıkların büyük oranda bir arada görülmesi önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sigara kullanmak, ruhsal hastalıklarla alakalı hayat beklentisindeki azalmanın büyük bir bölümünden sorumludur. Çalışmaların birçoğunda, sigara kullanma ile ruhsal hastalıklar arasında pozitif bir ilişki olduğu, sigara kullanma oranlarının hastalığın şiddetiyle beraber arttığı bildirilmektedir. Ruhsal hastalığa sahip kişiler ayrıyeten sigaraya daha küçük yaşta başlama, daha fazla sigara kullanma ve genel popülasyona göre daha yüksek oranda sigara bağımlısı olma eğilimindedir [26].

Depresyon ve anksiyetesi olan bireylerde sigara kullanma oranlarının daha fazla olmasına açıklama olarak öne sürülen çeşitli hipotezler mevcuttur. Kendi kendine tedavi hipotezi, kişilerin semptomlarını hafifletme amacıyla sigaraya başvurduğunu iddia etmektedir ve bu sebeple depresyon ve anksiyete semptomlarının sigara kullanmaya neden olabileceğini iddia etmektedir [26].

Bir başka hipotez, sigara kullanmanın, kişinin nöronal yollarına etki eden çevresel stres faktörlerine duyarlılığı artıran etkileriyle anksiyete ya da depresyona neden olabileceğidir. Hayvan modellerinde, uzun zamanlı nikotin maruziyetinin hipotalamus-hipofiz-adrenal yolağı düzensizleştirdiği, buna bağlı olarak aşırı kortizol salgılanması ve işlevsel stres faktörlerine karşı reaksiyonları düzenlemek olan ilgili monoamin nörotransmitter sisteminin aktivitesinde değişikliklere neden olduğu gösterilmektedir [26].

2.1.6. Nikotin Bağımlılığı

Bağımlılık bireyin madde alımı üzerindeki kontrolünün yitilmesi şeklinde ifade edilir. DSÖ tarafından madde bağımlılığı “kullanılan bir psikoaktif maddeye bireyin daha evvel önemseydiği başka uğraşılardan ve objelerden bariz şekilde daha yüksek bir üstünlük tanıma tavrı” şeklinde tanımlanır. Diğer bir söyleyişle madde kullanmak kişiye ve topluma zarar verecek düzeyde bir tavır durumuna gelir [27].

Tütünün temel unsuru olan nikotin insanlarda ve hayvanlarda aşırma ve yoksunluk etkisi oluşturur. Nikotin, moleküler, nöroanatomik ve farmakolojik yönden bazı bağımlılık yapabilecek ilaçlarla, bilhassa zihinsel fonksiyonları artıran ilaçlarla yakından benzerlik göstermektedir. Nikotin temel etkisini beyindeki özel nikotinik asetilkolin reseptörleri aracılığı ile gösterir. Sinaps öncesi asetilkolin reseptörlerini uyarır, böylelikle asetilkolin salınımı ve metabolizması arttırılır. Dopamin sistemi de bu şekilde uyarılır, böylelikle nükleus akumbenste dopamin konsantrasyonu artar. Araştırmacıların bazılarına göre nikotindeki bu özellik, davranış değişikliğinin ve nikotin bağımlılığının perçinlenmesinden sorumludur. Nikotin etkilerine aracılık etmek için GABA (Gama Aminobütirik Asit), serotonin, noradrenalin ve beyin sapı asetilkolin yolakları yer alabilir. Ayrıyeten MAO-A ve MAO-B’yi nikotinin kısıtladığı iddia edilmektedir. Bu enzim, temel olarak nikotinik etkilerden ve bağımlılıktan sorumlu olan dopamini parçalar [28].

Tütün kullanım bozukluğu için DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) tanı kriterleri şunlardır [29]:

Aşağıdakilerden en az ikisinin 12 aylık bir süre içinde ortaya çıkmasıyla kendini gösteren, klinik olarak işlevsellikte bozulma veya sıkıntıya yol açan sorunlu bir tütün kullanımı modeli.

1. Tütün genellikle amaçlanandan hayli fazla miktarda veya daha uzun bir müddet kullanılır.
2. Tütün kullanmayı azaltma veya kontrol etme amacıyla kararlılıkla bir istek veya başarılı olmayan çabalar vardır.

3. Tütün edinmek veya kullanmak için gereken faaliyetlerde çok fazla vakit harcanmaktadır.
4. Aşırme veya tütün kullanmak için kuvvetli bir arzu veya dürtü vardır.
5. İş, okul ya da evdeki önemli sorumluluklarını yerine getirememesi ile sonuçlanan yinelenen tütün kullanımı vardır (örneğin, işe müdahale).
6. Tütünün etkilerinin neden olduğu veya şiddetlendirdiği kalıcı veya yineleyen sosyal veya kişilerarası problemlere rağmen tütün kullanmaya devam edilir (örneğin, başkalarıyla tütün kullanımı hakkında tartışmalar).
7. Tütün kullanımından kaynaklı önemli sosyal, mesleki ya da eğlence faaliyetlerinden vazgeçme veya bunları azaltma görülür.
8. Fiziksel yönden tehlikeli olan durumlarda tekrarlayan tütün kullanımı vardır (örneğin yatakta sigara içmek).
9. Tütün kullanımı, tütünün sebep olduğu ya da şiddetlendirdiği düşünülen kalıcı ya da yineleyen fiziksel veya psikolojik bir sorun olduğu bilinmesine rağmen devam ettirilir.
10. Aşağıdakilerden herhangi biri ile tanımlanan tolerans olması:
 - a. İstenilen etkinin elde edilmesi için bariz şekilde artan miktarlarda tütüne ihtiyaç duyulması.
 - b. Aynı miktarda tütünün devamlı kullanımıyla bariz azalan etki.
11. Aşağıdakilerden herhangi biri ile kendini gösteren yoksunluk olması:
 - a. Tütün için tipik yoksunluk belirtileri
 - b. Tütün yoksunluk bulgularını hafifletmek veya önlemek için tütün kullanılması [29].

2.1.7. Sigara Bırakma Tedavileri

Karşılaşılan her hastada tütün kullanım durumunu belgelemek ve bırakılması için motive etmek öncelikli adım olarak çok önemlidir. Her hastaya etkili tedaviler olduğu anlatılmalı ve tedavi tavsiye edilmelidir. Hasta bırakma konusunda istekli değilse muhakkak motivasyon açısından desteklenmelidir. Hastalar değerlendirilirken kınayan, aşağılayan, yargılayan söylemler kullanılmamalıdır. Bırakamama sebebinin nikotin bağımlılığı olduğu, şayet hasta isterse gereken desteğin ve tedavinin sunulacağı anlatılmalıdır [30].

Bırakma hususunda istekli hastalara 5A (5Ö), isteksiz hastalara 5R stratejilerinin uygulanması tavsiye edilmektedir [30].

Tablo 2. 1. 5A (5Ö) Stratejileri

Adım 1	ASK	ÖĞREN
Adım 2	ADVİSE	ÖNER
Adım 3	ASSESS	ÖLÇ
Adım 4	ASSIST	ÖNDERLİK ET
Adım 5	ARRANGE	ÖRGÜTLE

Birinci adımda hangi nedenle olursa olsun, her başvurusunda hastanın tütün kullanma durumu muhakkak sorgulanmalı ve kaydedilmelidir. İkinci adımda her sigara kullanıcısına muhakkak sigarayı bırakması tavsiye edilmelidir. Bu tavsiye açık, net, güçlü ve kişiye özel olmalıdır. Üçüncü adımda her hastanın sigarayı bırakmak isteyip istemediği muhakkak sorgulanmalıdır. Hastanın nikotin bağımlılığı tespit edilmeli (Fagerström testi yapılabilirse tercih edilmelidir) ve mümkünse karbonmonoksit ölçümü yapılmalıdır. Dördüncü adımda hastayla beraber bir bırakma planı hazırlanmalıdır. Hastada yüksek motivasyon sağlayacağından bırakmak için gün belirlemek uygun olur. Bırakma günü için en ideal zaman görüşme sonrası 2 hafta içerisinde olmalıdır. Bırakmak için alınan karar arkadaş, işyeri ve ailede paylaşılmalı ve destek alınmalıdır. İlk birkaç haftada yoğun olarak nikotin yoksunluk semptomlarının olabileceği anlatılmalı ve bunlarla nasıl baş edileceği hakkında hastaya bilgi verilmelidir. Hastalara bırakma hakkında etkili ilaçlar [Nikotin replasman (yerine koyma) preparatları, Bupropion, Vareniklin] olduğu anlatılmalıdır. Destek tedavisi ve farmakolojik tedavinin bir arada uygulanmasının başarı oranlarını çok artırdığı bilinmektedir. Beşinci adımda hastalar yüz yüze veya telefon görüşmeleriyle takip edilmelidir. Görüşmeler bireyin durumuna göre on beş günde bir, aylık, üç aylık olacak şekilde planlanabilir [30].

Tablo 2. 2. 5R Stratejileri

Adım 1	RELEVANCE	İLİŞKİ
Adım 2	RISKS	RİSKLER
Adım 3	REWARDS	ÖDÜLLER
Adım 4	ROADBLOCKS	ENGELLER
Adım 5	REPETITION	TEKRAR

Birinci adımda sigara kullanmanın zararları kişinin mevcut durumuyla ilişkilendirilerek bırakmaya cesaretlendirilmelidir. İkinci adımda hastaya sigara içmenin sonucunda kısa ve uzun dönem riskleri anlatılmalıdır. Üçüncü adımda hasta sigarayı bıraktığı takdirde oluşacak potansiyel yararlar hususunda bilgilendirilmelidir. Dördüncü adımda sigarayı bırakmanın önündeki engeller tespit edilmeli ve hastaya bu engelleri aşabileceği çözüm önerileri sunulmalıdır. Beşinci adımda isteksiz hastaların her başvurusunda motivasyon desteği yeniden verilmelidir. Daha önce çok kez deneyip başarılı olamamış hastalara bir sonraki denemede başarısız olacağı anlamına gelmediği, bırakmanın birkaç denemeden sonra olabileceği anlatılmalıdır [30].

Sigara kullanmak hem farmakolojik hem de psikolojik unsurları içeren karmaşık bir davranıştır [31]. Tütün dumanında bulunan nikotin, sigara kullanan bireyin vücudunda sadece patofizyolojik değişikliklere sebep olmaz, aynı zamanda tekrarlayan kullanımla kendi etkisine karşı tolerans da geliştirir. Nikotine tekrarlayan maruziyetler, reseptörlerin nöro adaptasyonunu geliştirir ve bu da nikotinin birçok etkisine karşı tolerans meydana getirir [32]. Nikotin, tütünde yer alan temel alkaloiddir ve olası bağımlılıktan sorumludur. Nikotinin ruhsal durum ve zihin üzerindeki olumlu etkileri, sigara kullananlar için bağımlılıklarını pekiştiren güçlü desteklerdir ve sigara kullanmak, bilhassa bağımlılık yapar çünkü solunan nikotin, sistemik venöz sistemden değil pulmoner venöz sistemden emilir ve böylelikle 10-20 saniyede beyne ulaşır [31]. Sigara bırakmaya yönelik farmakoterapiler, yoksunluk belirtilerini azaltmalı ve olabilecek en az yan etkiyle nikotinin destekleyici etkilerini engellemelidir [32]. Nikotin replasman tedavisinin (NRT) farklı çeşitleri (transdermal bant, burun spreyi, sakız, inhaler, dil altı tablet ve pastil) vardır. NRT formlarının çoğunda, nikotin sigaraya göre daha yavaş verilir ve kandaki nikotin seviyelerinde kademeli artış vardır

[31]. Ülkemizde sağlık bakanlığı tarafından transdermal bant, sakız ve pastil formları ruhsatlandırılarak satışa sunulmuştur [33].

2.1.7.1. Nikotin Yerine Koyma Tedavisi

Nikotin merkezi sinir sistemindeki etkileri hem kandaki nikotin seviyesi hem beyinde bulunan reseptörlerdeki ilaç konsantrasyonunun artış hızına bağlıdır. Nikotin olmadığında kişide hem nikotin öforik etkilerinin yokluğu görülür hem nikotin yoksunluğuna ait bulgular gelişir. Sigara bırakma yöntemlerinden biri olan nikotin replasman tedavisinde amaç, sigara kesildikten sonra ortaya çıkan nikotin yoksunluk belirtilerinin ortadan kaldırılmasıdır. Kişinin nikotin bağımlılığı orta veya yüksek düzeydeyse, günde 15 taneden fazla sigara kullanıyorsa veya hafif düzeyde bağımlı olup diğer sigara bırakma yöntemlerinden yarar görmemişse nikotin yerine koyma tedavisi uygulanır. NRT ile vücuda verilen nikotin dozu sigara içimiyle alınan dozdan çok daha düşüktür. Bir sigaranın içimiyle 10 dakika sonra plazmadaki nikotin düzeyi 20-50 mg/L arasına ulaşır ve ortalama 35 mg/L'dır. Halbuki NRT için kullanılan nikotin sakızları ve nazal spreyle nikotin plazma seviyesi 6-8 mg/L, transdermal formlarda ise 12 mg/L seviyelerinde pik yapmaktadır. NRT amacı için kullanılan ilaçların çoğunlukla 2-8 haftalık aralıklarla dozunun düşürülerek kesilmesi, bu düşme esnasında nikotin yoksunluk belirtilerinin de azalması önemlidir [30].

Nikotin Bandı

Nikotin bandı ile vücuda saatte 1 mg nikotin kontrollü şekilde verilir. Bandın 16 saatlik ve 24 saatlik vücuda yapışacak iki çeşidi vardır. 24 saatlik form ile 21 mg, 16 saatlik form ile 15 mg nikotin vücuda verilmektedir. Sigara bırakma evrelerinde 2-4 hafta arayla nikotin replasman tedavisinde doz azaltılarak, daha düşük dozlarda nikotin bulunan bantlarla devam edilir ve tedavi 8-12 hafta içinde tamamlanır. Gün içinde 15 taneden çok sigara kullananlarda 21 mg ile başlanıp, aynı doz 4 hafta sürdürülüp sonrasında 2' şer hafta müddetle sırasıyla 14 mg ve 7 mg olacak şekilde tedavinin 8 haftaya tamamlanması tavsiye edilmektedir. Günde 10-15 adet kullananlarda düşük dozlarda başlanabilir. 24 saatlik formun kullanımıyla vücuda geceleri de nikotin verilmeye devam eder ve buna bağlı olarak uykusuzluk, huzursuzluk gibi belirtiler

görülür. 16 saatlik formlarda amaç 24 saatlik formlar ile görülebilecek olan belirtilerin önlenmesidir. 16 saatlik formlar kişilerin sigara kullanma profiline daha çok uymaktadır. Ancak 24 saatlik formlar ile plazmada devamlı bir nikotin düzeyi sağlandığından sabahları nikotin açlığı oluşmayacağı ve hastanın sigara kullanma isteğinin daha az olacağı düşünülmektedir. Araştırmalarda nikotin transdermal bantlarının her iki formu arasında anlamlı bir etkinlik farkı bulunmamıştır [30].

Nikotin bandı daha az yan etkiye sahiptir. Transdermal bant sabahları temizlenmiş ve kurutulmuş derinin kılsız bölgesine yapıştırılır. Her gün farklı bir bölgeye yapıştırılması (örneğin sırasıyla; sol omuz başı, sağ omuz başı, sol üst kol, sağ üst kol) ancak dört gün sonra yeniden aynı yere yapıştırılması tavsiye edilir. Böylelikle ciltte oluşabilecek kızarıklık, irritasyon gibi yan etkiler azaltılmaya çalışılır [30].

Bantlarla görülen yan etkiler genellikle hafif ve geçicidir, çok nadir tedavinin bırakılmasına sebep olur. Uygulanan bölgede görülebilecek cilt reaksiyonlarının yanında, ürtiker, bulantı, vertigo, baş ağrısı, taşikardi, aritmi, sersemlik, uykusuzluk, miyalji, grip benzeri belirtiler görülebilir. Nadiren dispepsi, öksürük, karın ağrısı, anormal düş görme, kaygı, duygusal değişiklikler, kabızlık veya diyare, eklemlerde ve sırtta ağrı görülebilir. Nikotin replasman tedavisi esnasında sigara içilmemelidir. Ayıriyeten gebe ve emzirenlerde, aktif ya da son bir ay içinde miyokard infarktüsü geçirenlerde, anstabil anjina ve aritmisi olanlarda nikotin bandı ve diğer nikotin yerine koyma tedavileri uygulanmamalıdır [30].

Nikotin Sakızı

Nikotin sakızları 2 mg ve 4 mg'lık formlardan oluşur. Sakızlardaki nikotin, çiğneme esnasında yanak mukozasından emilir. Nikotin absorpsiyonunun alkali ortamda daha iyi olması nedeniyle sakızlara bikarbonat ilave edilmiştir. Sakızın yavaş çiğnenmesi tavsiye edilmektedir, hızlı çiğnendiğinde aşırı tükürük salgısı ve gastrointestinal sistem ilişkili yan etkiler görülür. Çiğneme sırasında herhangi bir şey yenilip içilmemelidir. Kişide, sigara kullanma isteği ortaya çıktığında, nikotin tadı hissedilene kadar sakız 5-10 defa çiğnenip sonra birkaç dakika yanak mukozasında

bekletilmelidir, bu sürede mukozadan emilim olacaktır. Sonrasında mukozada başka bir bölgede aynı işlem tekrarlanarak nikotin emilimi arttırılabilir. 20-30 dakika çiğnenen 2 mg'lık bir nikotin sakızıyla 0,8-1,0 mg nikotin, 4 mg'lık sakız ile 1,2-1,4 mg nikotin emilimi olur. Sakızı çiğnedikten 20-30 dakika sonra plazma pik değerine ulaşılır. İki sakız arasındaki süre en az yarım saat olmalıdır. Nikotin sakızı tedavisinin 8-12 hafta kullanılması yeterlidir fakat gerekli görüldüğünde bu süre uzatılabilir. Nikotin sakızlarına bağlı yan etkiler ağızda, boğazda ve midede nikotin yutulmasından kaynaklanan bulantı, kusma, hazımsızlık, hıçkırık gibi kalıcı olmayan hafif belirtilerdir [30]. Miyokard infarktüs, anstabil anjina ve ağır aritmisi olan kişilerde kontrendikedir [33].

2.1.7.2. Bupropion

Bupropion'un temel mekanizması dopamin ve noradrenalin geri alım inhibitörüdür. 1989 senesinde hızlı salınım formu majör depresyon tedavisinde antidepresan olarak onaylanmıştır. Hızlı salınım formunun nöbet eşiklerini düşürmesinden kaynaklı 1996 senesinde sürekli salınım formu onaylanmıştır. 1997 senesinde sürekli salınım formunun sigara bıraktırma özelliği bulunmuştur. Aynı sene Amerika'da ilk defa nikotin olmayan farmakolojik bir ajan olarak Bupropion sigara bıraktırma tedavisinde onay almıştır. 2003 senesinde Bupropion'un uzatılmış salınım formu majör depresyon tedavisinde onay almıştır. Fakat sürekli salınım formu günümüzde hala sigara bırakma tedavisinde kullanılmaktadır [32].

Nikotin replasman tedavilerinin tam tersine sigara bırakılmadan Bupropion kullanmaya başlanır. Tedavinin ilk 3 gününde 150 mg sonraki günlerde tedavi bitinceye dek 300 mg kullanılır. Dozlar arasındaki süre en az 8 saat olmalıdır. Hasta ile tedavinin 7-14.günleri arasında bir sigara bırakma günü belirlenir ve tedavi ortalama 8 hafta sürer [32].

Bupropion kullanımı esnasında yaygın olarak uykusuzluk, baş ağrısı, ağız kuruluğu ve bulantı gibi yan etkiler görülebilir. Epilepsi nöbeti ya da merkezi sinir sistemi travma öyküsü, kontrolsüz hipertansiyon, siroz, yeme bozukluğu, santral sinir sistemi tümörü,

bipolar affektif bozukluğu olanlarda, hamilelerde ve 18 yaş altı sigara içenlerde kontrendikedir [33].

Bupropion kullanırken ilaç etkileşimleri konusunda dikkatli olunmalıdır. Bupropion karaciğerde sitokrom p450 enzim sistemi aracılığıyla metabolize edilmektedir. Bu sistem üzerinden metabolize edilen diğer antidepresanlar, beta blokerler, antiaritmikler ve antipsikotiklerle kullanılırken dikkatli olunmalıdır [33].

2.1.7.3. Vareniklin

1992 senesinde sitizin molekülünün nikotinik asetilkolin reseptörlerine bağlanma yönünden nikotin ile benzerliği bulunmuştur. 1997 senesinde Phizer firması sigara bırakma tedavisinde kullanılmak üzere sitizin moleküler yapısında vareniklin molekülünü geliştirmiştir. 2006 senesinde sigara bıraktırma tedavisinde kullanılmak üzere FDA tarafından onaylanmıştır. Vareniklin $\alpha 4\beta 2$ subunitleri bulunduran nöronal nikotinik reseptörlerin parsiyel agonistidir. $\alpha 4\beta 2$ nikotinik reseptörleri nikotin bağımlılığı ve sigara kullanma arzusu gelişiminden sorumludur. Vareniklin, $\alpha 4\beta 2$ reseptörlerini uyarıp nükleus akumbensten dopamin salınmasına neden olur. Böylelikle nikotin alınmadan beynin dopaminerjik ödül merkezi uyarılmış olur. Bu sayede hastalarda nikotin bağımlılığı azalırken yoksunluk semptomları da önlenmiş olur [34].

Vareniklin kullanılan olgularda sigara içilmeye devam edilirken tedaviye ilk üç gün günde 0,5 mg doz olacak şekilde başlanır. 4-7. günler arasında 0,5 mg günde iki kez, 8. günden bırakıncaya dek günde iki kez 1 mg doz ile devam edilir. Tedavi başında sigara içmeye devam edilirken 8-14. gün arasında, tercihen ilk haftanın sonunda 7. günde sigaranın bırakılması amaçlanır. Tedavi günde 2 defa 1 mg dozda kullanılarak 12 haftaya tamamlanır. İlacın temel yan etkisi bulantıdır [35].

Vareniklinin gebe ve emzirenlerde kullanımı uygun değildir. En sık görülen yan etki bulantıdır. Anormal düşler, uykusuzluk, baş ağrısı ve gastrointestinal yakınmalar ilacın diğer yan etkilerindendir [30].

Vareniklinin kullanımında nöropsikiyatrik semptomların artabildiği hususunda uyarı ve vaka bildirimlerinin olmasından dolayı ilaç prospektüsüne Vareniklinin nöropsikiyatrik belirtileri arttırabileceği, depresif durum, intihar eğilimi, ajitasyon ve mevcut psikiyatrik durumda kötüleşme olabileceği eklenmiştir. Sigara bırakma girişiminde bulunan tüm vakalar ilaç kullansa da kullanmasa da hekimi ve yakınları tarafından bu tür belirtiler ve duygulanım değişiklikleri yönünden dikkatle izlenmelidir[30].

2.1.7.4. Sitizin

Sitizin, nikotin ile benzer moleküler yapıya sahip bir alkaloiddir ve $\alpha 4\beta 2$ nikotinik reseptörler için yüksek afiniteye sahiptir. Sitizin, orta ve güney Avrupa'ya özgü, yaprak döken bir çalı olan *Cytisus laburnum* bitkisinden elde edilir. Sitizin ilk olarak 1818'de bulunmuştur. 1912'de sitizinin biyolojik etkilerinin nikotinin etkilerine benzer olduğu raporlanmış ve sitizinin tütüne alternatif ucuz, kolayca bulunabilen bir madde olduğu iddia edilmiştir. *Cytisus* bitkisini II. Dünya Savaşı esnasında Alman ve Rus askerlerinin tütün yerine içtikleri bildirilmektedir [34]. Sitizinin, nikotinik asetilkolin reseptörlerine yüksek afiniteye bağlandığı, sigara kullananlarda nikotin bağımlılığında azalma ve sigara içme isteğinde azalma yaptığı gösterilmiştir. Sitizin sigara bırakma molekülü olarak özellikle Doğu Avrupa'da 50 yıldan fazladır kullanılmaktadır [36]. Sitizin, sigara başarıyla bırakma şansını plaseboya oranla iki kattan fazla artırır. Sitizinin, iyi huylu bir güvenlik profiline sahip olduğu belirtilmiştir [37]. 1,5 mg sitizin içeren tabletlerin kullanımı aşağıdaki gibidir [38].

Tablo 2. 3. Sitizin kullanım şekli

Tedavi süresi	Kullanım sayısı	Günlük doz
1. ile 3. günler arasında	Her 2 saatte 1'er tablet	6 tablet
4. ile 12. günler arasında	Her 2,5 saatte 1'er tablet	5 tablet
13. ile 16. günler arasında	Her 3 saatte 1'er tablet	4 tablet
17. ile 20. günler arasında	Her 5 saatte 1'er tablet	3 tablet
21. ile 25. günler arasında	Her 6-8 saatte 1'er tablet	1-2 tablet

Sitizin ile bildirilen yan etkiler büyük ölçüde gastrointestinal (hazımsızlık ve mide bulantısı) ve kendi kendini sınırlayan uyku bozukluğudur [39].

Kontrendikasyonlar arasında etkin maddeye veya içerdiği maddelerden birine karşı alerji, anstabil anjina, yakın zamanda geçirilmiş miyokard enfarktüsü öyküsü, aritmiler, yakın zamanda geçirilmiş serebrovasküler olaylar, hamilelik ve emzirme yer alır [40].

2.2. Anksiyete

Korku o anda mevcut somut tehlike için verilen duygusal tepki şeklinde tanımlanmıştır. Korku için “şu andaki” tarafa kaygı için ise “beklenen” tarafa odaklanılmaktadır. Korku: Şu vakit mevcut somut tehditler ve tehlikelerle alakalıyken kaygı, gelecekte olabilecek durumlarla alakalıdır. Kaygı: Bireyin yaşadığı o anda ve gelecekte nasıl meydana geleceği belirsiz olan; muhtemelen de gerçekleşmeyecek olan subjektif bir durumla alakalı endişeli ve tedirgin olma hali şeklinde tanımlanabilir. Bireyin o andaki hayat tarzında mevcut dış tehlikelere karşı verilen, tehlikeyle orantılı ve başkaları tarafından anormal karşılanmayan tepkiler nesnel (durumluk) kaygıdır. Bireyin eski hayat tarzından kaynaklı, sebepsiz subjektif bir duruma veya gerçekleşme ya da gerçekleşmeme durumu belirsiz olan durumlara karşı verilen tepki nevrotik (devamlı) kaygıdır [41].

2.2.1. Anksiyete Bozuklukları

DSM-5’e göre anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması aşağıdaki şekildedir [29].

1. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu
2. Selektif mutizm (seçici konuşmazlık)
3. Özgül fobi
4. Sosyal anksiyete bozukluğu (sosyal fobi)
5. Panik bozukluk
6. Agorafobi
7. Yaygın anksiyete bozukluğu
8. Madde veya ilaç kaynaklı anksiyete bozukluğu
9. Başka bir tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu

10. Tanımlanmış diğer anksiyete bozukluğu

11. Tanımlanmamış anksiyete bozukluğu [29]

Panik Bozukluk: Bu bozukluk kişilerde, tekrar eden panik atak-fazlaca fiziki ve farklı belirtilerin eşlik ettiği- ve başka atakların görüleceğine; ataklarla alakalı farklı bilişsel ve davranış değişimlerinin olacağına dair en az bir ay ya da daha fazla kaygı ve tedirginlik şeklinde görülür. Toplum ve meslek işlevselliklerinde aksaklıklar meydana gelir. Panik bozukluk dışındaki diğer kaygı bozuklarında süre en az altı ay ya da daha fazla devam eder.

Agorafobi: Bu durumu yaşayan bireyler, endişe duyduklarında yardım bulmakla alakalı zorluk yaşayabileceklerine dair kaygılanır ve korkarlar. Örneğin kapalı alanlar, açık alanlar, marketler, toplu ulaşım araçları, tüneller vb. durumların yaşanması kaçındıkları durumlardır. Kendilerine eşlik edecek birilerine ihtiyaçları vardır. Korktukları bir durum meydana geldiğinde çok büyük sıkıntı ve tedirginlik yaşarlar.

Özgül Fobi: Belirli bir durumla veya nesneyle devamlı tetiklenen aşırı korku halidir. Özgül fobiye sahip kişiler özgül nesneler ya da durumlar karşısında sebepsiz korkuya kapılırlar. Yükseklik, uçakla seyahat etme, hayvanlar, kan, kapalı alanda kalma ve gök gürültüsü en yaygın karşılaşılan fobilerdendir. Bu uyaranlarla karşılaşmanın oluşturduğu endişe panik atak ya da genel bir endişe şeklinde görülebilir. Genellikle, bu kişiler, korku nedeni uyaranla ne kadar yakınlaşır ve kaçma ve kaçınmaları ne kadar zorlaşırsa o kadar sıkıntılı ve gergin olurlar.

Sosyal Kaygı Bozukluğu: Sosyal değerlendirilme ihtimali söz konusu olduğunda devamlı, bariz ve orantılı olmayan bir korku hissi meydana gelir. Sosyal kaygı bozukluğunda; aptal, sakar, veya utanç verici gibi görünme korkusu vardır. Bireyler, yemek esnasında tıkanma, yazı yazarken titreme veya konuşurken ya da toplululuk önünde bir performans sergilerken yapamama gibi durumlardan korkarlar ve kaygılanırlar. Genel tuvaletlerin kullanımı onlar için endişe yaratan bir durumdur.

Seçici Konuşmazlık (Selektif Mutizm): Seçici konuşmazlık, yalnız kalındığı zamanlarda ve çok yakın birkaç kişiyle haricinde, konuşmayan ve sessiz olan çocuklar

için kullanılan teşhistir. Bozukluk tipik olarak, normal konuşma gelişimi sonrası okul öncesi dönemde (2-4 yaşlarda) başlar. Evinde ailesiyle birlikte normal konuşup yabancı ortamda sessiz olduğu görülen bu tip çocuklar okul dönemine dek klinik açıdan fark edilmeyebilir. Çoğunlukla utangaçtırlar, birçoğu normal bir zekâda ve duyma yetisindedirler. Konuştuklarında bu çocukların normal bir telaffuza, cümle yapısı ve sözcük dağarcığına sahip olduğu görülür. Bu durum genelde haftalar veya aylar içinde kendiliğinden gelişir.

Yaygın Kaygı Bozukluğu: Bu hastalar, akut panik atak yaşamasalar da çoğu zaman gergin ya da endişeli hissediler ve farklı pek çok konuda kaygıları mevcuttur. Sağlık, ailevi problemler, para, okul ve işle alakalı küçük problemler, onlarda aşırı kaygı, kontrol edilmeyen endişeler, kas gerilmeleri, huzursuzluk, çabuk yorulma ve sinirlenmeler, dikkat ve uyku sorunları gibi duygusal, fiziksel ve bilişsel yakınmalara sebep olur.

Günün büyük bölümünde çoğu olayla ilgili kaygılanırlar. Kaygıyla birlikte aşağıdaki durumlardan en az üç tanesi (çocuklarda bir tanesi) görülür:

- Huzursuzluk ya da gerginlik veya sürekli diken üstünde olma,
- Çabuk yorulma,
- Odaklanma güçlüğü ya da zihnin boşalmış gibi olması,
- Çabuk sinirlenme,
- Kaslarda gerginlik,
- Uyku durumunun bozulması.

Ayrılma Kaygısı Bozukluğu: Uzun yıllar çocuklukta tanı konulmuş ve çocukluğa mahsus olduğu düşünülmüştür. Ancak son dönemlerde, bu durumdan erişkinlerin etkilendiğine dair bulgular da çoğalmaktadır. Ayrılma kaygısı bozukluğu yaşayan her üç çocuktan birinde bu bozukluğa ait belirtilerin erişkinliklerinde de yaşandığı bilinmektedir. Ancak bu belirtiler, bazı hastalarda 10'lu yaşlarının sonuna doğru ya da sonrasında -hatta bazen daha geç yaşlarda- görülmektedir. Erişkinler de eş ya da çocuk gibi önemli bir bağlanma figürünün başına kötü bir şey geleceğinden endişe eder. Sonuçta, evden (ya da güvenilir hissedilen rastgele bir yerden) ayrılmakta isteksizlik olur; hatta tek başına uyumaktan korkulur ve ayrılmayla alakalı kâbuslar görülür. Asıl

bağlanma figürlerinden uzaklaşıldığında, gün içinde devamlı telefonla arama veya görüşme ihtiyacı görülür.

Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu: Birçok tıbbi durumda, panik atak ve yaygın anksiyete belirtileri görülebilir. Örneğin: Beyinde kitle, hipertiroidi vb. gibi.

Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu: Madde ya da ilaç kullanımı panik atak ya da diğer anksiyete belirtileri görülmesine sebep olur. Pek çok madde, anksiyete belirtileri yaratabilir. Çoğunlukla anksiyete bozukluğuyla bağlantılı olan maddeler amfetaminler, kafein ve kenevirdir.

Başka Türlü İsimlendirilemeyen Kaygı Bozukluğu (Diğer Tanımlanmış veya Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu): Bu kategori, yukarıda açıklanan gruplara girmeyen esas anksiyete belirtilerinin bulunduğu bozuklukları tanımlar.

Diğer Bozukluklarda Kaygı: Aşağıdaki bozukluklar da anksiyeteye alakalı bozukluklardan sayılabilir. Bu bozukluklar kendine has ölçütleri ile kaygı bozukluklarından ayrılır. Bu bozukluklar anksiyete bozukluklarıyla bazı zamanlar aynı tanıda bulunabilirler. Kişide iki bozukluğa ait ölçütler bulunabilir.

- Duygudurum bozuklukları,
- Obsesif kompulsif bozukluk,
- Travma sonrası stres bozukluğu ve Akut stres bozukluğu,
- Çekingen kişilik bozukluğu,
- Beden dismorfik bozuklukları [41].

2.2.2. Anksiyete Bozuklukları Tedavisi

Anksiyete bozukluklarında birçok terapi yaklaşımı fayda sağlayabilir. Bu terapilerin bazıları: Davranışçı Psikoterapi, Bilişsel Psikoterapi, Bilişsel Davranışçı Terapi, Psikodinamik Psikoterapi, Varoluşçu Psikoterapi, Şema Terapisi, Logoterapi, Duygu Odaklı Terapi, Gestalt Terapi, Transaksiyonel Analiz Terapisi; İntegratif Psikoterapi ve diğerleridir. Özellikle fobi tedavilerinde davranışçı terapi, bilişsel ve bilişsel

davranışçı terapiler ile alakalı bilgilerle karşılaşmaktadır. Fobilerin ve bazı anksiyete bozukluklarının tedavisinde maruz bırakma tekniğine başvurulmaktadır. Bilişsel tedaviler, bir kişinin korkularıyla yüzleştğinde olabileceklerle alakalı olumsuz inanışlarını sorgulatan müdahalelerle maruz bırakmayı destekler. Danışanın ihtiyacına göre farmakoterapi ve psikoterapi birlikte uygulanabilir [41].

Farmakoterapi

Anksiyeteyi yatıştıran ilaç grupları, sedatifler, minor trankilizanlar veya anksiyolitikler olarak isimlendirilir. Anksiyete bozuklukları için tedavide en sık yararlanılan iki ilaç çeşidi: Benzodiazepin ve trisiklik antidepresan, serotonin geri alım inhibitörü ve serotonin–norepinefrin geri alım inhibitörü olarak isimlendirilen güncel bir gruptan antidepresanlardır. Pek çok çalışmada, anksiyete bozukluklarında benzodiazepinlerin ve antidepresanların plaseboya göre daha fazla fayda sağladığı doğrulanmıştır. Anksiyete bozukluğu tedavisinde kullanılan bu ilaçlar haricinde, birtakım ilaçların da belirli anksiyete bozukluklarının tedavisinde tesirli olduğu bilinmektedir. Örnek olarak, Buspiron yaygın anksiyete bozukluğu için Gıda ve İlaç Dairesi tarafından onaylanmıştır [41].

2.2.3. Anksiyete Bozuklukları ve Sigara Bağımlılığı

Sigara kullanma ve ruhsal hastalıkların büyük oranda bir arada görülmesi önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sigara kullanmak, ruhsal hastalıklarla alakalı hayat beklentisindeki azalmanın büyük bir bölümünden sorumludur. Çalışmaların birçoğunda, sigara kullanma ile ruhsal hastalıklar arasında pozitif bir ilişki olduğu, sigara kullanma oranlarının hastalığın şiddetiyle beraber arttığı bildirilmektedir. Ruhsal hastalığa sahip kişiler ayrıyeten sigaraya daha küçük yaşta başlama, daha fazla sigara kullanma ve genel popülasyona göre daha yüksek oranda sigara bağımlısı olma eğilimindedir [26].

Depresyon ve anksiyetesi olan bireylerde sigara kullanma oranlarının daha fazla olmasına açıklama olarak öne sürülen çeşitli hipotezler mevcuttur. Kendi kendine tedavi hipotezi, kişilerin semptomlarını hafifletme amacıyla sigaraya başvurduğunu

iddia etmektedir ve bu sebeple depresyon ve anksiyete semptomlarının sigara kullanmaya neden olabileceğini iddia etmektedir [26].

Bir başka hipotez, sigara kullanmanın, kişinin nöronal yollarına etki eden çevresel stres faktörlerine duyarlılığı artıran etkileriyle anksiyete ya da depresyona neden olabileceğidir. Hayvan modellerinde, uzun zamanlı nikotin maruziyetinin hipotalamus-hipofiz-adrenal yolu düzenlenmesini, buna bağlı olarak aşırı kortizol salgılanması ve işlevsel stres faktörlerine karşı reaksiyonları düzenlemek olan ilgili monoamin nörotransmitter sisteminin aktivitesinde değişikliklere neden olduğu gösterilmektedir [26].



BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Çalışmamızın amacı Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi 2023-2024 eğitim öğretim yılında öğrenim gören öğrencilerin nikotin bağımlılık düzeyi ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Çalışmamız kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Evreni

Çalışmamız 01.02.2024-31.03.2024 tarihleri arasında Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören Dönem 1,2,3,4,5,6 öğrencileri ile yapıldı. Belirtilen dönemde Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören 909 öğrenci çalışmanın evrenini oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimi yapılmayarak tüm öğrencilerin çalışmaya dahil edilmesi planlandı. Belirtilen dönemde sınıf mevcutları 1. sınıflar 207 kişi, 2. sınıflar 192 kişi, 3. sınıflar 142 kişi, 4. sınıflar 144 kişi, 5. sınıflar 145 kişi ve 6. sınıflar 79 kişi idi. 1. sınıf öğrencilerinin %83,5'i, 2. sınıf öğrencilerinin %65,6'sı, 3. sınıf öğrencilerinin %62,6'sı, 4. sınıf öğrencilerinin %82,6'sı, 5. sınıf öğrencilerinin %70,3'ü, 6. sınıf öğrencilerinin %84,8'i çalışmaya katılmayı kabul etti. Çalışma 676 öğrencinin katılımı ile tamamlandı.

3.3. Çalışmaya Alınma ve Alınmama Kriterleri

Çalışmaya, Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenim gören ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan dönem 1, 2, 3, 4, 5. ve 6. sınıf tıp fakültesi öğrencileri alındı.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler ve herhangi bir sebeple fakültede veya hastanede bulunmayanlar çalışma dışı bırakıldı.

3.4. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılma gönüllülük esasına dayalı olup önce katılımcılara çalışmayla ilgili bilgi verildi. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan öğrencilerden yazılı onam alınarak yüz yüze anket uygulandı.

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Katılımcılara 3 bölümden ve 50 sorudan oluşan anket formu hazırlandı. Anket formunun birinci bölümü yaş, cinsiyet, medeni durum gibi sosyodemografik özellikleri sorgulayan 18 sorudan oluşturuldu. İkinci bölümde sigara kullanan katılımcıların dolduracağı 5 sorudan oluşan sigara kullanım durumunu sorgulayan sorular ve 6 sorudan oluşan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, üçüncü bölümde tüm katılımcıların dolduracağı 21 sorudan oluşan Beck Anksiyete Ölçeği kullanıldı.

3.4.2. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında anksiyete belirtilerini ve şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir [42]. Ölçek 0-3 aralığında puanlanan 4'lü likert tipinde geliştirilmiştir. Ölçekte 21 madde bulunmaktadır. Ölçekte bulunan sorular bireylerin yaşadıkları belirtilerin son bir hafta boyunca kendisini ne ölçüde etkilediğine göre; (0) Hiç, (1) Hafif düzey, (2) Orta düzey, (3) Ciddi düzeyde şeklinde cevaplanan seçeneklerden bir tanesi seçilerek cevaplanmaktadır. Ölçekten en düşük 0, en fazla 63 puan elde edilebilmektedir. 0-7 arasında ise minimal düzeyde, 8-15 arasında ise hafif düzeyde, 16-25 arasında ise orta düzeyde, 26-63 arasında ise şiddetli düzeyde olduğu şeklinde yorumlanır. Puanlar azaldıkça anksiyete belirtilerinin azaldığını, alınan puanlar arttıkça belirtilerinin arttığını göstermektedir. Beck Anksiyete Ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması 1998 senesinde Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [43]. Ölçeğe ait Cronbach alfa değeri 0,93 hesaplanmıştır.

3.4.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), Fagerström ve arkadaşları tarafından 1992 yılında nikotin bağımlılığı düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir [44]. Ölçek 0-3 ve 0-1 aralığında puanlanan 4'lü ve 2'li likert tipinde sorular ile geliştirilmiştir. Ölçekte 6 madde bulunmaktadır. Nikotin bağımlılık düzeyi alınan puanlara göre çok az (0-2), az (3-4), orta (5), yüksek (6-7), çok yüksek (8-10) olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin maddelerinden alınan puanlar toplanarak toplam bağımlılık düzeyi elde edilmektedir. Alınan puanlar azaldıkça bağımlılık düzeyi azalmakta, alınan puanlar arttıkça bağımlılık düzeyi artmaktadır. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması 2004 senesinde Uysal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [45]. Testin Cronbach alfa değeri 0,56 hesaplanmıştır.

3.5. Verilerin Analizi ve İstatistikler Yöntemler

Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma ve/veya median (min-maks), kategorik veriler ise sayı ve yüzde şeklinde ifade edildi. Sürekli değişkenlerin normallik analizler Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği testi ile yapıldı. Veriler normal dağılıma uygun çıkmadığı için 2 grup arasındaki analizlerde Mann Whitney U Testi, 3 grup ve üzeri için Kruskal Wallis Testi (Post hoc:Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U Testi) kullanıldı. Kategorik veriler arasındaki farkın değerlendirilmesi Ki-kare Testi ile yapıldı. Ölçekler arasındaki doğrusal ilişki Spearman korelasyon analizi ile test edildi. Analizler IBM SPSS versiyon 27.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) ile yapıldı ve istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi. Post-hoc analizler için anlamlılık düzeyi ise $p<0.008$ olarak ele alındı.

3.6. Etik Kurul Onayı

Araştırmamıza, Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun, çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığına dair, 11.02.2024 tarihli ve E-77192459-050.99-319341 sayılı onayı alınarak başlanmıştır.

BÖLÜM 4

BULGULAR

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi Öğrencilerinin yaş ortalaması $21,55 \pm 2,29$ yıl, %62,6'sı kadın, 25,6'sı 1. sınıf, %18,6'sı 2. Sınıf, %13,2'si 3. Sınıf, %17,6'sı 4. Sınıf, %15,1'i 5. Sınıf ve %9,9'u 6. Sınıf öğrencisi (intörn) idi. Katılımcıların %97,9'unun bekâr, %82,4'ünün çekirdek aileye sahip olduğu, %33,0'ünün annesinin, %49,2'sinin babasının üniversite mezunu olduğu, %44,7'sinin gelirinin giderine eşit olduğu, %50,1'inin yurttta kaldığı tespit edildi (Tablo 4.1).

Tablo 4. 1. Tıp fakültesi öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri (n=676)

	Ort±Ss
Yaş (yıl)	21,55±2,29
	(n,%)
Cinsiyet	
Kadın	423 (62,6)
Erkek	253 (37,4)
Sınıf	
1	173 (25,6)
2	126 (18,6)
3	89 (13,2)
4	119 (17,6)
5	102 (15,1)
6	67 (9,9)

Medeni durum	
Bekar	662 (97,9)
Evli	14 (2,1)
Aile tipi	
Çekirdek aile	557 (82,4)
Geniş aile	86 (12,7)
Diğer	33 (4,9)
Çocuk varlığı	
Yok	676 (100,0)
Var	0 (0,0)
Anne eğitim durumu	
Okuryazar değil	14 (2,1)
Okuryazar	25 (3,7)
İlkokul mezunu	125 (18,5)
Ortaokul mezunu	75 (11,0)
Lise mezunu	214 (31,7)
Üniversite mezunu ve üzeri	223 (33,0)
Baba eğitim durumu	
Okuryazar değil	4 (0,6)
Okuryazar	16 (2,4)
İlkokul mezunu	67 (9,9)
Ortaokul mezunu	72 (10,7)
Lise mezunu	184 (27,2)
Üniversite mezunu ve üzeri	333 (49,2)
Aylık gelir durumu	
Geliri giderden fazla	289 (42,8)

Geliri gidere eşit	302 (44,7)
Geliri giderden az	85 (12,5)
Kaldığı yer	
Ailemle (anne/baba/kardeş)	79 (11,7)
Yurtta	339 (50,1)
Arkadaşlarıyla birlikte evde	94 (13,9)
Tek başıma evde	149 (22,0)
Evliyim, kendi ailemle birlikte	9 (1,3)
Akrabalarımın yanında	6 (1,0)

Tıp fakültesi öğrencilerinin %56,1'i alkol kullanmadığını ifade ederken, %22'si çok nadiren, %11,3'ü ayda en fazla bir kez, %7,3'ü haftada en fazla bir kez, %1,8'i ise haftada birden fazla kez alkol kullandığını ifade etti. Öğrencilerin annelerinde sigara içme oranlarının %17,8 olduğu, babalarında bu oranın %34,3 olduğu belirtildi. Öğrencilerin kendisinde kronik hastalık prevalansının %7,5 olduğu, yine %7,5'inin düzenli ilaç kullandıkları, %5,6'sında psikiyatrik bir hastalık bulunduğu, %3,7'sinin psikiyatrik ilaç kullandıkları tespit edildi (Tablo 4.2).

Tablo 4. 2. Tıp fakültesi öğrencilerinin ailelerinin sigara içme durumu, öğrencilerin kronik hastalık ve psikiyatrik hastalık varlığı (n=676)

	(n,%)
Öğrencilerin alkol kullanım durumu	
Alkol kullanmıyor	379 (56,1)
Çok nadiren	149 (22,0)
Ayda en fazla bir kez	76 (11,3)
Haftada en fazla bir kez	49 (7,3)
Haftada birden fazla kez	12 (1,8)
Diğer	11 (1,5)

Annenin sigara kullanım durumu	
Kullanıyor	120 (17,8)
Kullanmıyor	528 (78,1)
Bırakmış	28 (4,1)
Babada sigara kullanım durumu	
Kullanıyor	232 (34,3)
Kullanmıyor	354 (52,4)
Bırakmış	90 (13,3)
Öğrencilerde kronik hastalık varlığı	
Var	51 (7,5)
Yok	625 (92,5)
Öğrencilerde düzenli ilaç kullanım durumu	
Var	51 (7,5)
Yok	625 (92,5)
Öğrencilerde psikiyatrik hastalık varlığı	
Var	38 (5,6)
Yok	638 (94,4)
Öğrencilerde psikiyatrik ilaç kullanım durumu	
Var	25 (3,7)
Yok	651 (96,3)

Tıp fakültesi öğrencilerinin kronik hastalık dağılımı Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4. 3. Tıp fakültesi öğrencilerinin kronik hastalık dağılımı (n=676)

	N	%
Kronik hastalık yok	625	92,5
Alerji	5	,7
Astım	10	1,5
Hipotiroidi	5	,7
Polikistik Over Sendromu	7	1,0
Diğer*	24	3,6
Toplam	676	100,0
*Diğer grubu; ailevi akdeniz ateşi, anksiyete, behçet, crohn, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, depresyon, kalp hastalığı, migren, reflü, Tip 1 diyabetes mellitus ve vertigo hastalıklarından oluşmaktadır.		

Tıp fakültesi öğrencilerinin düzenli kullandıkları ilaçlar Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4. 4. Tıp fakültesi öğrencilerinin düzenli kullandıkları ilaçlar (n=676)

	N	%
Düzenli ilaç kullanımı yok	625	92,5
Antihistaminik	9	1,3
Kombine Oral Kontraseptif	6	,9
Levotiroksin	5	,7
Proton Pompa İnhibitörü	4	,6
Psikostimulan	4	,6
Antidepresanlar	10	1,4

Diğer*	13	2
Toplam	676	100,0
*Diğer grubu; antiaritmik, antidiyabetik, antifungal, intestinal antiinflamatuvar ilaç, kolşisin, non-steroid antiinflamatuvar ilaç, psikostimülan, vertigo grubu ilaçlardan oluşmaktadır.		

Tıp fakültesi öğrencilerinin psikiyatrik hastalık durumu Tablo 4.5’te sunulmuştur.

Tablo 4. 5. Tıp fakültesi öğrencilerinin psikiyatrik hastalık durumu (n=676)

	N	%
Psikiyatrik hastalık yok	638	94,4
Anksiyete	8	1,2
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	9	1,3
Depresyon	12	1,8
Obsesif Kompulsif Bozukluk	5	,7
Diğer*	4	,6
Toplam	676	100,0
*Diğer grubu; bipolar bozukluk, panik atak, sosyal fobi hastalıklarından oluşmaktadır.		

Tıp fakültesi öğrencilerinin kullandıkları psikiyatrik ilaçlar Tablo 4.6’da sunulmuştur.

Tablo 4. 6. Tıp fakültesi öğrencilerinin kullandıkları psikiyatrik ilaçlar (n=676)

	N	%
Psikiyatrik ilaç kullanımı yok	651	96,3
Psikostimülan	6	,9
Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü	16	2,4

Serotonin-Norepinefrin Geri Alım İnhibitörü	3	,4
Toplam	676	100,0

Tıp fakültesi öğrencilerinin sigaraya başlama yaşı $18,42 \pm 2,57$, sigara içme miktarı ise $3,49 \pm 2,55$ paketyıl olarak bulundu. Öğrencilerde sigara içme prevalansının %20,2 olduğu, öğrencilerin kaldıkları yerlerde sigara içenlere bakıldığında; %25,0'inin arkadaş, %10,9'unun baba, %7,7'sinin anne, %0,7'sinin eş ve %1'inin akraba cevabını verdikleri görüldü. Öğrencilere kararlı şekilde sigara bırakma deneyimi sorulduğunda; 58 kişi bu soruya evet cevabını verirken, Sigara bırakma denemesini 1-2 kez yapanların sayısı 65, 3-4 kez yapanların sayısı 26, 5 kez ve üzeri yapanların sayısı ise 18 olarak bulundu. Toplamda sigarayı bırakma süresi sorulduğunda; 1 yıl altı cevabını verenlerin sayısı 90, 1-3 yıl cevabını verenlerin sayısı 14, 6 yıl ve üstü cevabını verenlerin sayısı ise sadece 5 olarak bulundu. Sigara içen öğrencilerin sigaraya başlama nedenlerine bakıldığında; en sık arkadaş ortamı (36,8), sıkıntı-stres (25,7) ve keyif verici olması (19,9) cevaplarını verdikleri görüldü (Tablo 4.7).

Tablo 4. 7. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu (n=676)

	Ort±Ss
Sigaraya başlama yaşı (yıl)	18,42±2,57
Sigara içme miktarı (paketyıl)	3,49±2,55
	(n,%)
Öğrencilerde sigara kullanım durumu	
Kullanıyor	136 (20,2)
Kullanmıyor	505 (74,6)
Bırakmış	35 (5,2)
Öğrencilerde kaldıkları yerde sigara içen	

Hiç kimse yok	343 (50,7)
Anne	52 (7,7)
Baba	74 (10,9)
Eş	5 (0,7)
Arkadaş	169 (25,0)
Akraba	7 (1,0)
Diğer	11 (1,6)
Birden fazla kişi	15 (2,2)
Toplam	676 (100,0)
Öğrencilerde kararlı şekilde sigara bırakma deneyimi	
Evet	58 (42,6)
Hayır	78 (57,4)
Toplam	136 (100,0)
Sigara bırakma denemesi	
1-2 kez	65 (59,6)
3-4 kez	26 (23,9)
5 kez ve üzeri	18 (16,5)
Toplam	109 (100,0)
Toplamda sigarayı bırakma süresi	
1 yıl altı	90 (82,6)
1-3 yıl	14 (12,8)
6 yıl ve üstü	5 (4,6)
Toplam	109 (100,0)
Öğrencilerde sigaraya başlama nedeni	
Arkadaş ortamı	50 (36,8)
Keyif verici olması	27 (19,9)

Özenme	1 (0,7)
Sıkıntı-stres	35 (25,7)
Bir kereden bir şey olmaz	4 (2,9)
Diğer	1 (0,7)
Birden çok neden	18 (13,2)
Toplam	136 (100,0)



Tıp fakültesi öğrencilerinin düzenli ilaç kullanımı, psikiyatrik hastalık ve kronik hastalık varlığı ile sigara ve alkol kullanma durumları sınıflara göre karşılaştırıldığında; düzenli ilaç kullanım oranlarının genel olarak sınıflar arttıkça anlamlı şekilde arttığı ($p=0.003$), posthoc ileri analizler sonucunda istatistiksel anlamlılığın 6. sınıftaki öğrenciler ile 1. ve 2. sınıftaki öğrenciler arasındaki fark ile 5. sınıf öğrencileri ile 2. sınıf öğrencileri arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi ($p<0.008$). Kronik hastalık oranlarının genel olarak sınıflar arttıkça anlamlı şekilde arttığı ($p=0.011$), posthoc ileri analizler sonucunda istatistiksel anlamlılığın 6. sınıftaki öğrenciler ile 1. ve 2. sınıftaki öğrenciler arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi ($p<0.008$).

Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara kullanma oranlarının sınıflar arasında anlamlı fark yarattığı ($p<0.001$), posthoc ileri analizler sonucunda istatistiksel anlamlılığın 1. Sınıf öğrencileri ile 3, 4, 5 ve 6. Sınıflar, 2. Sınıf öğrencileri ile 5, 6. Sınıf öğrencileri arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.008$).

Sigaraya başlama yaşlarının 4,5 ve 6. sınıfta ilk 3 sınıfa göre yüksek olduğu ($p=0.006$), posthoc ileri analizler sonucunda istatistiksel anlamlılığın 5. sınıftaki öğrenciler ile 1. ve 2. sınıftaki öğrenciler arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi ($p<0.008$).

Sigara içme miktarının sınıflar arasında anlamlı fark yarattığı ($p<0.001$), aradaki farkın posthoc ileri analizler sonucunda 6. Sınıf ile ilk 5 sınıfta okuyan bütün öğrenciler arasında olduğu tespit edildi ($p<0.008$).

Alkol kullanma oranlarının sınıflar arasında anlamlı fark yarattığı ($p=0.001$), posthoc ileri analizler sonucunda istatistiksel anlamlılığın 2. Sınıf öğrencileri ile 3, 4, 5 ve 6. Sınıf öğrencileri arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.008$) (Tablo 4.8).

Tablo 4. 8. Tıp fakültesi öğrencilerinin düzenli ilaç kullanımı, psikiyatrik hastalık ve kronik hastalık varlığı ile sigara ve alkol kullanma durumlarının sınıflara göre karşılaştırılması

1. sınıf	2. sınıf	3. sınıf	4. sınıf	5. sınıf	6. sınıf	Toplam	<i>p</i>	<i>Posthoc</i>
(n=173)	(n=126)	(n=89)	(n=119)	(n=102)	(n=67)	(n=676)		

Düzenli ilaç kullanım durumu									
Var	11 (6,4)	4 (3,2)	9 (10,1)	9 (7,6)	13 (12,7)	13 (19,4)	59 (8,7)	0.003*	1<6
Yok	162 (93,6)	122 (96,8)	80 (89,9)	110 (92,4)	89 (87,3)	54 (80,6)	617 (91,3)		2<5,6
Psikiyatrik hastalık varlığı									
Var	9 (5,2)	7 (5,6)	8 (9,0)	8 (6,7)	8 (7,9)	9 (11,9)	48 (7,1)	0.496*	
Yok	164 (94,8)	119 (94,4)	81 (91,0)	111 (93,3)	93 (92,1)	59 (88,1)	627 (92,9)		
Psikiyatrik ilaç kullanımı									
Var	5 (2,9)	4 (3,2)	6 (6,7)	5 (4,2)	8 (7,9)	6 (9,0)	34 (5,0)	0.206*	
Yok	168 (97,1)	122 (96,8)	83 (93,3)	114 (95,8)	93 (18,3)	61 (91,0)	641 (95,0)		
Kronik hastalık varlığı									
Var	7 (4,0)	7 (5,6)	10 (11,2)	12 (10,1)	11 (10,8)	12 (17,9)	59 (8,7)	0.011*	1<6
Yok	166 (96,0)	119 (94,4)	79 (88,8)	107 (89,9)	91 (89,2)	55 (83,3)	617 (91,3)		2<6
Sigaraya başlama yaşı (yıl)	17,32±1,41	17,12±2,42	17,95±2,16	19,00±2,03	19,53±2,94	18,55±3,15	18,42±2,57	0.006**	1<5
Sigara içme miktarı (paketyıl)	2,16±1,60	3,65±2,82	3,75±1,88	2,84±2,04	2,68±2,01	6,23±2,91	3,49±2,55	<0.001**	6>1,2,3,4,5
Sigara kullanım durumu									1<3,4,5,6
Kullanıyor	19 (11,0)	17 (13,5)	21 (23,6)	30 (25,2)	28 (27,5)	22 (32,8)	137 (20,3)	<0.001*	2<5,6
Kullanmıyor/bırakmış	154 (89,0)	109 (86,5)	68 (76,4)	89 (74,8)	74 (72,5)	45 (67,2)	539 (79,7)		

Alkol kullanım durumu								2<3,4,5,6
Alkol kullanıyor	67 (38,7)	37 (29,4)	48 (53,9)	59 (49,6)	54 (52,9)	33 (49,3)	298 (44,1)	0.001*
Alkol kullanmıyor	106 (61,3)	89 (70,6)	41 (46,1)	60 (50,4)	48 (47,1)	34 (50,7)	378 (55,9)	

* Ki-kare testi (Post-hoc: Bonferroni düzeltilmeli Ki-kare testi)

(Post-hoc analizler için anlamlılık düzeyi $p<0.008$)

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı $2,93 \pm 2,30$ iken, Beck anksiyete ölçeği puanları $14,51 \pm 12,38$ olarak bulundu (Tablo 4.9).

Tablo 4. 9. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin FNBT ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları

	N	Minimum	Maximum	Median	Ort	Std. Sapma
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı	136	0	10	3	2,93	2,30
Beck anksiyete ölçeği puanı	676	0	63	12	14,51	12,38

Bütün katılımcılar “Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma” sorusuna en sık (%55,2) “Hiç” cevabını verirken, %1,3’ü “Ciddi düzeyde” cevabını vermiştir.

Bütün katılımcılar “Sıcak/ateş basmaları” sorusuna en sık (%50,0) “Hiç” cevabını verirken, %2,4’ü “Ciddi düzeyde” cevabını vermiştir.

Bütün katılımcılar “Bacaklarda halsizlik, titreme” sorusuna en sık (%54,4) “Hiç” cevabını verirken, %4,3’ü “Ciddi düzeyde” cevabını vermiştir.

Bütün katılımcılar “Gevşeyememe” sorusuna en sık (%51,9) “Hiç” cevabını verirken, %5,9’u “Ciddi düzeyde” cevabını vermiştir.

Bütün katılımcılar “Çok kötü şeyler olacak korkusu” sorusuna en sık (%41,4) “Hiç” cevabını verirken, %9,8’i “Ciddi düzeyde” cevabını vermiştir.

Bütün katılımcılar “Baş dönmesi veya sersemlik” sorusuna en sık (%53,1) “Hiç” cevabını verirken, %3,4’ü “Ciddi düzeyde” cevabını vermiştir.

Bütün katılımcılar “Kalp çarpıntısı” sorusuna en sık (%46,6) “Hiç” cevabını verirken, %5,0’i “Ciddi düzeyde” cevabını vermiştir.

Bütün katılımcılar “Dengenizi kaybedeceğiniz duygusu” sorusuna en sık (%63,8) “Hiç” cevabını verirken, %3,1’i “Ciddi düzeyde” cevabını vermiştir.

Bütün katılımcılar “Dehşete kapılma” sorusuna en sık (%59,5) “Hiç” cevabını

verirken, %5,2'si "Ciddi düzeyde" cevabını vermiştir.

Bütün katılımcılar "Sinirlilik" sorusuna en sık (%32,8) "Hiç" cevabını verirken, %10,7'si "Ciddi düzeyde" cevabını vermiştir.

Bütün katılımcılar "Boğuluyormuş gibi olma hissi" sorusuna en sık (%59,0) "Hiç" cevabını verirken, %4,9'u "Ciddi düzeyde" cevabını vermiştir.

Bütün katılımcılar "Ellerde titreme" sorusuna en sık (%55,8) "Hiç" cevabını verirken, %5,0'i "Ciddi düzeyde" cevabını vermiştir.

Bütün katılımcılar "Titreklik" sorusuna en sık (%66,0) "Hiç" cevabını verirken, %3,7'si "Ciddi düzeyde" cevabını vermiştir.

Bütün katılımcılar "Kontrolü kaybetme duygusu" sorusuna en sık (%62,0) "Hiç" cevabını verirken, %5,8'i "Ciddi düzeyde" cevabını vermiştir.

Bütün katılımcılar "Nefes almada güçlük" sorusuna en sık (%62,3) "Hiç" cevabını verirken, %4,4'ü "Ciddi düzeyde" cevabını vermiştir.

Bütün katılımcılar "Ölüm korkusu" sorusuna en sık (%70,4) "Hiç" cevabını verirken, %2,7'si "Ciddi düzeyde" cevabını vermiştir.

Bütün katılımcılar "Korkuya kapılma" sorusuna en sık (%53,0) "Hiç" cevabını verirken, %5,3'ü "Ciddi düzeyde" cevabını vermiştir.

Bütün katılımcılar "Midede hazımsızlık veya rahatsızlık hissi" sorusuna en sık (%43,2) "Hiç" cevabını verirken, %9,6'sı "Ciddi düzeyde" cevabını vermiştir.

Bütün katılımcılar "Baygınlık" sorusuna en sık (%79,9) "Hiç" cevabını verirken, %2,1'i "Ciddi düzeyde" cevabını vermiştir.

Bütün katılımcılar "Yüzün kızarması" sorusuna en sık (%56,5) "Hiç" cevabını verirken, %5,6'sı "Ciddi düzeyde" cevabını vermiştir.

Bütün katılımcılar "Terleme (sıcağa bağlı olmayan)" sorusuna en sık (%53,6) "Hiç" cevabını verirken, %5,3'ü "Ciddi düzeyde" cevabını vermiştir.

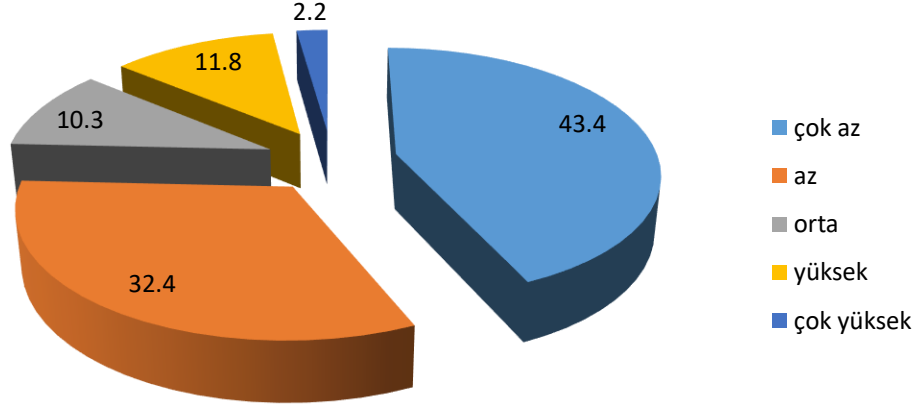
Tablo 4. 10. Bütün Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beck Anksiyete Ölçeği sorularına verdikleri cevapların dağılımı

	Hiç (n,%)	Hafif düzeyde (n,%)	Orta düzeyde (n,%)	Ciddi düzeyde (n,%)
1.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	373 (55,2)	193 (28,6)	101 (14,9)	9 (1,3)
2.Sıcak/ateş basmaları	338 (50,0)	197 (29,1)	125 (18,5)	16 (2,4)
3.Bacaklarda halsizlik, titreme	368 (54,4)	167 (24,7)	112 (16,6)	29 (4,3)
4.Gevşeyememe	351 (51,9)	155 (22,9)	130 (19,2)	40 (5,9)
5.Çok kötü şeyler olacak korkusu	280 (41,4)	177 (26,2)	153 (22,6)	66 (9,8)
6.Baş dönmesi veya sersemlik	359 (53,1)	185 (27,4)	109 (16,1)	23 (3,4)
7.Kalp çarpıntısı	315 (46,6)	182 (26,9)	145 (21,4)	34 (5,0)
8.Dengeyi kaybetme duygusu	431 (63,8)	152 (22,5)	72 (10,7)	21 (3,1)
9.Dehşete kapılma	402 (59,5)	158 (23,4)	81 (12,0)	35 (5,2)
10.Sinirlilik	222 (32,8)	219 (32,4)	163 (24,1)	72 (10,7)
11.Boğuluyormuş gibi olma duygusu	399 (59,0)	156 (23,1)	88 (13,0)	33 (4,9)
12.Ellerde titreme	377 (55,8)	158 (23,4)	107 (15,8)	34 (5,0)
13.Titreklilik	446 (66,0)	125 (18,5)	80 (11,8)	25 (3,7)
14.Kontrolü kaybetme korkusu	419 (62,0)	144 (21,3)	74 (10,9)	39 (5,8)
15.Nefes almada güçlük	421 (62,3)	162 (24,0)	63 (9,3)	30 (4,4)
16.Ölüm korkusu	476 (70,4)	131 (19,4)	51 (7,5)	18 (2,7)
17.Korkuya kapılma	358 (53,0)	196 (29,0)	86 (12,7)	36 (5,3)
18.Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	292 (43,2)	176 (26,0)	143 (21,2)	65 (9,6)

19.Baygınlık	540 (79,9)	91 (13,5)	31 (4,6)	14 (2,1)
20.Yüzün kızarması	382 (56,5)	180 (26,6)	76 (11,2)	38 (5,6)
21.Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)	362 (53,6)	167 (24,7)	111 (16,4)	36 (5,3)

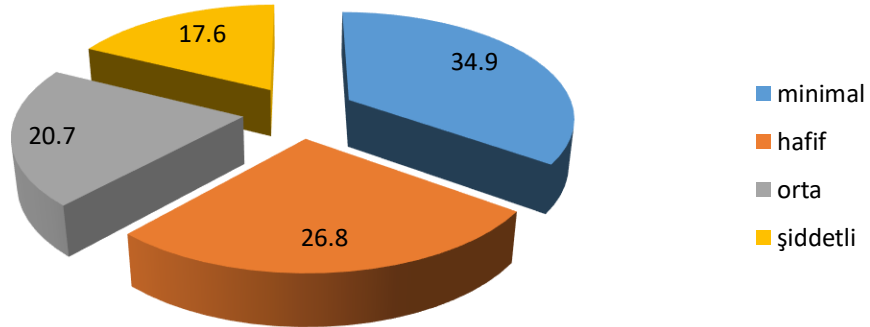


Sigara içen öğrencilerin nikotin bağımlılık düzeyleri (%)



Şekil 1. 1. Sigara içen öğrencilerin Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine göre nikotin bağımlılık düzeyleri

Bütün tıp fakültesi öğrencilerinin anksiyete düzeyleri%



Şekil 1. 2. Bütün Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beck Anksiyete Ölçeğine göre anksiyete düzeyleri

Tıp Fakültesi Öğrencilerinin FNBT puanlarının erkek öğrencilerde kızlara göre, BAÖ puanlarının ise tam tersi kız öğrencilerde erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu tespit edildi (sırasıyla $p=0.048$ ve $p<0.001$) (Tablo 4.11).

Tablo 4. 11. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin FNBT ve BAÖ puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	Median (min-maks) Ort±Ss	Z	p
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı	Kadın	68	3 (0-7) (2,51±2,13)	-1,976	0.048*
	Erkek	68	3 (0-7) (3,35±2,40)		
Beck Anksiyete Ölçeği puanı	Kadın	423	14 (0-62)	-4,478	<0.001*
	Erkek	253	9 (0-51)		
* Mann Whitney U Testi					

Tıp Fakültesi Öğrencilerinin FNBT puanlarının sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı ($p=0.705$), buna karşın BAÖ puanlarının ise sınıflar arasında anlamlı fark ortaya koyduğu, bu farkın BAÖ puanlarının 2. ve 3. sınıftaki öğrencilerde, 6. Sınıftaki öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olması nedeniyle ortaya çıktığı belirlendi ($p=0.036$) (Tablo 4.12).

Tablo 4. 12. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin FNBT ve BAÖ puanlarının sınıflara göre karşılaştırılması

	Sınıf	n	Median (min-maks) Ort±Ss	Kruskal Wallis H	p	Posthoc
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı	1	19	2 (0-9) (3,42±2,79)	2,970	0.705*	-
	2	17	3 (0-6) (3,00±1,41)			
	3	20	2,5 (0-6) (2,45±1,95)			
	4	28	2 (0-10)			

			(2,68±2,74)			
	5	30	3,5 (0-6) (2,80±2,28)			
	6	22	3 (0-7) (3,41±2,17)			
Beck Anksiyete Ölçeği puanı	1	17 2	12 (0-57) 14,79±12,45	11,946	0.036*	6<2 6<3
	2	12 6	15 (0-50) 15,67±11,05			
	3	89	13,0 (0-51) 15,91±12,46			
	4	11 9	10 (0-62) 13,62±13,64			
	5	10 2	11 (0-46) 14,47±12,81			
	6	67	7 (0-53) 11,43±11,16			
* Kruskal Wallis Testi (Post hoc:Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U Testi) (Post-hoc analizler için anlamlılık düzeyi p<0.008)						

Tıp Fakültesi Öğrencilerinin FNBT ve BAÖ puanlarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklar yaratmadığı belirlendi (p=0.927 ve p=0.695) (Tablo 4.13).

Tablo 4. 13. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin FNBT ve BAÖ puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması

	Medeni durum	n	Median (min-maks) Ort±Ss	Z	p
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı	Bekar	662	3 (0-10) (2,92±2,30)	-0,091	0.927*
	Evli	14	2 (2-7) (3,25±2,50)		
Beck Anksiyete Ölçeği puanı	Bekar	662	12 (0-62)	-0,392	0.695*
	Evli	14	12 (2-39)		
* Mann Whitney U Testi					

Tıp Fakültesi Öğrencilerinin FNBT ve BAÖ puanlarının aile tipine göre istatistiksel olarak anlamlı farklar yaratmadığı belirlendi ($p=0.310$ ve $p=0.665$) (Tablo 4.14).

Tablo 4. 14. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin FNBT ve BAÖ puanlarının aile tipine göre karşılaştırılması

	Aile tipi	n	Median (min-maks) Ort±Ss	Kruskal Wallis H	p
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı	Çekirdek aile	121	3 (0-9) (2,99±2,23)	2,342	0.310*
	Geniş aile	9	3 (0-10) (3,00±3,46)		
	Diğer	6	2 (0-4) (1,67±1,50)		
Beck Anksiyete Ölçeği puanı	Çekirdek aile	557	11 (0-62) (14,33±12,12)	0,817	0.665*
	Geniş aile	86	13 (0-51) (15,80±13,33)		
	Diğer	33	14 (0-46) (14,30±14,23)		
* Mann Whitney U Testi					

Tıp Fakültesi Öğrencilerinin FNBT puanlarının aylık gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı ($p=0.486$), buna karşın BAÖ puanlarının ise gelir durumuna göre anlamlı bir fark ortaya koyduğu ($p=0.003$), bu farkın BAÖ puanlarının geliri giderinden az olan öğrencilerde [16 (0-62)], gelir seviyesi giderine eşit öğrencilere göre [10 (0-46)] istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olması nedeniyle ortaya çıkmış olduğu görüldü ($p=0.001$) (Tablo 4.15).

Tablo 4. 15. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin FNBT ve BAÖ puanlarının aylık gelir durumuna göre karşılaştırılması

	Aylık gelir durumu	n	Median (min-maks) Ort±Ss	Kruskal Wallis H	p	Posthoc
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı	Geliri giderinden fazla	54	3 (0-7) (2,69±2,28)	1,445	0.486*	-
	Geliri giderine eşit	62	3 (0-10) (2,95±2,25)			
	Geliri giderinden az	20	3,5 (0-9) (3,55±2,50)			
Beck Anksiyete Ölçeği puanı	Geliri giderinden fazla	28 9	12 (0-57) (14,88±12,28)	11,684	0.003*	Gelir gidere eşit < Gelir giderden az
	Geliri giderine eşit	30 2	10 (0-46) (12,84±10,99)			
	Geliri giderinden az	85	16 (0-62) (19,20±15,76)			
* Kruskal Wallis Testi (Post hoc:Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U Testi) (Post-hoc analizler için anlamlılık düzeyi p<0.008)						

Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının sigara içme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı, genel olarak puanların sigara kullanmayanlarda en düşük [11 (0-62)], sigarayı bırakanlarda ise en yüksek [15 (1-39)] seviyelerde olduğu, bu farkın ise anlamlı bulunmasa da anlamlılık düzeyine oldukça yakın seviyede olduğu saptandı (p=0.079) (Tablo 4.16).

Tablo 4. 16. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin BAÖ puanlarının sigara kullanma durumuna göre karşılaştırılması

	Sigara kullanma durumu	n	Median (min-maks) Ort±Ss	Kruskal Wallis H	p
Beck Anksiyete Ölçeği puanı	Kullanıyor	137	12 (0-61) 15,66±14,27	5,075	0.079*
	Kullanmıyor	504	11 (0-62) 13,97±11,86		
	Bıraktı	35	15 (1-39) 17,88±11,18		
* Kruskal Wallis Testi (Post hoc:Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U Testi)					

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanlarının alkol kullanma durumuna göre anlamlı fark yaratmadığı ve alkol tüketim gruplarında benzer düzeylerde olduğu (p=0.235), Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının ise haftada en fazla bir kez veya birden fazla kez alkol kullandığını ifade edenlerde, hiç alkol tüketmeyen veya nadiren alkol tüketenlere göre daha düşük düzeylerde olduğu tespit edilse de bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (p=0.233) (Tablo 4.17).

Tablo 4. 17. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin BAÖ puanlarının alkol kullanma durumuna göre karşılaştırılması

	Alkol kullanma durumu	n	Median (min-maks) Ort±Ss	Kruskal Wallis H	p
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı	Alkol kullanmıyorum	26	3 (0-6) 3,00±2,00	1,383	0.235*
	Çok nadiren	41	2 (0-9) 2,29±2,41		
	Ayda en fazla bir kez	30	3 (0-7) 3,00±2,31		
	Haftada en fazla bir kere	24	3 (0-7) 3,21±2,46		
	Haftada birden fazla kez	7	3 (2-6) 3,43±1,13		
	Diğer	7	4 (2-10) 4,43±2,57		

Beck Anksiyete Ölçeği puanı	Alkol kullanmıyorum	378	13,5 (0-61) 13,54±11,79	1,370	0.233*
	Çok nadiren	148	13 (0-62) 15,83±12,78		
	Ayda en fazla bir kez	76	14 (0-50) 16,26±12,98		
	Haftada en fazla bir kere	49	10 (0-60) 14,91±14,97		
	Haftada birden fazla kez	12	9,5 (0-33) 12,75±10,58		
	Diğer	11	19 (0-33) 18,27±10,03		
* Kruskal Wallis Testi (Post hoc:Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U Testi)					

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanlarının kronik hastalığı bulunan öğrencilerde bulunmayanlara göre daha düşük düzeylerde olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p=0.242$). Tam tersi Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının ise kronik hastalığı bulunan öğrencilerde daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın anlamlılığa yakın olmak birlikte istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p=0.076$) (Tablo 4.18).

Tablo 4. 18. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin FNBT ve BAÖ puanlarının kronik hastalık varlığına göre karşılaştırılması

	Kronik hastalık varlığı	n	Median (min-maks) Ort±Ss	Z	p
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı	Var	13	2 (0-7) 2,23±2,20	-1,170	0.242*
	Yok	23	3 (0-10) 3,01±2,31		
Beck Anksiyete Ölçeği puanı	Var	59	15 (0-60) 17,49±14,13	-1,773	0.076*
	Yok	61 7	11 (0-62) 14,23±12,17		
* Mann Whitney U Testi					

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanlarının düzenli ilaç kullanımı bulunan ve bulunmayan öğrencilerde benzer düzeylerde olduğu ve aradaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p=0.155$). Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının ise düzenli ilaç kullanımı bulunan öğrencilerde daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın anlamlılığa yakın olmak birlikte istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p=0.094$) (Tablo 4.19).

Tablo 4. 19. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin FNBT ve BAÖ puanlarının düzenli ilaç kullanım durumuna göre karşılaştırılması

	Düzenli ilaç kullanımı	n	Median (min-maks) Ort±Ss	Z	p
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı	Var	18	3 (0-7) 3,61±2,09	-1,422	0.155*
	Yok	118	3 (0-10) 2,83±2,32		
Beck Anksiyete Ölçeği puanı	Var	59	16 (0-53) 17,93±14,74	-1,675	0.094*
	Yok	617	11 (0-62) 14,19±12,09		
* Mann Whitney U Testi					

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanlarının psikiyatrik hastalığı bulunan ve bulunmayan öğrencilerde benzer düzeylerde olduğu ve aradaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p=0.202$). Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının ise psikiyatrik hastalığı bulunan öğrencilerde [22,5 (0-53)], psikiyatrik hastalığı bulunmayanlara göre [11 (0-62)] daha yüksek olduğu ve aradaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0.001$) (Tablo 4.20).

Tablo 4. 20. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin FNBT ve BAÖ puanlarının psikiyatrik hastalık varlığına göre karşılaştırılması

	Psikiyatrik hastalık varlığı	n	Median (min-maks) Ort±Ss	Z	p
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı	Var	16	3,5 (0-7) 3,50±2,03	-1,276	0.202*
	Yok	120	3 (0-10) 2,86±2,33		
Beck Anksiyete Ölçeği puanı	Var	48	22,5 (0-53) 22,87±15,32	-4,058	<0.001*
	Yok	627	11 (0-62) 13,89±11,90		
* Mann Whitney U Testi					

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanlarının psikiyatrik ilaç kullanan ve kullanmayan öğrencilerde benzer düzeylerde olduğu ve aradaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi (p=0.919). Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının ise ilaç kullanan öğrencilerde [22,5 (0-51)], psikiyatrik ilaç kullanmayanlara göre [11 (0-62)] daha yüksek olduğu ve aradaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p=0.001) (Tablo 4.21).

Tablo 4. 21. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin FNBT ve BAÖ puanlarının psikiyatrik ilaç kullanım durumuna göre karşılaştırılması

	Psikiyatrik ilaç kullanımı	n	Median (min-maks) Ort±Ss	Z	p
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı	Var	10	3 (0-6) 2,90±2,13	-0,101	0.919*
	Yok	126	3 (0-10) 2,94±2,32		
Beck Anksiyete Ölçeği puanı	Var	34	22,5 (0-51) 23,11±15,84	-3,345	0.001*
	Yok	641	11 (0-62) 14,07±12,02		
* Mann Whitney U Testi					

Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine göre çok az bağımlı olanlarda en düşük ($13,89 \pm 14,41$), çok yüksek derecede bağımlı olanlarda en yüksek düzeylerde olduğu ($23,66 \pm 15,50$), genel olarak bağımlılık derecesine arttıkça anksiyete puanlarının da arttığı tespit edilse de aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p=0.270$) (Tablo 4.22).

Tablo 4. 22. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin FNBT'ye göre nikotin bağımlılık düzeyleri ile Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	n	Beck Anksiyete Ölçeği puanı Median (min-maks) Ort±Ss	Kruskal Wallis H	p
Çok az bağımlı	59	10 (0-60) 13,89±14,41	5,173	0.270*
Az bağımlı	44	17 (0-50) 16,95±12,67		
Orta derecede bağımlı	14	14 (2-35) 17,50±11,24		
Yüksek derecede bağımlı	16	8,5 (0-61) 17,00±19,48		
Çok yüksek derecede bağımlı	3	24 (8-39) 23,66±15,50		
* Kruskal Wallis Testi (Post hoc:Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U Testi)				

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmedi ($r=0.141$, $p=0.102$) (Tablo 4.23).

Tablo 4. 23. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile Beck Anksiyete Ölçeği arasındaki korelasyon

		Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
Beck anksiyete ölçeği puanı	Korelasyon Katsayısı	0,141
	p	0,102
	N	136
Spearman korelasyon analizi		

Beck Anksiyete Ölçeği cronbach alfa değerinin 0.938 düzeyinde olduğu belirlendi.

Tablo 4. 24. Beck Anksiyete Ölçeği iç tutarlılık analizi

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BECK1	13,89	141,464	,604	,936
BECK2	13,78	140,040	,632	,935
BECK3	13,81	138,508	,668	,935
BECK4	13,72	137,952	,648	,935
BECK5	13,51	137,015	,643	,935
BECK6	13,82	139,700	,635	,935
BECK7	13,67	137,912	,669	,935
BECK8	13,98	139,660	,684	,934
BECK9	13,89	138,095	,694	,934
BECK10	13,39	139,791	,537	,937
BECK11	13,88	139,020	,648	,935
BECK12	13,81	138,110	,673	,935
BECK13	13,98	138,992	,687	,934
BECK14	13,91	138,933	,643	,935
BECK15	13,96	139,871	,645	,935
BECK16	14,09	142,577	,573	,936
BECK17	13,81	138,779	,661	,935
BECK18	13,54	138,631	,573	,937
BECK19	14,23	144,706	,526	,937
BECK20	13,86	140,183	,589	,936
BECK21	13,78	139,855	,582	,936

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Küresel olarak en sık kullanılan tütün ürünü sigaradır. Sigara ile alakalı hastalıklar arasında en sık akciğer hastalıkları görülür. Bu hastalıklar sıklıkla kronik bronşit, pnömoni, astım, KOAH gibi hastalıklardır.

Dünyada ve ülkemizde sigara çok önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Elde edilmesi kolay, kullanımının yasal olmasından dolayı sigara bağımlılığı en yaygın rastlanan ve en önemli madde bağımlılığıdır [13].

Dünyada her yıl 8 milyon kişi tütün ürünü kullanımına bağlı hastalıklar sebebiyle yaşamını yitirmektedir. Bu ölümlerin 6 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımının sonucu iken 1 milyondan fazla kişi de tütün ürünü kullandığı için değil tütün ürünü dumana maruz kaldığı için hayatını kaybetmektedir. Ülkemizde de her yıl yaklaşık 100.000 kişi tütün kullanımına bağlı hastalıklar sebebiyle hayatını kaybetmektedir [16].

Anksiyete, kişinin içinden gelen kötü bir şey olacak hissi, sıkıntı, heyecan, sinirlilik ve çarpıntı, titreme, nefes alma güçlüğü gibi fizyolojik durumları da içeren bir duygulanımdır [6]. Sigara kullanımı ve anksiyete bozuklukları arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Ayrıca ruhsal hastalığı olan bireyler sigaraya daha erken yaşta başlama, daha yoğun sigara içme ve genel nüfusa göre daha fazla sigara bağımlısı olma eğilimindedir [26].

Bu çalışmada tıp faültesi öğrencilerinin nikotin bağımlılık düzeyi ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin araştırılması planlanmıştır.

Çalışmamıza katılan 676 öğrencinin yaş ortalaması $21,55 \pm 2,29$ yıldır. Yıldırım ve arkadaşlarının Konya’da tıp fakültesi öğrencileri ile yaptıkları çalışmada katılımcıların yaş ortalaması $22,31 \pm 2,20$ yıl olarak bulunmuştur [46]. Turan ve arkadaşlarının Düzce’de yaptıkları tıp fakültesi öğrencilerinin tütün kullanım durumunu araştıran çalışmada katılımcıların yaş ortalaması $21,6 \pm 2,3$ yıl saptanmıştır [47]. Dağtekin ve arkadaşları tarafından Eskişehir’de tıp fakültesi öğrencilerinin sigara tüketimi ve algıladıkları stresle ilgili yapılan çalışmada öğrencilerin yaş ortalaması $21,15 \pm 2,08$ yıl bulunmuştur [48]. Pazdro-Zastawny ve arkadaşlarının Polonya’da yaptıkları çalışmada öğrencilerin yaş ortalaması $21,6 \pm 2,1$ yıl tespit edilmiştir [49]. Literatüre bakıldığında çalışmamıza benzer popülasyonlarla nikotin bağımlılığı ve anksiyete arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar yapılmıştır.

Çalışmamıza katılan tıp fakültesi öğrencilerinin %62,6’sı kadın, %37,4’ü erkekti. Yıldırım ve arkadaşlarının Konya’da tıp fakültesi öğrencileri ile yaptıkları çalışmada katılımcıların %59’u kadın olduğu tespit edilmiştir [46]. İlhan ve arkadaşlarının Ankara’da tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumları ile ilgili yaptıkları çalışmada katılımcıların %52,8’i kadın olduğu saptanmıştır [50]. Abay ve arkadaşlarının Edirne’de tıp fakültesi öğrencileriyle yaptıkları çalışmada katılımcıların %56,5’inin kadın olduğu görülmüştür [51]. Baykan ve arkadaşlarının Kayseri’de tıp fakültesi öğrencilerinin sigara kullanım durumunu inceleyen çalışmasında katılımcıların %52,0’inin kadın olduğu saptanmıştır [52]. Literatür incelendiğinde çalışmaların çoğunda kadın cinsiyet oranı çalışmamızla benzer şekilde yüksek bulunmuştur. Bu durumun çalışmalara katılımı kadın katılımcıların erkeklere göre daha fazla gönüllü olmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Katılımcıların %97,9’u bekâr, %2,1’i evli idi. Kılıç ve arkadaşlarının Ankara’da tıp fakültesi öğrencilerinin sigara kullanımı hakkında tutumlarını inceleyen çalışmada katılımcıların %98,4’ünün bekâr olduğu görülmüştür [53]. Karabiber ve arkadaşları tarafından Hatay’da tıp fakültesi öğrencilerinin tütün kullanımı hakkındaki tutum ve davranışlarını inceleyen çalışmada katılımcıların %98,7’sinin bekâr olduğu

saptanmıştır [54]. Literatüre bakıldığında çalışmamıza benzer şekilde öğrencilerle araştırma yapıldığından medeni durum oranları benzer bulunmuştur.

Çalışmamızdaki katılımcıların %82,4'ünün çekirdek aileye sahip olduğu tespit edildi. Kartal ve arkadaşları tarafından Samsun'da tıp fakültesi öğrencilerinde sigara kullanımını ve yaşam kalitelerine etkisini araştıran çalışmada öğrencilerin %90,9'unun çekirdek aileye sahip olduğu saptanmıştır [55]. Yüksel ve arkadaşları tarafından Çanakkale'de tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan çalışmada öğrencilerin %84,5'inin çekirdek aileye sahip olduğu bulunmuştur [56]. Çalışmamızda literatüre benzer şekilde öğrencilerin çoğunluğunun çekirdek aile yapısına sahip olduğu görülmüştür. Bu durumun dünyada ve ülkemizde gittikçe artan bireyselleşmeden kaynaklandığı düşünülebilir.

Katılımcıların %33,0'ünün annesinin, %49,2'sinin babasının üniversite mezunu olduğu saptandı. Pesen ve arkadaşlarının Düzce'de tıp fakültesi öğrencileri ile yaptıkları anksiyete düzeyini inceleyen çalışmada öğrencilerin %26,53'nün annesinin, %48,77'sinin babasının yükseköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir [57]. Abay ve arkadaşlarının Edirne'de yaptıkları çalışmada öğrencilerin %32,9'unun annesinin, %50,9'unun babasının yüksekokul/üniversite mezunu olduğu saptanmıştır [51]. Tözün ve arkadaşları tarafından İzmir'de tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını değerlendiren çalışmada öğrencilerin %54,3'ünün annesinin, %63,6'sının babasının üniversite mezunu olduğu görülmüştür [58]. Çalışmamızda literatüre benzer şekilde katılımcıların çoğunluğunun anne ve babalarının üniversite mezunu oldukları görülmüştür. Günümüzde üniversite mezuniyet durumunun iş sahibi olmayı kolaylaştığı bu nedenle katılımcıların anne ve babalarının çoğunluğunun üniversite mezunu olmaları bu durumun sebebi olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %44,7'sinin gelirinin giderine eşit, %42,8'inin gelirinin giderinden fazla, %12,5'inin gelirinin giderinden az olduğu tespit edildi. Yüksel ve arkadaşları tarafından Çanakkale'de tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan çalışmada %52,0'ının gelirinin giderine eşit olduğu saptanmıştır [56]. Şahin ve arkadaşları

tarafından Denizli’de tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan çalışmada öğrencilerin %54,8’inin gelir düzeyini orta olarak ifade ettiği görülmüştür [59]. Literatüre bakıldığında çalışmamıza benzer popülasyonlarda yapılan çalışmalarda katılımcıların gelirinin giderine eşit olduğu bulunmuştur. Bu durumun öğrencilerin farklı bir şehirde mevcut maddi durumunu yönetme ve geçimini sağlama konusunda gelir-gider dengesini sağlayarak ekonomik durumunu yönetmelerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda öğrencilerin %50,1’inin yurttan, %22’sinin tek başına evde, %13,9’unun arkadaşları ile birlikte evde, %11,7’sinin ailesi ile birlikte kaldığı saptandı. Turan ve arkadaşlarının Düzce’de yaptıkları çalışmada öğrencilerin %32,8’inin yurttan, %31,9’unun tek başına evde, %23,1’inin arkadaşları ile birlikte evde, %11,2’sinin ailesi ile birlikte evde kaldığı tespit edilmiştir [47]. Arslan ve arkadaşları tarafından Aydın’da yapılan çalışmada öğrencilerin %54,6’sının yurttan, %27,1’inin arkadaşları ile birlikte, %9,7’sinin tek başına evde, %8,6’sının ise ailesi ve diğer yakınları ile kaldığı görülmüştür [60]. Literatüre bakıldığında çalışmamıza benzer şekilde öğrencilerin büyük çoğunluğunun yurttan kaldığı görülmüştür. Üniversitede arkadaş ortamına ve okuldaki derslere ve akademik sorumluluklara alışmaya kadar öğrenciler güvenilir, rahat bir ortamda kalmayı planlamış olabilirler.

Çalışmamızda öğrencilerin %56,1’i alkol kullanmadığını ifade ederken, %43,9’u alkol kullandığını ifade etti. Şahin ve arkadaşlarının Denizli’de tıp fakültesi öğrencileri ile yaptıkları araştırmada öğrencilerin %39,6’sının alkol kullandığı saptanmıştır [59]. Orak ve arkadaşlarının Isparta’da Süleyman Demirel Üniversitesi’ndeki öğrencilerin sigara, alkol alışkanlıkları ve sosyokültürel özelliklerini inceledikleri çalışmada öğrencilerin %15,0’ının alkol kullandığı tespit edilmiştir [61]. Literatüre bakıldığında çalışmaların yapıldığı coğrafik bölgeler ve sosyokültürel özelliklerden dolayı alkol kullanım oranları arasında farklılıklar olduğu düşünülebilir.

Öğrencilerin annelerinde sigara içme oranlarının %17,8 olduğu, babalarında bu oranın %34,3 olduğu belirtildi. Baykan ve arkadaşları tarafından Kayseri’de yapılan çalışmada öğrencilerin %13,0’ının annesinin, %31,5’inin babasının sigara içtiği saptanmıştır [52]. Özyurt tarafından Manisa’da tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan çalışmada öğrencilerin %9,8’inin annesinin, %14,2’sinin babasının sigara içtiği görülmüştür [62]. Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda anne sigara içme oranları baba sigara içme oranlarından düşük ve çalışmamızla benzer bulunmuştur. Sosyokültürel özellikler, çalışma hayatındaki sorumluluklar ve problemler dolayısıyla sigara içme oranları yüksek saptanmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin kronik hastalık prevalansının %7,5 olduğu saptandı. Konar tarafından Kırşehir’de yapılan çalışmada öğrencilerin %8,5’inin kronik bir hastalığı olduğu görülmüştür [63]. Ceylan ve arkadaşları tarafından İstanbul’da sigara bağımlılarının anksiyete ve depresyon düzeylerini inceledikleri çalışmada katılımcıların %5,9’unun kronik bir hastalığı olduğu tespit edilmiştir [64]. Literatüre bakıldığında çalışmamıza benzer şekilde tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan çalışmalarda kronik hastalık prevalansları düşük bulunmuştur. Öğrencilerin sağlıkla ilgili bölümlerde olmaları ve farkındalıkları ve bilgi düzeylerinin yüksek olması nedeniyle kronik hastalık prevalanslarının düşük olduğu düşünülebilir.

Öğrencilerin %7,5’inin düzenli ilaç kullandıkları tespit edildi. Konar tarafından Kırşehir’de yapılan çalışmada öğrencilerin %12,0’ının düzenli ilaç kullandıkları saptanmıştır [63]. Ergan ve arkadaşları tarafından bir üniversitede diş hekimliği fakültesinde öğrenim gören dördüncü ve beşinci sınıf öğrencileri ile yapılan çalışmada öğrencilerin %2,5’inin düzenli ilaç kullandığı görülmüştür [65]. Çalışmamızda düzenli ilaç kullanım oranları literatür bulgularıyla benzer olarak görülmüştür. Bu durumun tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığının daha yüksek buna bağlı olarak ilaç kullanım oranlarının düşük olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %5,6’sında psikiyatrik bir hastalık bulunduğu saptandı. Saatçioğlu ve arkadaşları tarafından İstanbul’da yaptıkları üniversite öğrencilerinde

sigara kullanımının depresyon ve anksiyete ile ilişkisini araştıran çalışmada katılımcıların %11,5'inin psikolojik rahatsızlığı olduğu görülmüştür [66]. Ceylan ve arkadaşları tarafından İstanbul'da sigara bağımlılarının anksiyete ve depresyon düzeylerini inceledikleri çalışmada katılımcıların %3,0'nın psikolojik bir hastalığının olduğu tespit edilmiştir [64]. Literatüre bakıldığında çalışmamıza benzer ve farklı oranlarda psikiyatrik hastalık öyküsü tespit edilmiştir. Bireylerin çevresel olaylara, stres faktörlerine verdikleri yanıtların farklılığı bu nedenle psikiyatrik hastalık oranlarının farklılık gösterdiği düşünülebilir.

Çalışmadaki öğrencilerin %3,7'sinin psikiyatrik ilaç kullandıkları tespit edildi. Peker ve arkadaşları tarafından Erzurum'da ergenlerin kaygı, sosyal destek ve psikolojik sağlamlık düzeyleriyle ilişkisini inceleyen çalışmada katılımcıların %3,5'inin psikolojik tedavi gördüğü saptanmıştır [67]. Aktan ve arkadaşları tarafından Afyon'da tıp fakültesi öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin %5,1'inin psikiyatrik ilaç kullandığı bulunmuştur [68]. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında çalışmamıza benzer oranlarda psikiyatrik ilaç kullanımı görülmüştür.

Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara başlama yaşı $18,42 \pm 2,57$ olarak bulundu. Mayda ve arkadaşlarının Düzce'de tıp fakültesi öğrencileri ile yaptıkları araştırmada öğrencilerin sigaraya başlama ortalama yaşı $16,9 \pm 2,9$ bulunmuştur [69]. Kartal ve arkadaşları tarafından Samsun'da yapılan çalışmada katılımcıların sigaraya başlama yaşı $17,18 \pm 2,77$ yıl bulunmuştur [55]. Alaçam ve arkadaşlarının Denizli'de üniversite öğrencileri ile yaptıkları araştırmada öğrencilerin sigaraya başlama yaş ortalaması $16,21 \pm 2,72$ tespit edilmiştir [70]. Çalışmamızda ve literatürde benzer şekilde sigaraya başlama yaş ortalamalarının 18 yaş ve altında olduğu görülmüştür. Günümüz şartlarında akranlar arasında çok küçük yaşlarda sigara deneyiminin yaygınlaştığı görülmektedir.

Öğrencilerin sigara içme miktarı $3,49 \pm 2,55$ paketyıl olarak saptandı. Marakoğlu ve arkadaşları tarafından Konya'da sigara bırakma polikliniğine başvuran bireylerin nikotin bağımlılığı ile depresyon-anksiyete arasındaki ilişkisi ve sigara bırakma

sonuçlarına etkisini araştıran çalışmada katılımcıların sigara içme miktarı $24,00 \pm 19,28$ paketyıl olarak bulunmuştur [33]. Literatürdeki çalışmalarda farklı çalışma gruplarında çalışıldığından sigara kullanım miktarlarının çalışmamızdan farklı olduğu görülmüştür.

Öğrencilerde sigara içme prevalansının %20,2 olduğu tespit edildi. Baştürk ve arkadaşlarının İzmir’de tıp fakültesi öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin %16,0’ının sigara kullandığı saptanmıştır [71]. Bayar ve arkadaşları tarafından Samsun’da tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan çalışmada öğrencilerin %18,8’inin sigara kullandığı görülmüştür [72]. Ataoğlu ve arkadaşları tarafından İstanbul’da spor bilimleri ve tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerini ve beslenme alışkanlıklarını inceleyen çalışmada öğrencilerin %15,9’unun sigara kullandığı bulunmuştur [73]. Literatür incelendiğinde çalışmamıza benzer oranlarda sigara içme prevalansı görülmüştür. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigaranın zararlarını ve sağlığa etkilerini bildiklerinden sigara içme prevalansları düşük tespit edilmiş olabilir.

Öğrencilerin kaldıkları yerlerde sigara içenlere bakıldığında; %25,0’inin arkadaş, %10,9’unun baba, %7,7’sinin anne, %0,7’sinin eş ve %1’inin akraba cevabını verdikleri görüldü. Kartal ve arkadaşları tarafından Samsun’da yapılan çalışmada öğrencilerin %45,3’ünün yaşadığı yerde sigara içen bireylerin olduğu görülmüştür [55]. Literatüre bakıldığında çalışmamıza benzer şekilde öğrencilerin kaldıkları yerlerde sigara içen kişilerin bulunduğu gözlenmiştir.

Sigara içen öğrencilerin sigaraya başlama nedenlerine bakıldığında %36,8’inin arkadaş ortamı, %25,7’sinin sıkıntı-stres ve %19,9’unun keyif verici olması cevaplarını verdikleri görüldü. Er ve arkadaşları tarafından Zonguldak’ta tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme davranışları ve anksiyete düzeylerinin inceleyen çalışmada öğrencilerin sigaraya başlama nedeni olarak en sık verdiği yanıtların %50,8 arkadaş ve çevre, %38,3 stres, %33,3 ile merak olduğu saptanmıştır [74]. Çilingir ve arkadaşları tarafından Trabzon’da sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sigara kullanma alışkanlıklarını inceleyen çalışmada öğrencilerin sigaraya başlama nedeni olarak

%62,5 arkadaş çevresi, %34,3 özentisi, %8,3 ailenin sigara kullanması cevaplarını verdiği saptanmıştır [75]. Literatürde ve çalışmamızda öğrencilerin sigaraya başlama nedeni olarak en fazla arkadaş ortamı sonrasında sıkıntı-stres nedeniyle olduğu gözlenmiştir. Öğrencilerin arkadaş ortamında sigara deneyimi, sıkıntı-stres durumunda sigaraya başvurması sigara başlama nedenleri arasındadır.

Çalışmamızda Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan ortalaması $2,93 \pm 2,30$ olarak bulundu. Literatüre bakıldığında Alvur ve arkadaşları tarafından Kocaeli’nde tıp fakültesi öğrencilerinde sigara kullanım düzeylerini inceleyen çalışmada öğrencilerin FNBT skorlarının ortalaması $2,5 \pm 2,17$ bulunmuştur [76]. Kaptanoğlu ve arkadaşları tarafından İstanbul’da Marmara Üniversitesi öğrencilerinde ve öğretim üyelerinde sigara alışkanlığı ve durağan maliyet ilişkisini inceleyen çalışmada öğrencilerin FNBT puanı ortalaması $4,1 \pm 1,9$ saptanmıştır [77].

Sigara kullanan öğrencilerin Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine göre nikotin bağımlılık düzeyleri %43,4 çok az, %32,4 az, %10,3 orta, %11,8 yüksek, %2,2 çok yüksek olarak saptandı. Literatür incelendiğinde Alvur ve arkadaşları tarafından Kocaeli’nde tıp fakültesi öğrencilerinde sigara kullanım düzeylerini inceleyen çalışmada öğrencilerin Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine göre %52,1’inin çok düşük düzeyde, %27,3’ünün düşük düzeyde, %9,7’sinin orta düzeyde, %10,5’inin yüksek düzeyde ve %0,4’ünün ise çok yüksek düzeyde bağımlı olduğu görülmüştür [76].

Tıp fakültesi öğrencilerinin FNBT puanlarının erkek öğrencilerde kızlara göre yüksek düzeylerde olduğu tespit edildi. Literatür incelendiğinde Çakmur ve arkadaşları tarafından Kars’ta tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumlarını ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada erkek katılımcıların FNBT puan ortalamalarının kadın katılımcıların FNBT puan ortalamalarından yüksek olduğu görülmüştür [78].

Öğrencilerin FNBT puanlarının sınıflar arasında fark yaratmadığı belirlendi. Literatür incelendiğinde Alvur ve arkadaşları tarafından Kocaeli’nde tıp fakültesi öğrencilerinde sigara kullanım düzeylerini inceleyen çalışmada öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflar arasında FNBT skorları bakımından anlamlı farklılık saptanmamıştır [76]. Çakmur ve arkadaşları tarafından Kars’ta tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan çalışmada FNBT puanları ile sınıf düzeyleri arasında fark görülmemiştir [78].

Çalışmamızda katılımcıların FNBT puanları ile medeni durum arasında fark olmadığı belirlendi. Literatüre bakıldığında Öztürk ve arkadaşları tarafından İstanbul’da bireylerde sigara içme ile anksiyete arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada katılımcıların FNBT puanları ile medeni durum arasında fark olmadığı saptanmıştır [79].

Öğrencilerin FNBT puanlarının aile tipine göre fark yaratmadığı saptandı. Literatüre bakıldığında Öztürk ve arkadaşları tarafından İstanbul’da bireylerde sigara içme ile anksiyete arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada FNBT puanlarının aile tipine göre fark yaratmadığı görülmüştür [79].

Çalışmamızda katılımcıların FNBT puanlarının aylık gelir durumuna göre fark yaratmadığı tespit edildi. Literatüre bakıldığında Marakoğlu ve arkadaşları tarafından Konya’da sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin nikotin bağımlılığı ile depresyon-anksiyete arasındaki ilişkisi ve sigara bırakma sonuçlarına etkisini araştıran çalışmada katılımcıların gelir gruplarına göre nikotin bağımlılığı arasında fark olmadığı bulunmuştur [33].

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanlarının alkol kullanma durumuna göre fark yaratmadığı ve alkol tüketim gruplarında benzer düzeylerde olduğu saptandı. Literatür incelendiğinde Çelikel ve arkadaşları tarafından yapılan Tokat’ta üniversitesi öğrencilerinin sigara içme alışkanlıklarını ve nikotin bağımlılığı

algılarını araştıran çalışmada alkol kullananların daha yüksek nikotin bağımlılığı gösterdiği saptanmıştır [80].

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanlarının kronik hastalığı bulunan öğrencilerde bulunmayanlara göre daha düşük düzeylerde olduğu ancak arada fark olmadığı tespit edildi. Literatüre bakıldığında Ceylan ve arkadaşları tarafından İstanbul’da sigara bağımlılarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin inceleyen çalışmada kronik rahatsızlığı olup olmama değişkeni bakımından katılımcıların FNBT puan ortalamalarının farklılaşmadığı bulunmuştur [81].

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanlarının psikiyatrik hastalığı bulunan ve bulunmayan öğrencilerde benzer düzeylerde olduğu ve arada farklılık olmadığı tespit edildi. Literatüre bakıldığında Ceylan ve arkadaşları tarafından İstanbul’da sigara bağımlılarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin inceleyen çalışmada psikiyatrik rahatsızlığı olup olmama durumu ile FNBT puan ortalamaları arasında farklılık olmadığı bulunmuştur [81]. Korkut ve Sevinç’in Karabük ilinde 302 toplum sağlığı çalışanı ile yaptıkları bir çalışmada nikotin bağımlılık düzeyi ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkiler değerlendirilmiş olup nikotin bağımlılık düzeyi ile psikolojik hastalığa rastlanma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır [82].

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanlarının psikiyatrik ilaç kullanan ve kullanmayan öğrencilerde benzer düzeylerde olduğu ve arada fark olmadığı saptandı. Literatür incelendiğinde Sayar ve arkadaşları tarafından İstanbul’da üniversite öğrencilerinde sigara kullanımını depresyon, anksiyete, stres ile ilişkisini inceleyen çalışmada psikiyatrik tedavi gören katılımcılar ile psikiyatrik tedavi görmeyen katılımcıların FNBT puanları arasında farklılık saptanmamıştır [83].

Çalışmamızda Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması $14,51 \pm 12,38$ olarak bulundu. Literatüre bakıldığında Çakmur ve arkadaşları tarafından Kars’ta tıp fakültesi

öğrencilerinin sigara içme durumlarını ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması $13,52 \pm 13,01$ bulunmuştur [78]. Sarıaydın ve arkadaşları tarafından Afyon'da tıp fakültesi öğrencileri ile yaptıkları çalışmada Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması $10,06 \pm 6,21$ saptanmıştır [84].

Çalışmamızda tıp fakültesi öğrencilerinin Beck Anksiyete Ölçeğine göre anksiyete düzeyleri %34,9 minimal, %26,8 hafif, %20,7 orta, %17,6 şiddetli olarak saptandı. Literatür incelendiğinde Eryılmaz ve arkadaşları tarafından Konya'da sigara kullananlarda uyku kalitesi, gündüz uyku kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesini araştıran çalışmada katılımcıların anksiyete düzeyleri %63,1 minimal, %23,5 hafif, %8,5 orta, %4,9 şiddetli olarak bulunmuştur [85]. Çakmur ve arkadaşları tarafından Kars'ta tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumlarını ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada anksiyete düzeyleri %40,4 minimal, %25,3 hafif, %17,3 orta, %17 şiddetli olarak tespit edilmiştir [78].

Öğrencilerin BAÖ puanlarının kız öğrencilerde erkeklere göre yüksek düzeylerde olduğu tespit edildi. Literatür incelendiğinde Çakmur ve arkadaşları tarafından Kars'ta tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumlarını ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada kadın katılımcıların BAÖ toplam puan ortalamalarının erkek katılımcıların BAÖ toplam puan ortalamalarından yüksek olduğu görülmüştür [78]. Mayda ve arkadaşlarının Düzce'de tıp fakültesi öğrencilerinin kaygı durumunu değerlendirdikleri araştırmada öğrencilerin BAÖ puanlarının kız öğrencilerde erkeklere göre yüksek olduğu saptanmıştır [86]. Taneri ve arkadaşları tarafından Bursa'da tıp fakültesi öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin BAÖ puanlarının kız öğrencilerde erkeklere göre yüksek olduğu bulunmuştur [87].

Çalışmamızda öğrencilerin BAÖ puanlarının 2. ve 3. sınıf öğrencilerinde, 6. Sınıf öğrencilerine göre yüksek düzeylerde olduğu belirlendi. Literatüre bakıldığında Eroğlu ve arkadaşları tarafından Isparta’da tıp fakültesi öğrencilerinin tükenmişlik ve kaygı düzeylerini değerlendiren çalışmada 1. sınıf öğrencilerinin BAÖ puanlarının 6. sınıf öğrencilerine göre yüksek olduğu görülmüştür [88]. Gürgül ve arkadaşları tarafından Gaziantep’te bir tıp fakültesinde öğrencilerin depresyon, anksiyete düzeylerini inceleyen çalışmada öğrencilerin BAÖ puanları ile sınıf düzeyleri arasında fark olmadığı saptanmıştır [89].

Tıp fakültesi öğrencilerinin BAÖ puanlarının medeni duruma göre fark yaratmadığı belirlendi. Literatür incelendiğinde Gümüş ve arkadaşları tarafından bir sağlık yüksekokulunda hemşirelik öğrencilerinin anksiyete, depresif belirti sıklığını inceleyen çalışmada öğrencilerin medeni durumu ile BAÖ puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır [90].

Öğrencilerin BAÖ puanlarının aile tipine göre fark yaratmadığı belirlendi. Literatüre bakıldığında Çakmur ve arkadaşları tarafından Kars’ta tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumlarını ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada katılımcıların BAÖ puanlarının aile tipine göre fark yaratmadığı saptanmıştır [78].

Katılımcıların BAÖ puanlarının geliri giderinden az olan öğrencilerde, gelir seviyesi giderine eşit öğrencilere göre yüksek düzeylerde olduğu saptandı. Literatür incelendiğinde Gümüş ve arkadaşları tarafından bir sağlık yüksekokulunda yapılan çalışmada katılımcıların BAÖ puanlarının geliri giderinden az olan öğrencilerde, gelir seviyesi giderine eşit ve fazla olan öğrencilere göre yüksek olduğu tespit edilmiştir [90]. Taneri ve arkadaşları tarafından Bursa’da tıp fakültesi öğrencileri ile yaptıkları çalışmada katılımcıların BAÖ puanları ile gelir durumları arasında fark olmadığı görülmüştür [87].

Öğrencilerin Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının sigara içme durumuna göre fark yaratmadığı, genel olarak puanların sigara kullanmayanlarda en düşük, sigarayı bırakanlarda ise en yüksek seviyelerde olduğu belirlendi. Literatür incelendiğinde Çakmur ve arkadaşları tarafından Kars'ta tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumlarını ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada sigara kullanan katılımcıların BAÖ puan ortalamalarının, sigara kullanmayan katılımcılara göre yüksek saptanmıştır [78]. Öztürk ve arkadaşları tarafından İstanbul'da bireylerin sigara içme ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada sigara içen bireylerin BAÖ puanlarının sigara içmeyen bireylere göre yüksek olduğu görülmüştür [79].

Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının alkol kullanma durumuna göre haftada en fazla bir kez veya birden fazla kez alkol kullandığını ifade edenlerde, hiç alkol tüketmeyen veya nadiren alkol tüketenlere göre daha düşük düzeylerde olduğu ancak arada fark olmadığı saptandı. Literatüre bakıldığında Gönenç ve arkadaşları tarafından İstanbul'da hekimlerdeki sigara kullanımı ve bağımlılık düzeyleri ile anksiyete düzeylerinin karşılaştırılmasını araştıran çalışmada alkol kullanan bireylerin anksiyete puan ortalamalarının geçmişte kullanan ve kullanmayanlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir [91].

Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının kronik hastalığı bulunan öğrencilerde daha yüksek olduğu, ancak arada fark olmadığı tespit edildi. Literatüre bakıldığında Kocabaş ve arkadaşları tarafından İstanbul'da özel bir eğitim merkezinde tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan çalışmada kronik hastalığı bulunan öğrencilerin BAÖ puanlarının kronik hastalığı bulunmayan öğrencilere göre yüksek olduğu ancak arada fark olmadığı saptanmıştır [92].

Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının psikiyatrik hastalığı bulunan öğrencilerde, psikiyatrik hastalığı bulunmayanlara göre yüksek olduğu saptandı. Literatüre bakıldığında Kocabaş ve arkadaşları tarafından İstanbul'da özel bir eğitim

merkezinde tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan çalışmada psikiyatrik hastalığı bulunan öğrencilerin BAÖ puanlarının psikiyatrik hastalığı bulunmayan öğrencilere göre yüksek olduğu ancak arada fark olmadığı saptanmıştır [92].

Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının psikiyatrik ilaç kullanan öğrencilerde, psikiyatrik ilaç kullanmayanlara göre yüksek olduğu tespit edildi. Literatür incelendiğinde Sayar ve arkadaşları tarafından İstanbul’da üniversite öğrencilerinde sigara kullanımını depresyon, anksiyete, stres ile ilişkisini inceleyen çalışmada psikiyatrik rahatsızlık kaynaklı tedavi gören katılımcıların anksiyete düzeyleri tedavi görmeyenlere göre daha yüksektir [83].

Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine göre çok az bağımlı olanlarda en düşük, çok yüksek derecede bağımlı olanlarda en yüksek düzeylerde olduğu, genel olarak bağımlılık derecesi arttıkça anksiyete puanlarının da arttığı tespit edildi. Literatüre bakıldığında Öztürk ve arkadaşları tarafından İstanbul’da bireylerin sigara içme ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada çok yüksek derece nikotin bağımlılığı çıkan bireylerin BAÖ puanlarının en yüksek olduğu saptanmıştır [79]. Marakoğlu ve arkadaşları tarafından Konya’da yapılan çalışmada katılımcıların nikotin bağımlılığı şiddeti yükseldikçe BAÖ puanlarının arttığı görülmüştür [33]. Sönmez ve arkadaşları tarafından Düzce’de anksiyete duyarlılığı ile nikotin bağımlılığı ve sigara bırakma başarısı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada nikotin bağımlılık düzeyi yüksek olan katılımcıların BAÖ puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur [93].

Çalışmamızda Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında korelasyon tespit edilmedi. Literatür incelendiğinde Güleşer ve Ebadi tarafından İstanbul’da öfke, anksiyete ve nikotin bağımlılığı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanları ile Beck Anksiyete Ölçeği puanları arasında korelasyon olmadığı saptanmıştır [94].

BÖLÜM 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi 2023-2024 eğitim öğretim yılında öğrenim gören öğrencilerin nikotin bağımlılık düzeyi ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesini amaçladık. Çalışmamızın sonuçları şu şekildedir:

- ✓ Araştırmamıza katılan tıp fakültesi öğrencilerinin yaş ortalamasının $21,55 \pm 2,29$ yıl, %62,6'sının kadın, %97,9'unun bekâr, %33,0'ünün annesinin, %49,2'sinin babasının üniversite mezunu olduğu tespit edildi.
- ✓ Öğrencilerin %43,9'unun alkol, %20,2'sinin sigara kullandığı, sigaraya başlama yaşının $18,42 \pm 2,57$ olduğu, sigaraya başlama nedenlerine bakıldığında; en sık arkadaş ortamı, sıkıntı-stres ve keyif verici olması cevaplarını verdikleri görüldü.
- ✓ Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı $2,93 \pm 2,30$, Beck anksiyete ölçeği puanları $14,51 \pm 12,38$ olarak bulundu.
- ✓ Sigara kullanan öğrencilerin Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine göre nikotin bağımlılık düzeyleri %43,4 çok az, %32,4 az, %10,3 orta, %11,8 yüksek, %2,2 çok yüksek olarak saptandı.
- ✓ Öğrencilerin Beck Anksiyete Ölçeğine göre anksiyete düzeyleri %34,9 minimal, %26,8 hafif, %20,7 orta, %17,6 şiddetli olarak saptandı.
- ✓ Öğrencilerin FNBT puanlarının erkek öğrencilerde kızlara göre, BAÖ puanlarının ise tam tersi kız öğrencilerde erkeklere göre yüksek düzeylerde olduğu tespit edildi.
- ✓ Öğrencilerin FNBT puanlarının sınıflar arasında fark yaratmadığı, BAÖ puanlarının ise 2. ve 3. sınıf öğrencilerinde, 6. Sınıf öğrencilerine göre yüksek düzeylerde olduğu belirlendi.

- ✓ Öğrencilerin FNBT puanlarının aylık gelir durumuna göre fark yaratmadığı, BAÖ puanlarının ise geliri giderinden az olan öğrencilerde gelir seviyesi giderine eşit öğrencilere göre yüksek düzeylerde olduğu tespit edildi.
- ✓ Öğrencilerin BAÖ puanlarının sigara içme durumuna göre anlamlı fark yaratmadığı, genel olarak puanların sigara kullanmayanlarda en düşük, sigarayı bırakanlarda ise en yüksek seviyelerde olduğu belirlendi.
- ✓ FNBT puanlarının psikiyatrik hastalığı bulunan ve bulunmayan öğrencilerde benzer düzeylerde olduğu ve aradaki farkın anlamlı olmadığı saptandı. BAÖ puanlarının ise psikiyatrik hastalığı bulunan öğrencilerde, psikiyatrik hastalığı bulunmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edildi.
- ✓ Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine göre çok az bağımlı olanlarda en düşük ($13,89 \pm 14,41$), çok yüksek derecede bağımlı olanlarda en yüksek düzeylerde olduğu ($23,66 \pm 15,50$), genel olarak bağımlılık derecesi arttıkça anksiyete puanlarının da arttığı tespit edilse de aradaki farkın anlamlı olmadığı saptandı.
- ✓ Çalışmamızda Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında korelasyon tespit edilmedi.

Nikotin bağımlılığı ve anksiyete bozuklukları bir arada görülebilmektedir. Sigara bırakma kararıyla başvuran hastalarda anksiyete bozukluğu sorgulanmalı gerekli durumda Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniği ile konsülte edilerek psikiyatrik yardım alınması sağlanarak sigara bırakma tedavisinde başarı oranı arttırılabilir.

Çalışmamızda ve literatürdeki benzer çalışmalarda sigara başlama yaşının 18 yaş ve altında olduğu görülmektedir. 18 yaş altına sigara satışı yasağının sıkı denetimlerle kontrol edilmesinin 18 yaş altı kişilerin sigaraya ulaşımını azaltabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- [1] M. Akcay and S. Yuksel, "Smoking and cardiovascular diseases," *Clin. Med*, vol. 34, no. 1, pp. 21–25, 2017, doi: 10.5835/jecm.omu.34.01.005.
- [2] F. Soleimani, S. Dobaradaran, G. E. De-la-Torre, T. C. Schmidt, and R. Saeedi, "Content of toxic components of cigarette, cigarette smoke vs cigarette butts: A comprehensive systematic review," *Science of The Total Environment*, vol. 813, p. 152667, Mar. 2022, doi: 10.1016/J.SCITOTENV.2021.152667.
- [3] H. Prof, N. Bilir, H. Üniversitesi, T. Fakültesi, H. Sağlığı, and A. Dalı, *SİĞARA VE AKCİĞERLER*. [Online]. Available: www.klasmat.web.tr
- [4] E. Jassem, A. Szymanowska, A. Siemińska, and J. Jassem, "[Smoking and lung cancer].," *Pneumonol Alergol Pol*, vol. 77, no. 5, pp. 469–73, 2009.
- [5] N. Özer, "Systematic Review, Meta-analysis and Meta-regression of Epidemiological Studies for Cardiovascular Risk Factors in Turkey: Smoking Data," *Turk Kardiyoloji Dernegi Arsivi-Archives of the Turkish Society of Cardiology*, 2018, doi: 10.5543/tkda.2018.85349.
- [6] O. Karamustafalıoğlu and H. Yumrukçal, "Depresyon ve anksiyete bozuklukları," 2011.
- [7] S. B. Morissette, M. T. Tull, S. B. Gulliver, B. W. Kamholz, and R. T. Zimering, "Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: A critical review of interrelationships," *Psychological Bulletin*, vol. 133, no. 2, pp. 245–272, Mar. 2007. doi: 10.1037/0033-2909.133.2.245.
- [8] A. Guzel, "Tobacco Plant and Pharmacological Properties; Is it Really Devil Weed?," *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, vol. 4, no. 1, pp. 22–26, Feb. 2017, doi: 10.5152/gghs.2016.003.
- [9] Ş. Çalışkan, "Üniversite Öğrencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler (Ekonometrik Bir Yaklaşım)."

- [10] Z. A. AYTEMUR, Ş. AKÇAY, and O. ELBEK, *TÜTÜN VE TÜTÜN KONTROLÜ Türk Toraks Derneği*.
- [11] G. W. Warren and K. M. Cummings, “Tobacco and Lung Cancer: Risks, Trends, and Outcomes in Patients with Cancer,” *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, no. 33, pp. 359–364, May 2013, doi: 10.14694/EdBook_AM.2013.33.359.
- [12] H. Arfaeina, M. Ghaemi, A. Jahantigh, F. Soleimani, and H. Hashemi, “Secondhand and thirdhand smoke: a review on chemical contents, exposure routes, and protective strategies,” *Environmental Science and Pollution Research*, vol. 30, no. 32, pp. 78017–78029, Jun. 2023, doi: 10.1007/s11356-023-28128-1.
- [13] İ. Türkoğlu, Ç. Çadır, and İ. Çetin, “Dünyada ve Türkiyede Sigara Kullanımı Epidemiyolojisi Tobacco Use of The World and Turkey in Epidemiyoloji,” 2013.
- [14] Türkiye İstatistik Kurumu and Türkiye Sağlık Araştırması, “<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>.”
- [15] Centers For Disease Control And Prevention, World Health Organization, and Republic of Turkey Ministry of Health, “GATS (Global Adult Tobacco Survey) Fact Sheet, Turkey 2016,” 2016.
- [16] H. S. G. M. Sağlık Bakanlığı, “Tütün Faaliyet Raporu 2018,” 2018.
- [17] C. Karlıkaya, F. Özkaya, Z. Aytemur Solak, M. Özkan, and O. Örsel, “Tütün Kontrolü,” *Toraks Dergisi*, vol. 7, no. 1, pp. 51–64, 2006.
- [18] S. Canbakan, “Tobacco or Health? Harmful Effects of Tobacco on the Human Body,” *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, vol. 4, no. 1, pp. 44–55, Feb. 2017, doi: 10.5152/gghs.2016.007.
- [19] L. Jayes *et al.*, “SmokeHaz: Systematic Reviews and Meta-analyses of the Effects of Smoking on Respiratory Health,” in *Chest*, Elsevier B.V., Jul. 2016, pp. 164–179. doi: 10.1016/j.chest.2016.03.060.
- [20] V. Cohen, F. R. Khuri, and M. B. Davis-, “Progress in Lung Cancer Chemoprevention From the Department of Oncology at the.”

- [21] Office of the Surgeon General (US); and Office on Smoking and Health (US), *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. 2004.
- [22] D. Rodriguez and H. Kathuria, "Cigarette and tobacco products in pregnancy: Impact on pregnancy and the neonate," 2019.
- [23] I. O. Onor *et al.*, "Clinical Effects of Cigarette Smoking: Epidemiologic Impact and Review of Pharmacotherapy Options," *Int J Environ Res Public Health*, vol. 14, no. 10, p. 1147, Sep. 2017, doi: 10.3390/ijerph14101147.
- [24] R. Sharma, A. Harlev, A. Agarwal, and S. C. Esteves, "Cigarette Smoking and Semen Quality: A New Meta-analysis Examining the Effect of the 2010 World Health Organization Laboratory Methods for the Examination of Human Semen," *Eur Urol*, vol. 70, no. 4, pp. 635–645, Oct. 2016, doi: 10.1016/j.eururo.2016.04.010.
- [25] B. Çaykara, Z. Sağlam, H. H. Pençe, and T. Rujnan, "Sigara Bağımlılarında Depresyon, Anksiyete, Uykululuk ve Uyku Kalitesi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi," *Acibadem Universitesi Saglik Bilimleri Dergisi*, pp. 0–0, Oct. 2019, doi: 10.31067/0.2019.212.
- [26] M. Fluharty, A. E. Taylor, M. Grabski, and M. R. Munafò, "The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review," *Nicotine & Tobacco Research*, vol. 19, no. 1, pp. 3–13, Jan. 2017, doi: 10.1093/ntr/ntw140.
- [27] A. Yorgancıoğlu and A. Esen, "Sigara Bağımlılığı ve Hekimler," *TORAKS DERGİSİ*, vol. 1, no. 1, 2000.
- [28] R. K. Tiwari, V. Sharma, R. K. Pandey, and S. S. Shukla, "Nicotine Addiction: Neurobiology and Mechanism," *J Pharmacopuncture*, vol. 23, no. 1, pp. 1–7, Mar. 2020, doi: 10.3831/KPI.2020.23.001.
- [29] American Psychiatric Association, "DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF DSM-5™," 2013.
- [30] Tütün Kontrolü Çalışma Grubu, "Türk Toraks Derneği SİĞARA BIRAKMA TANI VE TEDAVİ UZLAŞI RAPORU," 2014. [Online]. Available: www.toraks.org.tr

- [31] J. Le Houezec, "Role of nicotine pharmacokinetics in nicotine addiction and nicotine replacement therapy: a review.," *Int J Tuberc Lung Dis*, vol. 7, no. 9, pp. 811–9, Sep. 2003.
- [32] R. Jiloha, "Pharmacotherapy of smoking cessation," *Indian J Psychiatry*, vol. 56, no. 1, p. 87, 2014, doi: 10.4103/0019-5545.124726.
- [33] M. S. Demir and K. Marakoğlu, "SİĞARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN BİREYLERİN NİKOTİN BAĞIMLILIĞI İLE DEPRESYON-ANKSİYETE ARASINDAKİ İLİŞKİSİ VE SİĞARA BIRAKMA SONUÇLARINA ETKİSİ," 2020.
- [34] C. J. Jordan and Z.-X. Xi, "Discovery and development of varenicline for smoking cessation," *Expert Opin Drug Discov*, vol. 13, no. 7, pp. 671–683, Jul. 2018, doi: 10.1080/17460441.2018.1458090.
- [35] Centers For Disease Control And Prevention, "Varenicline," 2021.
- [36] X. Wang *et al.*, "Cytisine: State of the art in pharmacological activities and pharmacokinetics," *Biomedicine & Pharmacotherapy*, vol. 171, p. 116210, Feb. 2024, doi: 10.1016/j.biopha.2024.116210.
- [37] O. De Santi, M. Orellana, C. A. Di Niro, and V. Greco, "Evaluation of the effectiveness of cytisine for the treatment of smoking cessation: A systematic review and meta-analysis," *Addiction*, Dec. 2023, doi: 10.1111/add.16399.
- [38] R. West *et al.*, *Cytisine*. 2024.
- [39] T. Karnieg and X. Wang, "Cytisine for smoking cessation," *Can Med Assoc J*, vol. 190, no. 19, pp. E596–E596, May 2018, doi: 10.1503/cmaj.171371.
- [40] National Centre for Smoking Cessation and Training, "Cytisine 1.5 mg tablets," 2022.
- [41] M. Şahin, "KORKU, KAYGI VE KAYGI (ANKSİYETE) BOZUKLUKLARI," *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD)*, vol. 6, no. 10, pp. 117–135, 2019, [Online]. Available: www.asead.com
- [42] A. T. Beck, N. Epstein, G. Brown, and R. A. Steer, "An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties.," *J Consult Clin Psychol*, vol. 56, no. 6, pp. 893–897, 1988, doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893.

- [43] M. Ulusoy, N. H. Şahin, and H. Erkmén, “Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties,” *J Cogn Psychother*, vol. 12, no. 2, pp. 163–163, 1998.
- [44] T. F. HEATHERTON, L. T. KOZLOWSKI, R. C. FRECKER, and K. FAGERSTROM, “The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire,” *Br J Addict*, vol. 86, no. 9, pp. 1119–1127, Sep. 1991, doi: 10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x.
- [45] M. A. Uysal, F. Kadakal, C. Karşıdağ, N. G. Bayram, O. Uysal, and V. Yılmaz, “Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis.,” *Tuberk Toraks*, vol. 52, no. 2, pp. 115–21, 2004.
- [46] E. Nur Yıldırım, M. Uyar, M. Yücel, F. Uğuz, and S. Türker, “TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU YAYGINLIĞININ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ,” *Kriz Dergisi*, vol. 28, no. 2, pp. 88–100, 2020.
- [47] R. TURAN *et al.*, “Düzce Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tütün Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranışları,” *Sağlık Bilimlerinde Değer*, vol. 12, no. 2, pp. 239–245, May 2022, doi: 10.33631/sabd.1113172.
- [48] G. Dağtekin *et al.*, “Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Cinsiyete Göre Sigara Tüketimi, Algılanan Stres ve Yaşam Kalitesi,” *Osmangazi Journal of Medicine*, vol. 42, no. 4, pp. 350–356, 2020, doi: 10.20515/otd.
- [49] K. Pazdro-Zastawny, K. Dorobisz, E. Bobak-Sarnowska, and T. Zatoński, “Prevalence and Associated Factors of Cigarette Smoking Among Medical Students in Wrocław, Poland,” *Risk Manag Healthc Policy*, vol. 15, pp. 509–519, 2022, doi: 10.2147/RMHP.S337529.
- [50] F. İLHAN, N. AKSAKAL, M. İLHAN, and R. AYGÜN, “GAZI ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SIGARA İÇME DURUMU,” 2005.
- [51] E. ABAY and Ç. Ö. MEMİŞ, “T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SOSYAL

ANKSİYETE BOZUKLUĞU VE BELİRTİLERİ İLE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ,” 2011.

- [52] Z. Baykan, “Smoking prevalence and views about tobacco law in students of medical school,” *Dicle Medical Journal / Dicle Tıp Dergisi*, vol. 41, no. 3, pp. 483–490, Sep. 2014, doi: 10.5798/diclemedj.0921.2014.03.0459.
- [53] H. Kılıç *et al.*, “Attitudes of medical students on smoking,” *Gazi Medical Journal*, vol. 32, no. 4 A, pp. 619–624, Nov. 2021, doi: 10.12996/GMJ.2021.141.
- [54] C. Karabiber *et al.*, “TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN TÜTÜN KULLANIMI HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI Knowledge, Attitudes, Behaviors on Tobacco Use of Students of Medical Faculty,” 2018. [Online]. Available: <https://orcid.org/0000-0001-7350-3918>
- [55] M. Kartal, Ö. Midik, and A. Büyükakkuş, “Ondokuz mayıs üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinde sigara kullanımı ve yaşam kalitelerine etkisi,” *Türk Toraks Dergisi*, vol. 13, no. 1, pp. 11–17, 2012, doi: 10.5152/ttd.2012.03.
- [56] B. Yüksel, E. Gökçe, C. Bakar, D. G. Öyekcin, and Y. Duva, “The role of medical education in smoking prevention: the prevalence of smoking and related factors in medical students, Canakkale,” *Turkish Journal of Public Health*, vol. 21, no. 2, pp. 188–195, Aug. 2023, doi: 10.20518/tjph.1030686.
- [57] A. PESEN and A. S. MAYDA, “Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri ve İlişkili Faktörler,” *Sakarya Medical Journal*, Jun. 2020, doi: 10.31832/smj.673120.
- [58] M. TÖZÜN *et al.*, “Bir Üniversitenin Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Tarzı Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi,” *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, vol. 13, no. 1, pp. 315–324, 2024.
- [59] Y. Şahin *et al.*, “Tıp Fakültesi Öğrencileri Arasında Nikotin, Alkol ve Kafein Kullanımının Değerlendirilmesi,” 2023. [Online]. Available: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/maunsbd>
- [60] Y. Tin Arslan, S. Pirinççi, P. Okyay, and F. Kacar Döğer, “Tobacco Use and Related Factors Among Adnan Menderes University Faculty of Medicine

- Freshers,” *Meandros Medical and Dental Journal*, vol. 17, no. 3, pp. 146–152, Dec. 2016, doi: 10.4274/meandros.2384.
- [61] S. Orak, T. Özen, and M. E. Orak, “Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin sigara, alkol alışkanlıkları ve sosyokültürel özelliklerinin incelenmesi,” *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* 2004;11(3):1-7, vol. 11, no. 3, pp. 1–7, 2004.
- [62] B. Cengiz Özyurt, “Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu,” *Solunum Dergisi*, vol. 11, no. 3, pp. 93–96, 2009.
- [63] N. M. Konar, “FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS LEVELS AMONG MEDICAL STUDENTS,” *Ankara Medical Journal*, vol. 20, no. 1, pp. 90–104, 2020, doi: 10.5505/amj.2020.35761.
- [64] M. E. CEYLAN and Ö. YELTİRİK, “SİGARA BAĞIMLILARININ ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ,” 2018.
- [65] M. Ergan, S. Ercan, T. İnce Parpucu, F. Başkurt, and Z. Başkurt, “DİŞ HEKİMLİĞİ ÖĞRENCİLERİNİN ERGONOMİ İLİŞKİLİ KAS-İSKELET SİSTEMİ SORUNLARI, KİNESTEZİ VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ: CİNSİYETE ÖZGÜ FARKLILIKLAR,” *Ergonomi*, vol. 7, no. 1, pp. 37–48, Apr. 2024, doi: 10.33439/ergonomi.1384047.
- [66] İ. Ö. SAATÇIOĞLU and N. ŞANSAL, “ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA KULLANIMININ OTOMATİK DÜŞÜNCELER ÜZERİNE ETKİSİ VE BUNUN DEPRESYON VE ANKSİYETE İLE İLİŞKİSİ,” 2016.
- [67] A. PEKER and B. BULUT, “ERGENLERİN ANKSİYETE, SOSYAL DESTEK VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ,” 2016.
- [68] A. KESKİN AKTAN and Ö. KUTLAY, “The Relationship Between Smartphone Addiction, Depression, And Anxiety in Faculty of Medicine Students,” *Acibadem Universitesi Saglik Bilimleri Dergisi*, vol. 12, no. 2, Apr. 2021, doi: 10.31067/acusaglik.852109.
- [69] A. S. Mayda, N. Tufan, and S. Baştaş, “Düzce Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara Konusundaki Tutumları ve İçme Sıklıkları,” *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, vol. 6, no. 5, pp. 364–370, 2007, [Online]. Available: www.korhek.org

- [70] H. Alaçam, A. Korkmaz, M. Efe, C. Balcı Şengül, and C. Şengül, “Pamukkale Üniversitesi Öğrencilerinde Alkol ve Sigara Bağımlılığı Taraması,” *Pamukkale Tıp Dergisi*, vol. 8, no. 2, pp. 82–87, 2015, doi: 10.5505/ptd.2015.
- [71] M. BAŞTÜRK, E. M. KOÇ, M. K. SÖZMEN, M. ARSLAN, and S. ALBAŞ, “Tıp Fakültesi Birinci ve Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Sigara İçme Durumları, Anksiyete Düzeyleri ve 4207 Sayılı Kanun Hakkındaki Tutumları,” *Konuralp Tıp Dergisi*, vol. 10, no. 3, pp. 282–288, Oct. 2018, doi: 10.18521/ktd.337562.
- [72] B. BAYAR and M. K. ŞAHİN, “Bir tıp fakültesi öğrencilerinde ortoreksiya nervoza eğilimi ve ilişkili faktörler: Kesitsel bir çalışma,” *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, vol. 18, no. 1, pp. 16–23, Mar. 2024, doi: 10.21763/tjfmpe.1333903.
- [73] B. N. ATAÖĞLU *et al.*, “Tıp Fakültesi ve Spor Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Fiziksel Aktivite Düzeyleri,” *Eurasian Research in Sport Science*, vol. Cilt: 8 Sayı: 1, no. Cilt: 8 Sayı: 1, pp. 1–41, 2023, doi: 10.29228/eriss.29.
- [74] T. Er and A. Kurçer, “Tıp Fakültesi 1. ve 6. Sınıf Öğrencilerinin Sigara İçme Davranışları ve Anksiyete Düzeyleri Smoking Behaviors and Anxiety Levels of 1st and 6th Grade Students of the Medical School,” 2020.
- [75] D. ÇİLİNGİR, S. HİNTİSTAN, and H. ÖZTÜRK, “SAĞLIK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN SİGARA KULLANMA ALIŞKANLIKLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER,” 2012.
- [76] A. Karagöz and M. T. Alvur, “KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA KULLANIM DÜZEYLERİ, SİGARA KULLANIM DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE ALEKSİTİMİ İLE İLİŞKİSİ,” 2019.
- [77] A. Y. Kaptanoglu, G. Polat, and M. Soyer, “The Relation Between Smoking Habit Among the Students and Faculty Members in Marmara University and Steady Cost of Smoking,” *Journal of Higher Education and Science*, vol. 2, no. 2, p. 119, 2012, doi: 10.5961/jhes.2012.041.

- [78] E. Çalapkulu and H. Çakmur, “KAFKAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SİĞARA İÇME DURUMLARI VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ,” 2023.
- [79] A. Bereket and G. Z. Öztürk, “S.B.Ü ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL S.U.A.M AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİNE BAŞVURAN 18-64 YAŞ ARASINDAKİ BİREYLERDE SİĞARA İÇME İLE ANKSİYETE ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ,” 2022.
- [80] S. Çelikel, Ü. Erkorkmaz, and Z. Seyfikli, “Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara İçme Alışkanlıkları ve Nikotin Bağımlılığı Algıları,” 2009. [Online]. Available: www.solunum.org.tr
- [81] Ö. Yeltirik and M. E. Ceylan, “SİĞARA BAĞIMLILARININ ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ,” 2018.
- [82] B. KORKUT and N. SEVİNÇ, “Bir Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Nikotin Bağımlılığı ve Etkili Faktörler,” *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, vol. 28, no. 1, pp. 137–143, Mar. 2021, doi: 10.17343/sdutfd.804271.
- [83] S. AKBULUT and G. HIZLI SAYAR, “ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SİĞARA KULLANIMININ DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ,” 2021.
- [84] M. Sarıaydın, E. Günay, and M. Ünlü, “Frequency of restless legs syndrome and relationship between depression, anxiety and sleep quality among medical school students,” *Tuberk Toraks*, vol. 66, no. 3, pp. 217–223, 2018, doi: 10.5578/tt.29167.
- [85] B. Ş. Deveci and M. A. Eryılmaz, “SİĞARA KULLANANLARDA UYKU KALİTESİ, GÜNDÜZ UYKULULUĞU, DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ,” 2020.
- [86] A. S. MAYDA *et al.*, “Bir Tıp Fakültesi 4, 5 ve 6. Sınıf Öğrencilerinde Gelecek İle İlgili Kaygı Durumunun Değerlendirilmesi,” *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, vol. 4, no. 3, pp. 7–13, 2014.
- [87] E. P. TANERİ, N. AKIŞ, and A. SARANDÖL, “Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Sıklığı,” 2016.

- [88] H. N. Eroğlu, M. Dünder, and A. N. Kışioğlu, "Evaluation of burnout and anxiety levels in süleyman demirel university faculty of medicine students," *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, vol. 40, no. 2, pp. 175–182, 2020, doi: 10.5336/medsci.2019-71759.
- [89] S. GÜRGÜL and F. B. ŞEKER, "Tıp fakültesi öğrencilerinin depresyon, anksiyete, umutsuzluk ve endişe düzeylerinin belirlenmesi," *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, vol. 15, no. 2, pp. 361–369, Aug. 2022, doi: 10.26559/mersinsbd.1111159.
- [90] F. Gümüş and L. Zengin, "Anxiety, Depressive Symptom Frequency and Related Factors in Nursing Students," *Van Medical Journal*, vol. 25, no. 4, pp. 527–534, 2018, doi: 10.5505/vtd.2018.38268.
- [91] D. Baş and I. Gönenç, "HEKİMLERDE SİGARA KULLANIMININ VE SİGARA BAĞIMLILIK DÜZEYLERİNİN ANKSİYETE VE DÜRTÜSELLİK DÜZEYLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI," 2021.
- [92] S. Kocabaş, S. Ersoy, A. H. Ersoy, and E. Pala, "Anxiety and Occupational Anxiety Level of Final Year Medical Students Who Attend a Course for Medical Board Exam," *Turkish Journal of Family Practice*, 2021, doi: 10.5222/tahd.2021.39974.
- [93] Ş. ŞEN and C. I. SÖNMEZ, "ANKSİYETE DUYARLILIĞININ NİKOTİN BAĞIMLILIĞI VE SİGARA BIRAKMA BAŞARISI ÜZERİNE ETKİSİ," 2018.
- [94] G. GÜLEŞER and H. EBADİ, "SÜREKLİ ÖFKE, ÖFKE İFADE TARZI VE ANKSİYETENİN NİKOTİN BAĞIMLILIĞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ," 2020.

EKLER

Ek-1: Etik Kurul Onayı



T.C.
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : E-77192459-050.99-319341
Konu : 2024/1647 Nolu Karar

11.02.2024

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Burcu KORKUT

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz "KARABÜK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİ İLE ANKSİYİ DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ" başlıklı araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul yönergesine göre incelenmiş olup etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hakkı Uğur ÖZOK
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: BSUNFCDE6V

Belge Doğrulama Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=4043&eD=BSUNFCDE6V&eS=319341>

Adres: Karabük Üniversitesi Demir Çelik Kampüsü Merkez/Karabük

Telefon: (370) 418 9446

e-Posta: giroletik@karabuk.edu.tr

İnternet Adresi: <http://tip.karabuk.edu.tr/giroletik>

Kep Adresi: karabukuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Songül DOYMUŞ

Unvan: Sürekli İşçi

22213



Ek-2: Anket Formu

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİ İLE ANKSİYETE DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Değerli katılımcı; aşağıdaki sorular, Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin nikotin bağımlılık düzeyi ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Çalışma kapsamında içtenlikle vereceğiniz cevaplar doğrultusunda ortaya çıkarılacak sonuçlar, toplum sağlığının geliştirilmesinde önemli bilgiler sağlayacaktır. Cevaplarınız gizli tutulacak, hiçbir şekilde isim belirtilerek açıklanmayacaktır. Ankette, size ait bazı bilgiler ile nikotin bağımlılığı ve anksiyete ile ilgili bazı sorulara yer verilmiştir. Kendinize en uygun seçeneği seçip, lütfen samimiyetle işaretleyiniz. Bu çalışmaya göstermiş olduğunuz duyarlılık ve katılımınız için teşekkür ederiz.

ÇALIŞMACILAR: Dr. Öğr. Üyesi Burcu KORKUT Doç. Dr. Habibe İNÇİ Arş. Gör. İshak Öğüz ÇİNDORUK

BÖLÜM-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU	
1.Yaş ()	2.Cinsiyet K() E()
3.Sınıfınız ()1.sınıf ()2.sınıf ()3.sınıf ()4.sınıf ()5.sınıf ()6.sınıf	4.Medeni durum ()Bekar ()Evli ()Dul/Boşanmış
5.Aile tipinizi işaretleyiniz. () Çekirdek aile () Geniş aile () Anne-baba ayrı	6.Ailenizin aylık gelir durumunu işaretleyiniz. () Gelir giderden fazla () Gelir gider eşit () Gelir giderden az
7.Annenizin eğitim durumunu işaretleyiniz () Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Üniversite mezunu ve üzeri	8.Babanızın eğitim durumunu işaretleyiniz () Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Üniversite mezunu ve üzeri
9.Nerede kalıyorsunuz? () Ailemle (anne, baba ya da kardeşlerimle) () Yurtta () Arkadaşlarımla birlikte evde () Tek başıma evde () Evliyim, kendi ailemle birlikte () Akrabalarımın yanında () Diğer.....	10.Kaldığınız yerde kimler sigara kullanmaktadır? () Hiçkimse () Anne () Baba () Eş () Arkadaş () Akraba () Diğer.....
11.Annenizin sigara kullanım durumunu belirtiniz. () Kullanıyor () Kullanmıyor () Bıraktı	12.Babanızın sigara kullanım durumunu belirtiniz. () Kullanıyor () Kullanmıyor () Bıraktı
13.Kronik bir hastalığınız var mı? () Evet..... () Hayır	15.Psikiyatrik bir hastalığınız var mı? () Evet..... () Hayır
14.Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı? () Evet..... () Hayır	16.Psikiyatrik bir hastalığınız varsa ilaç kullanıyor musunuz? () Evet..... () Hayır
17.Alkol kullanma durumunuzu belirtiniz. () Alkol kullanmıyorum () Çok nadiren () Ayda en fazla bir kez () Haftada en fazla bir kez () Haftadakez () Diğer	18.Sigara kullanma durumunuzu belirtiniz () Kullanıyorum () Kullanmıyorum () Bıraktım (CEVABINIZ KULLANIYORUM İSE BÖLÜM-2 VE BÖLÜM-3'Ü DOLDURUNUZ, KULLANMIYORUM VEYA BIRAKTIM İSE SADECE BÖLÜM-3 SORULARINI CEVAPLAYINIZ)

BÖLÜM-2

19.Daha önce hiç kararlı şekilde sigara bırakma deneyiminiz oldu mu?

()Evet ()Hayır

Cevabınız EVET ise 20 ve 21 numaralı sorulara geçiniz.

20.Kaç kez sigarayı bırakmayı denediniz?

()1-2 kez
()3-4 kez
()5 ve üstü kez

21.Toplam ne kadar süre sigarayı bıraktınız (tüm bırakmalarınızın toplamı)?

()1 yıl altı
()1-3 yıl
()4-5 yıl
()6 yıl ve üstü

22.Sigaraya başlama nedeniniz nedir?

()Arkadaş ortamı
()Keyif verici olması
()Özenme
()Sıkıntı-stres
()Bir kereden bir şey olmaz
()Diğer.....

23.Sigara içmeye başlama yaşınızı belirtiniz.

Yaş.....

.....PAKET/YIL(ÇALIŞMACI TARAFINDAN HESAPLANACAKTIR)

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1.Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

a)10 veya daha az
b)11–20
c)21–30
d) 31 ve üzeri

2. İlk sigaranızı uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz?

a) 0–5 dakika sonra
b) 6–30 dakika sonra
c) 31–60 dakika sonra
d) Daha sonra

3.Sigara içmenin yasak olduğu (örneğin hastane, sinema, kütüphane gibi) yerlerde, bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

a) Evet
b) Hayır

4.Sabah saatlerinde, günün diğer saatlerine göre daha çok sigara içer misiniz?

a) Evet
b) Hayır

5.Hangi sigaradan vazgeçmek size daha zor gelir?

a) Sabah ilk sigara
b) Diğer herhangi biri

6.Çok hasta olsanız bile sigara içer misiniz?

a) Evet
b) Hayır

BÖLÜM-3 Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini uygun seçeneğe işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde. Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde. Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde. Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2.Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4.Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7.Kalp çarpıntısı				
8.Dengeyi kaybetme duygusu				
9.Dehşete kapılma				
10.Sinirlilik				
11.Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12.Ellerde titreme				
13.Titreklik				
14.Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16.Ölüm korkusu				
17.Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19.Baygınlık				
20.Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				