

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ DÖNEM I VE DÖNEM VI ÖĞRENCİLERİNİN
SİGARA İÇME SIKLIĞI VE SİGARA İLE İLGİLİ BİLGİ
TUTUM VE DAVRANIŞLARI

DR. MERVE GÜLAY

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. NEJAT DEMİRCAN

ZONGULDAK

2020

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ DÖNEM I VE DÖNEM VI ÖĞRENCİLERİNİN
SİGARA İÇME SIKLIĞI VE SİGARA İLE İLGİLİ BİLGİ
TUTUM VE DAVRANIŞLARI

DR. MERVE GÜLAY

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. NEJAT DEMİRCAN

ZONGULDAK

2020

TEŞEKKÜR

Manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen her koşulda her zaman yanımda olan AİLEM'e

Uzmanlık eğitimim boyunca yeri geldiğinde benim yeri geldiğinde asistan arkadaşlarımla isteklerini, beklentilerini, sorunlarını sabırla dinleyip çözüm bulmaya çalışan, tez çalışmamın hazırlanmasında yol gösterici olan tez danışman hocam Sayın Prof. Dr. Nejat DEMİRCAN'a

Eğitimimin her aşamasında bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen hocalarımla Prof. Dr. Erol AKTUNÇ, Doç. Dr. Ayşe Semra DEMİR AKCA ve Dr. Öğr. Üyesi Günter DİLSİZ'e ,

Bu çalışmada benden tecrübelerini ve yardımlarını esirgemeyen Dr.İrem ASLAN ve Dr.Oğuzhan DEMİR başta olmak üzere uzmanlık eğitimim boyunca uyum içinde çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Tez çalışmam süresince istatistik hesaplamalarıma ve onları yorumlamada katkı sağlayan Arş. Gör. Zeynep ÖZKAN'a,

Tezimin hazırlanması aşamasında anketlere katılan ve yapılmasında yardımcı olan tüm öğrenci arkadaşlarıma,

Hastanede birlikte çalıştığım tüm hekim arkadaşlarıma, hemşire ve personellere,

Teşekkürlerimi ve sevgilerimi sunarım.

Zonguldak, 2020

Dr. Merve GÜLAY

ÖZET

Merve Gülay, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem I Ve Dönem VI Öğrencilerinin Sigara İçme Sıklığı Ve Sigara İle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranışları, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2020.

Amaç: Çalışmada Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem I ve VI öğrencilerinin sigara içme sıklığını, sigara ile ilgili bilgi düzeylerini, tutumlarını ve davranışlarını değerlendirmeyi, bununla ilişkili risk faktörlerini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 2020-2021 eğitim öğretim döneminde Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde birinci ve altıncı sınıfta öğrenim gören 221 öğrenci üzerinde yapıldı. Öğrencilere demografik verileri, sigara ile ilgili bilgi tutum ve davranışları ve bunları etkileyen faktörler, tıp fakültesinde sigaranın zararları ile ilgili verilen eğitimin yeterliliği ve sigara bırakma politikaları hakkındaki düşüncelerini içeren 37 sorudan oluşan bir anket uygulandı. Anket verileri SPSS 18 programında analiz edildi. Verilerin istatistiksel analizinde yüzde hesaplamaları Chi-Square testi kullanıldı. $P < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Ankete katılan öğrencilerin %23.1' i sigara içmekteydi. Dönem I öğrencilerinin %8.8'i dönem IV öğrencilerinin ise %38.3'ü sigara içmekteydi. Sigara içme düzeyi dönem IV da istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. Sigara içenlerin %62.7 'si tıp fakültesinden önce sigara içmekteyken, %37.3'ü tıp fakültesinde öğrenim görürken sigara içmeye başlamıştı. Öğrencilerin yakın arkadaş grubunda ve yaşadığı ortamda sigara içilmesi ile sigara içme durumları arasında anlamlı bir ilişki saptandı ($p < 0,05$).

Sonuçlar: Sigara konusunda topluma rol model olması beklenen hekim adaylarında sigara içme oranlarının böylesine yüksek olması tütün kontrolü ile ilgili alınan önlemlerin ve uygulamaların hala yeterli olmadığını göstermektedir. Öğrencilerin çoğunluğunun sigaranın zararlı etkileri ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip oldukları halde sigara içmeye devam ettikleri saptandı. Bu durum fakültede verilen eğitimin teorik bilgiye ek olarak, öğrencilere bu konuda tutum kazandırmaya yönelik şekilde düzenlenmesi gerektiğini düşündürdü. Çalışmamıza katılan tüm öğrencilerden 110'u hastanemizdeki sigara bırakma polikliniğinden haberdar olduğunu, bu kişilerden

sadece 11 tanesi bu polikliniği ziyaret ettiğini belirtti. Öğrencilerin poliklinik işleyişini bilmelerinin hem kendilerinin sigara ve sigara bıraktırma tedavileri hakkındaki bilgi ve tutumlarını etkileyeceği, dolayısıyla bu konuda topluma rol model olma görevini üstlenmelerinde olumlu etkisi olacağı düşüncesindeyiz. Öğrencilerin sigara bıraktırma polikliniklerinde staj yapmaları sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Ara verme, bırakma, sigara, tıp eğitimi, tıp fakültesi öğrencileri, tutum*



ABSTRACT

Merve Gülay, Smoking Habits of Grade I and VI Medical Students at Bulent Ecevit University Faculty of Medicine, Zonguldak Bülent Ecevit University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Specialty Thesis in Medicine, 2020.

Objective: In this study, we aimed to evaluate the smoking frequency, knowledge levels, attitudes and behaviors of Zonguldak Bülent Ecevit University Faculty of Medicine Grades I and VI medical students and to investigate risk factors of smoking.

Material and Methods: This study is a cross-sectional descriptive study that is composed of 221 medical students attending during the 2020-2021 academic calendar. A questionnaire consisting of 37 questions was applied to the students, which included demographic data, knowledge, attitudes and behaviors about smoking and the related factors, the adequacy of the education given at the medical school about the harms of smoking and smoking cessation policies. The data obtained was assessed by using SPSS 15,0 program. Chi-Square test were used in the statistical analysis of the data.

Findings: When analyzing the data of the study; 23.1% of the students were smoking. The rate of smokers was 8.8% in grade I students and 38.3% in grade VI. Most of the smokers (62.7%) were smoking before the faculty; the rest of them (37.3%) had started smoking at the medical faculty. A significant relationship was found between smoking and advanced grade, smoking in the living environment, and smoking among friends.

Result: The high frequency of smoking among medical faculty students suggests that the measures taken about smoking are insufficient. Most of the students continue to smoke although they have information about the harmful effects of smoking. This situation shows that students need practical training in addition to theoretical education.

Keywords: *Attitude, cessation, medical education, medical students, quitting, smoking*

İÇİNDEKİLER

İçindekiler	Sayfa No
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tütün ve Tütün Kullanımının Tarihçesi	3
2.2. Tütün Ürünleri ve Tütünün Kullanım Şekilleri	5
2.3. Sigaranın Bileşenleri	6
2.4. Sigara Epidemiyolojisi	7
2.5. Sigaranın Vücut Sağlığına Etkileri	9
2.6. Nikotin Bağımlılığı ve Yoksunluğu	12
2.7. Nikotin Bağımlılığı Tedavisi	14
2.7.1. Davranış Terapileri	17
2.7.2. Farmakolojik Tedavi	17
2.7.2.1. Nikotin Replasman Tedavileri	18
2.7.2.2. Bupropion	19
2.7.2.3. Vareniklin	20
2.7.2.4. Diğer İlaçlar	21
2.8. Tütün Kontrolü	21
3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE YÖNTEMİ	23
3.1. Araştırmanın Amacı	23
3.2. Araştırmanın Gereç ve Yöntemi	23
4. BULGULAR	24
4.1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri	24
4.2. Öğrencilerin Sigara İçme Durumları Ve Özellikleri	24

4.3. Öğrencilerin Tıp Fakültesinde Sigara Hakkında Edindikleri Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi	32
5. TARTIŞMA	35
6. SONUÇLAR	41
7. KAYNAKÇA	43
8. EKLER	51
Ek 1. Etik Kurul Onay Belgesi	51
Ek 2. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem I ve VI Öğrencilerinin Sigara İçme Sıklığı ve Sigara İle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranışları Araştırma Anketi	52

SİMGELER VE KISALTMALAR

Simge/Kısaltma	Açıklamalar
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BAL	Bronkoalveolar Lavaj
DSM-5	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FDA	American Food and Drug Administration
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer hastalığı
LDL	Low Density Lipoprotein
MÖ	Milattan önce
NRT	Nikotin Replasman Tedavi
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SVH	Serebrovasküler Hastalık
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
WHO	World Health Organization

TABLolar DİZİNİ

Tablo Numarası	Tablo Başlığı	Sayfa No
1	Sigara Dumanındaki Bazı Maddeler ve Etkileri	7
2	Tütün Kullanımının Neden Olduğu Hastalıklar	9
3	Sigaranın Solunum Yollarında Yaptığı Değişiklikler	10
4	Nikotin Replasman Tedavisi Ürünleri ve Özellikleri	19
5	Öğrencilerin Dönem ve Cinsiyet Dağılımı	24
6	Öğrencilerin Sigara İçme Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı*	25
7	Dönemlere Göre Öğrencilerin Sigara İçme Durumları*	25
8	Annelerinin Sigara İçme Durumuna Göre Öğrencilerin Sigara İçme Durumları*	26
9	Babalarının Sigara İçme Durumuna Göre Öğrencilerin Sigara İçme Durumları*	27
10	Öğrencilerin Yakın Arkadaşlarının Sigara İçme Durumuna Göre Sigara İçme Durumları*	27
11	Yaşadıkları Ortamda Sigara İçilmesi Durumuna Göre Öğrencilerin Sigara İçme Durumları*	28
12	Tütün Dışında Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Durumuna Göre Öğrencilerin Sigara İçme Durumları*	29
13	Öğrencilerin Sigaraya başlama Nedenleri	30
14	Öğrencilerin Sigara Bırakma Denemelerinde Karşılaştıkları Zorluklar	31
15	Öğrencilerin Sigara İçme Durumlarına Göre, Toplumda Sigara İçilmemesi İçin Çaba Gösterme Durumları*	32
16	Öğrencilerin Tıp Fakültesinde Sigaranın Zararlarının Anlatımını Değerlendirmesi*	33
17	Öğrencilerin Buldukları Döneme Göre, Bilgi Sahibi Oldukları Tedavi Çeşitleri	34

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada yılda 6 milyon insan sigara kullanımı nedeni ile hayatını kaybetmektedir. Bu, dünyadaki tüm kadın ölümlerinin %6'sı ve tüm erkek ölümlerinin de %12'si anlamına gelmektedir (1). Yaklaşık 1,3 milyar insan sigara kullanmaktadır. Bu sayının dörtte üçlük kısmını Türkiye'nin de aralarında bulunduğu gelişmekte olan 10 ülke oluşturmaktadır (2) Ülkemizde sigara nedeniyle ölen insan sayısının, trafik kazalarından ölenlerin sayısının yaklaşık olarak 10 katı olduğu tahmin edilmektedir (3). Yaklaşık 16 milyon sigara kullanıcısı olan ülkemizde senede 100.000 kişi tütün kullanımının yol açtığı sorunlar nedeniyle ölmektedir. Önlem alınmadığı takdirde; 2030 yılında her yıl 8 milyondan fazla ölüm olacağı, 2030 yılındaki ölümlerin %80'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı ve 21. yüzyıl boyunca bir milyar kişinin öleceği tahmin edilmektedir (4).

İçerdiği yüksek miktardaki zararlı kimyasal madde ile insan hayatını önemli ölçüde tehdit eden sigaranın, hücreler üzerinde, mutajenik, kanserojenik, toksik ve inflamatuvar etkileri vardır (5). Bu etkileriyle solunum yolları hastalıkları, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, beyin damar hastalıkları, kanser ve erken ölüm riskini artırdığı bilinmektedir. Sigara kullanımına bağlı bütün bu hastalık, ölüm ve diğer kayıpların önlenabilir olması, tütün bağımlılığının başlı başına kendisinin bir hastalık olması ve dünya çapında bir salgın olarak kabul edilmesi; sorunu, daha ciddi biçimde ele almamızı gerektirmektedir.

Bu nedenlerle, sigara ile mücadelede dünyada ve ülkemizde çeşitli önlemler alınmıştır. Bu önlemler çerçevesinde DSÖ, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ni hazırlamış; sözleşme, 2003 yılında üye ülkelerin oybirliği ile kabul edilmiştir. Türkiye ise bu sözleşmeye 2004 yılında taraf olmuştur. Yürürlüğe giriş tarihi 1996 olan Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Yasa (No. 4207) ile sürdürdüğü tütün kontrolü çalışmalarını, 2008 yılında yasada yapılan değişiklik sonucu, daha kapsamlı şekilde uygulamaya başlamıştır. Bununla birlikte bu mücadelede küresel bir öneme sahip olan MPOWER kriterlerini ilk tamamlayan ülkelerden birisi olmuştur (6, 7). Fakat buna rağmen 2025'te nüfusun yaklaşık %19'unun (yaklaşık 12,7 milyon kişi) sigara kullanıcısı olacağı tahmin edilmektedir (8). Bu nedenle tütünle mücadeleye en

etkin şekilde devam edilmelidir. Bu mücadelede de sağlık hizmeti sunucularına (hekimler, hemşireler, vd) büyük görev düşmektedir.

Ulusal ve uluslararası birçok çalışma göstermiştir ki, özellikle hekimler arasında sigara içme alışkanlığının oranı, bu konudaki tutum ve davranışları, içinde buldukları toplumun sigara içme alışkanlığını doğrudan etkilemektedir (9). Hekimlerin telkin, öneri ve desteklerinin birçok sigara içen hastayı sigarayı bırakma konusunda motive ettiği, hastalara cesaret vererek bırakmayı denemesini sağladığı bilinmektedir (10). Herhangi bir nedenle hastayla görüşen doktorun, onun sigara alışkanlığını sorgulaması ve bırakmayı önermesi, sigarayla savaşta kolay ve etkili bir yöntem olarak önerilmekte ve yalnızca bu tavsiye ile olguların yılda % 5–10'unun sigarayı bıraktığı belirtilmektedir (11,12). Buna karşın doktorların hastalarını sigara alışkanlığı yönünden irdelemekte isteksiz oldukları ve İngiltere'de pratisyen hekimlerin, sigara içen hastalarının yalnızca yaklaşık rte birine sigarayı bırakmayı önerdikleri bildirilmektedir. Bu isteksizliğin önemli nedenlerinden birinin doktorun kendisinin sigara kullanması olduğu belirtilmektedir (13,14).Yapılan çalışmalarda ülkemizde hekimlerin %40 ve daha fazlasının sigara içtiği saptanmıştır (15, 16, 17).

Sonuç olarak toplumda sigara içme yaygınlığı yönünden önem taşıyan, sağlığı temsil etmesinin yanı sıra gençlerin kendileri için örnek olarak gördükleri hekimlerin, tütün kontrolündeki yerinin son derece önemli olduğunu söyleyebiliriz. Geleceğin hekimleri olan tıp fakültesi öğrencilerine, sigara bilincinin oluşturulması ve tütünle mücadelede ön planda olmaları için, gerekli eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda genç kuşağı temsil eden ve gelecekte sigara ile savaşta önemli rol oynayacak olan hekim adaylarının, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem I ve VI ğrencilerinin sigara içme sıklığını ve sigara ile ilgili bilgilerini, tutum ve davranışlarını değerlendirmeyi, bununla ilişkili risk faktörlerini araştırmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütün ve Tütün Kullanımının Tarihçesi

Tütün bitkisi, Patlıcangiller (Solanaceae) familyasından olan *Nicotiana* türü içerisinde yer alan bir bitkidir. Tütünü diğer bitkilerden ayıran en önemli özelliği yapraklarında bulunan nikotindir. Beyinde keyif verici kimyasalların salgılanmasına neden olan ve alışkanlık yapıcı bir madde olan nikotin, bitkinin kökünde sentezlenip yapraklarında birikir. Kurutulmuş tütün yaprağında buluna nikotin oranı %0.5-8 arasında, sigara tütününde bulunan ise %0.5-3 arasındadır (18, 19). Sigara, puro, nargile vb. tütün mamullerinin yapımında *Nicotiana tabacum* ve *Nicotiana rustica* türlerinin yaprakları kullanılmaktadır.

Tarih boyunca farklı kültürlerde bazen keyif verici madde olarak, bazen dini ritüellerde bazense hasta tedavisi olmak üzere farklı şekil ve amaçlar için kullanılmış olan tütün bitkisinin tarımının milattan önce (M.Ö.) 6000 yılında Amerika kıtasında başladığı, bu tarihten 4500 yıl sonra Orta Amerika yerlileri olan Mayaların tütün kullandığı bilinmektedir. Yerlilerin kuru tütün yapraklarını sararak ve ufalayarak ilkel pipolarda kullandığı, tütünden yapılmış sakızlar çiğnedikleri, tütün tozlarını derilerine sürdükleri veya lavman gibi kullandıkları anlaşılmaktadır (20,21). Maya ve Aztek papazları (şamanları) tarafından önceleri dini ritüellerde kullanılan tütün, daha sonra tedavi edici olarak yaraların üzerine, göğüs hastalıklarında inhaler olarak ve baş ağrılarının tedavisinde kullanmıştır (22).

Cristoph Colomb tarafından 1492 yılında gerçekleştirilen Amerika'nın keşfi ile Avrupa tütün ile tanışmıştır (23). 1559 yılında Fransa'nın Portekiz elçisi Jean Nicot ilk defa tütünle tanışmış ve tütünün Avrupa'ya yayılmasını sağlamıştır. Elçi, Kraliçe Cathrine De Medicis'e tütün hakkında bilgi veren raporunu ve bir miktar tütün tohumu göndermiş ve kraliçenin migren türü baş ağrısının tütün yardımıyla iyileştiği görülmüştür. Bu durumdan ve raporda yazılanlardan etkilenen kraliçe kısa bir süre sonra tütünün ekimini bizzat üstlenmiştir. Bu tarihten sonra tütünün keyif ve cesaret verici özelliklerinden başka ilaç olarak da etkili olduğu düşüncesi tüm Avrupa'ya yayılmıştır.

Keşfi takip eden 50-60 yıl içinde, tütün, başta İspanya ve Portekiz olmak üzere, Belçika, İsviçre, İtalya, Fransa ve İngiltere'ye girmiş, hatta küçük boyutlarda üretimine bile başlanmıştır. 16. yy. sonlarında ise, tütün Avrupa'nın tamamı olmak üzere, Uzak Doğu, İç Asya, Sibirya, Hindistan ve Afrika'ya kadar yayılmış, üretilen ve tüketimi gittikçe artan, dolayısıyla ticareti yapılan bitkilerden biri olmuştur (24).

Keşiften sonra 16.yüzyıla kadar geçen süre zarfında tütünün keyif verici olmasının yanında her derda deva şifa bitkisi olduğu yönünde dünyanın nerdeyse tamamına yayılan ve geniş çapta propagandası yapılmıştır. İspanya kraliyet doktoru olan Nocola Monardes 1571 yılında yazmış olduğu 'Yeni Dünyadaki Tedavi Edici Bitkilerin Tarihi' adlı kitabında tütünün tüberküloz başta olmak üzere 20'den fazla hastalığı tedavi edici etkisinin olduğunu belirtmiştir (25).

Tütün ticareti ve kullanımı sonraki yıllarda da hızla artmaya ve yaygınlaşmaya devam etmiş; fakat bu sırada tütünün olası zararlarından bahseden görüşler de ortaya atılmaya ve tütün kullanımı çeşitli ülkelerde zararlı olduğu düşünülerek yasaklanmaya başlamıştır. Richard Doll ve Richard Peto isimli iki İngiliz tıp doktoru tarafından 1951-1962 yılları arasında kırk bin tıp doktoru üzerinde yapılan anket çalışması ile tütün kullanımının 24 farklı hastalığa sebep olduğu ve düzenli sigara içenlerin yarısının 20-30 yıl sonra sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle erken yaşta ölebilecekleri ortaya çıkarılmıştır (26).

Avrupa'da tütün üzerine tartışmalar devam ederken, tütünün, piyasaya sürüldüğü 1520'lerden 18. yy. başlarına kadar geçen yaklaşık 200 yıl boyunca tüketimi en az 30 kat artmış, 18. yy. boyunca da toplu tüketim malı olarak yaygınlaştığından, bu oran 40 kata ulaşmıştır (27).

Osmanlı Devleti'ne tütün ilk kez 1570'lerde ticaret yoluyla ulaşmış ve yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Tütün kullanımı Osmanlı'da bazı padişahlar tarafından yasaklanmıştır. Fakat yasaklamalara rağmen ülkede tütün kullanımı giderek artmış ve tütün tarımı Anadolu'ya yayılmıştır (28). Anadolu'da yetişen tütün miktarı ülkenin ihtiyacını karşılayacak seviyeye gelmiş ve 1861 yılında tütünün ithalatı durdurulmuştur (29). 1872'de tütün işletmeleri ve tütün satış hakkı yabancı firmalara satılmıştır. 1883'de ise tütün işletmelerinin hakları 30 yıl süre için İngilizlerin yönettiği Reji idaresine satılmıştır. 1923 yılında 558 sayılı yasa ile tütün üretimi, işletilmesi ve satışı Türkiye Cumhuriyeti hükümeti tarafından yürütülmeye (Tekel) başlanmıştır (30).

2.2. Tütün Ürünleri ve Tütünün Kullanım Şekilleri

Toplumumuzda tütün deyince akla her ne kadar en sık ve en yaygın kullanılan formu olan sigara gelse de tütün mamulleri birçok çeşitten oluşmaktadır. Ülkemizde üretilenler ise sigara başta olmak üzere sıklıkla nargilelik tütün, pipo tütünü, çiğneme tütünü, sarma tütün, puro ve ülkemize has olan ‘Maraş otu’dur. Ülkemizde üretilmeyip ithal edilenler ise puro, sigarillo ve elektronik sigaradır (31).

Sigara: Kullanımı en yaygın olanıdır. Kıyılmış tütün ince bir kâğıda sarılmış ve bir ucuna filtre işlevi gören ağızlık yerleştirilmiştir. Fabrikasyonu sırasında çeşitli aşamalardan geçerken yüzlerce kimyasal madde ile işleme tabi tutulmaktadır.

Sarmalık kıyılmış tütün: Kıyılarak hazırlanan tütün ile birlikte “Makaron” adı verilen (filtreli boş sigara tüpü) veya sigara kâğıdını içeren bir ambalaj içinde piyasaya sunulan içme amaçlı ürünlerdir. Sigaraya benzer etki ve yan etkileri vardır.

Nargile (Tömbeki) : Nargile, yanan tütün dumanının soğuk suyun içinden geçerek inhale edilmesi esasına dayanarak kullanılır. Ülkemizde son yıllarda kullanımında gözle görülür artış olan nargile içiminde nikotin oranı oldukça yüksek olan tömbeki tütünü kullanılır. Bir nargile içim süresi ortalama 30-60 dakika sürer ve nargile içicisi tek bir nargile içiminde yaklaşık 0,15 ile 1 litre arası duman inhale etmektedir (32). Bir nargile içimiyle alınan nikotin miktarı yaklaşık 50 sigara içimiyle alınan nikotin miktarına denk gelmektedir (33,34).

Puro: Demlenen tütün yapraklarının silindirik şeklinde sarılmasıyla elde edilen bir tütün mamulüdür. Puro dumanı sigara dumanından daha kolay tükürükte çözünür ve inhale edilmese bile sigaradan çok daha fazla nikotin absorbe edilir. Sigara ile aynı oranda hatta daha fazla hastalık riski vardır. Toksik ve karsinojen maddeler sigaraya göre daha yüksek oranlarda bulunur. Puro kullananlarda oral kavite, özofagus, farinks, larinks kanserleri ile pankreas kanseri riski, stomatit ve ağız - diş problemleri daha fazla görülür (35).

Çiğneme Tütünü: Tütün yaprağının dişlerle çiğnenerek kullanılmasıdır. Dumansız tütün tüketimidir. Halk arasında ‘deli tütün’ olarak da bilinen Hasankeyf tütünü Gaziantep’te yetiştirilir ve nikotin oranının yüksekliğinden dolayı (%4 – 5) genellikle pipo, çiğneme veya enfiye amaçlı kullanılmaktadır (36).

Enfiye Harmanı: Baharatlarla fermente edilmiş toz halindeki tütün burun deliklerinden çekilir ve solunum yoluyla etki eder. Dünyada 250 den fazla enfiye ürün çeşidi olduğu tahmin ediliyor (37).

2.3. Sigaranın Bileşenleri

Sigara dumanı bir kısmı toksik ve karsinojenik olan 5000'den fazla sayıda kimyasal madde içermekte olup bu maddeler vasıtasıyla hemen hemen bütün organları etkilemekte, birçok hastalığa sebep olmakta ve bunların yanı sıra mortalite artışında da etkili olmaktadır (38,39). Uluslararası Kanseri Araştırmaları Ajansı -The International Agency for Research on Cancer (IARC)- sigara dumanını grup I karsinojen olarak kabul etmiştir (40).

Sigara dumanı ve zararları değerlendirilirken sigara içen kişinin soluduğu dumana **ana akım duman**, sigaranın yanması ile ortaya çıkan ve çevreye yayılan dumana ise **yan akım duman** denilmektedir. Sigaranın çevresel zararlarından sorumlu olan duman yan akım dumanıdır ve bu dumana maruz kalmaya 'pasif sigara içimi' denilmektedir (41).

Sigara dumanı akciğerlerde küçük hava yollarına ve alveollere ulaştığında fizyolojik pH'ya tamponlanarak hızlıca emilmektedir. Emildikten sonra hızlıca dolaşım sistemine girip 10-20 saniye içerisinde beyne ve diğer dokulara yayılmaktadır (42).

Uluslararası Kanseri Araştırmaları Ajansı sigara dumanında 81 bileşiğin karsinojen olduğunu bildirmiştir. Bunların 11'i "insanda kanser yaptığı bilinen" ve 14'ü "insanda kanser yapması olası" grubundadır (43). Nikotin bu bileşiklerden en önemlisidir. Sigaranın bağımlılık etkisinden sorumlu olup, tütün içerisinde doğal olarak bulunur. Sigara yapımı için kullanılan tütünde % 0.5-3 nikotin bulunur (18, 19).

Sigarada bulunan kanserojen etkenler: Katran, arsenik, benzen, kadmiyum, formaldehit, nikel, kurşun, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, polonyum-210, krom nitrozaminler, akrolein, asetaldehit, hidrazin, kobalt ve berilyum gibi maddelerdir (Tablo 1).

Tablo 1: Sigara Dumanındaki Bazı Maddeler ve Etkileri

Partikül Fazı	Başlıca Etki	Gaz Fazı	Başlıca Etki
Katran	Mutajenik/karsinojenik	Karbonmonoksit	Oksijenin hemoglobine bağlanmasını bozar
Nikotin	Nikotin Doza bağlı uyarıcı, parasempatik, N-kolinerjik reseptörlere depresör etki	Nitrojen Oksitler	İrritan, proinflamatuar/silyotoksik
Aromatik hidrokarbonlar	Mutajenik/karsinojenik	Aldehitler	İrritan, proinflamatuar/silyotoksik
Fenol	İrritan, mutajenik/karsinojenik	Hidrosiyanik asit	İrritan, proinflamatuar/silyotoksik
Kresol	İrritan, mutajenik/karsinojenik	Akrolein	İrritan, proinflamatuar/silyotoksik
b-Naftilamin	Mutajenik/karsinojenik	Amonyak	İrritan, proinflamatuar/silyotoksik
Benzo(a)piren	Mutajenik/karsinojenik	Nitrozaminler	Mutajenik/karsinojenik
Katekol	Mutajenik/karsinojenik	Hidrazin	Mutajenik/karsinojenik
İndol	Tümör akselasyonu		

2.4. Sigara Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016 İstatistiklerine göre dünyada 1,1 milyar insan tütün kullanmaktadır. Tütün kullanımı gelişmiş ülkelerde azalmasına rağmen, gelişmekte olan ülkelerde hızla artmaya devam etmektedir. 2030 yılında tütüne bağlı ölümlerin % 80'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı tahmin edilmektedir (44). En fazla tütün kullanıcısı olan ilk 10 ülkesi içinde ilk sırada Çin olmak üzere, Rusya, ABD, Endonezya, Türkiye ve Vietnam yer almaktadır. Türkiye, sigara tüketiminde dünyada 8. sıradadır (45).

Kadınlarda sigara içme prevalansı erkeklerden daha düşüktür. Gelişmiş ülkelerdeki kadınların yaklaşık % 22'si, gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların ise % 9'u sigara kullanmaktadır. Fakat gelişmekte olan ülkelerdeki sigara kullanım oranı daha az olsa da bu ülkelerin nüfusu göz önünde bulundurulduğunda bu ülkelerde sigara kullanan kadın sayısının daha fazla olduğu görülmektedir. Son yıllarda birçok sigara markası kadınlara hitap edebilmek ve kadınlar arasında sigaranın çekiciliğini artırmak amaçlı çeşitli çalışmalar yapmaktadır. Bu çalışmalar göz önüne alındığında 2025 yılında dünya genelinde kadınların sigara kullanım sıklığında belirgin bir artış olacağı öngörülmektedir (46).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması verilerine göre ülkemizde 14,8 milyon (% 27) kişi tütün kullanmaktadır. Bu kişilerin %23.8 i her gün tütün kullanmaktadır. Erkek kullanıcı oranı (%41.5) kadınlara (%13.1) göre daha yüksektir. Erkeklerin % 37.3'ü, kadınların ise %10.7'si her gün tütün kullanmaktadır. Tütün ürünleri arasında en çok sigara (%94.8) tercih edilmekte olup ikinci sırada ise nargile (%0.8) bulunmaktadır. (Sağlık Bakanlığı, 2014). Ülkemizde yetişkin sigara kullanıcısı oranı ise % 22 olarak tespit edilmiştir (47).

TC. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı tarafından yapılan "Küresel Yetişkin Tütün Araştırması" verilerine göre, 2008 (%31.2; 16 milyon) ve 2012 ('27,1; 14,8 milyon) yılları arasında ülkemizde tütün kullanıcı sayısında anlamlı bir düşüş olmuştur. Bu azalmanın 7 Mayıs 2007'de uygulamaya konan 'Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı'nın etkin şekilde uygulanması ve 19 Mayıs 2008'de yürürlüğe giren "Tütün mamüllerinin zararlarının önlenmesi'ne dair kanunda değişiklik yapılması hakkındaki kanun" sayesinde olduğu düşünülmektedir (48).

Ülkemizde 2008 yılında Sağlık Bakanlığı kadrolarında görev yapan sağlık çalışanlarının sigara içme sıklığı hemşire, ebe, hekimler ve teknisyenler olarak ayrı ayrı değerlendirildiğinde %30.5-33.8 arasında değişen oranlar tespit edilmiştir. Ülkemizde pratisyen hekimlerin %30.5'i ve uzman hekimlerin %22.1'i düzenli olarak sigara içmekte olduklarını belirtmişlerdir (49). Gelişmiş ülkelerde hekimler arasındaki sigara içme oranı düşüktür. ABD'nde yapılan bir çalışmada, hekimler arasında sigara içme oranı yaklaşık %3 olarak saptanmıştır (50). Bu sonuçlar ülkemizdeki sağlık çalışanlarının sigara tutum ve davranışlarının genel popülasyondan çok da farklı olmadığını ve bu konuda topluma rol model olmayı başaramadıklarını gösteriyor.

Oysa yapılan dünya genelinde yapılan tüm çalışmalar hekimlerin tutum ve davranışlarının bu mücadelede çok önemli bir rolü olduğunu ortaya koymuştur.

2.5. Sigaranın Vücut Sağlığına Etkileri

Sigara başlıca akciğer kanseri, KOAH, kalp damar ve beyin damar hastalıklarının nedeni olmakla beraber diğer birçok hastalıkla da ilişkilidir. Ayrıca pasif içicilik nedeniyle de birçok insanın sağlığına zarar vermektedir (51). Hamileliklerinde sigara kullananlarda düşük doğum ağırlığı, prematüre doğumlar, düşükler ve ölü doğumlar görülmüştür (52). Sigara tüm kronik akciğer hastalıklarının %80'inden, kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerin de üçte birinden sorumlu tutulmuştur. Tablo 2 de sigaranın sebep olduğu hastalıklar listelenmiştir (51).

Tablo 2: Tütün Kullanımının Neden Olduğu Hastalıklar

SİSTEMLER	HASTALIKLAR
Solunum sistemi	KOAH, pnömoni
	Akciğer kanseri
Kardiyovasküler sistem	Koroner arter hastalıkları
	Periferik vasküler hastalıklar
	Serebrovasküler hastalıklar
Kanserler	Akciğer kanseri
	Oral, nazal ve laringeal kanserler
	Mesane, böbrek, üreter ve serviks kanserleri
	Özofagus, mide ve pankreas kanserleri
	Myeloid lösemi
Üreme sistemi	Kısırlık,
	Erken doğum
	Ölü doğum
	Düşük doğum ağırlığı
Diğer	Osteoporoz, femur fraktürü
	Peptik ülser
	Ani bebek ölümü

Sigara kullanımı, birçok organ ve sistemi etkileyebileceği gibi, bunlar arasında en çok bilineni solunum sistemi üzerine yaptığı etkilerdir. Bu etkiler Tablo 3 de belirtilmiştir (53). Bu anatomik ve fonksiyonel değişimler nedeniyle zaman içinde KOAH gelişmekte, kronik bronşit ve amfizem gibi hastalıklar da bu olaya eşlik etmektedir. KOAH sebebiyle ölüm riski sigara kullananlarda, kullanmayanlara göre 12-13 kat daha yüksektir. Astım hastalığında da aynı KOAH'ta olduğu gibi, hastalığın hem gelişiminde hem de seyirinde birçok olumsuz etkisi mevcuttur. Sigara dumanına maruz kalan çocuklarda astım oluşma riski yüksektir. Ayrıca yetişkinler arasında da sigara içenlerde astım sıklığı daha fazladır (54, 55, 56).

İlk kez 1964'te yayınlanan 'Amerikan Cerrahlar Birliği' tarafından sunulan raporda sigara içiminin akciğer kanseri ile nedensel ilişkisi bildirilmiş olup, zaman içinde yapılan çalışmalarda; sigaranın akciğer kanseri için hem erkeklerde hem de kadınlarda başlıca neden olduğu kanıtlanmıştır (57, 58).

Tablo 3: Sigaranın Solunum Yollarında Yaptığı Değişiklikler

Santral Hava Yolları	Periferal Hava Yolları	Alveol ve kapillerler
- Mukus bez hiperplazisi - Silia atrofisi -Goblet hücrelerde metaplazik değişiklikler -Solunum epitelinde histopatolojik değişiklikler	- Goblet hücre sayısında azalma - Atrofi -İnflamasyon -Skvamöz metaplazi -Peribronşial fibrotik değişiklikler -Mukus tıkaçları -Düz kaslarda hipertrofi	-Peribronşial alveolar kayıp -BAL'da IgG ve IgA seviyelerinde artış -Arteriyollerde sayısında azalma

Koroner kalp hastalıkları ile sigara kullanımı arasındaki ilişki ilk olarak 1940 yılında ortaya konmuştur. Daha sonraki yıllarda yapılan birçok çalışmada sigaranın kardiyovasküler hastalık riski, inme, kalp krizi, ani ölüm, aort anevrizması ve periferik arter hastalıklarını artırdığı gösterilmiştir. İngiltere'de erkek doktorlar arasında yapılan ve yirmi yıl süren bir çalışmada günde yirmi beş ve daha fazla sigara içenlerde, koroner kalp hastalığına bağlı ölüm riski içmeyenlere göre 2,3 kat daha fazla bulunmuştur. Sigara içen kadınlarda yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan çalışmaların neredeyse tümünde hem erkek hem de kadınlarda sigara kullanımının

miyokard enfarktüsü ve koroner arter hastalığına (KAH) bağlı ani ölüm riskini artırdığı görülmüştür. Bu risk sigaraya başlama yaşı, günde içilen sigara miktarı ve içilen yıl sayısı ile ilişkilidir. Bununla birlikte sigaranın kolesterol yüksekliği ve diyabet gibi risk faktörlerini de büyük oranda etkilediği bilinmektedir (59,60).

Sigara doğrudan endotel hasarı yapar ve kalp hızını artırır. Ayrıca LDL'yi artırdığından damar içinde nötrofilik inflamasyonu da tetikler. Bu etkileri sonucunda ise aterosklerotik değişikliklere sebep olmakta ve koagülasyonu artırmaktadır. Hem damar yapısının bozulmasına sebep olması hem de koagülasyonu artırarak damar içinde pıhtı oluşmasını kolaylaştırmasıyla SVH riskini pasif içicilerde dahi %30 kadar artırabilmektedir. Bu değişiklikler ekstremitelerde damarlarında olduğunda ise ekstremitelerde kayba kadar gidebilen sonuçları olabilmektedir. Bunlara ek olarak sigara içimi ile birlikte kanda CO düzeyi yükselir ve bu yükseliş dokuların oksijenizasyonunu azaltır. Miyokard dokusunun oksijenlenmesi azaldığında ise akut miyokard enfarktüsü (AMI) görülebilmektedir (61,62,63).

Akciğer kanseri başta olmak üzere birçok kanserin meydana gelişmesinde önemli bir rolü olan sigara tüm kanserlerin üçte birinden sorumlu tutulmaktadır. Bu kanserler arasında larinks kanseri, ağız boşluğu, farinks, özofagus, mide, kolon, meme, serviks, pankreas, böbrek ve mesane kanseri yer almaktadır.

Sigaranın toksik ve karsinojenik metabolitleri DNA hasarı yaparak solunum yolu epitel hasarına, P16 ve KRAS genlerinde mutasyonlara neden olmaktadır (64). Bu etkiler öncelikle skuamöz metaplazi gelişmesine sebep olup zamanla karsinoma insitu'ya dönüşebilmektedir (53).

Yapılan bazı çalışmalarda her yıl ülkemizde 20 bine yakın kişinin yeni akciğer kanseri tanısı aldığı ve buna yol açan en önemli sebebin % 91.5 oranı ile sigara olduğu tespit edilmiştir. Sigara içenlerin akciğer kanserine yakalanma oranı içmeyenlere oranla 20-25 kat daha fazla iken, pasif sigara içicilerde bu oran 2-5 kat civarındadır (65).

Hipotalamo-hipofizer aksı bozarak LH pikini engelleyen sigara kadınlarda over fonksiyonlarını bozarak amenore, adet düzensizliği, dismenore ve erken menopoz riskine sebep olur. Ayrıca sigaranın tubal mukoza siliolarında hasara yol açtığı, fertilizasyonu engellediği, oosit sayısında azalmaya yol açtığı gösterilmiştir. Bu etkiler nedeniyle sigara içen kadınlarda infertilite oranı daha yüksektir ve bu kadınlar sigara içmeyen kadınlara göre daha geç gebe kalmaktadır. Ayrıca sigara içen kadınların

ektopik gebelik ve spontan abortus riskleri de sigara içmeyenlere nazaran iki kat daha fazladır (66). Sigara içen gebe kadınların ise prematüre, düşük doğum ağırlıklı bebek sahibi olmaları ve erken doğum yapma ihtimalleri daha fazladır. Ayrıca bu kadınların bebeklerinde ölü doğum, doğum sonrası ölüm, ani bebek ölüm sendromu riski ve yarık dudak ve damak gibi konjenital defektler daha sık görülmektedir.

Sigara içen erkeklerde ise sperm sayısında azalma, kalitesinde bozulma ve erektil disfonksiyon daha sık görülmektedir (61,62,63). Bu erkeklerde bulunan hareketli sperm sayısının sigara içmeyenlere kıyasla %13-17 oranında daha az olduğu saptanmıştır (67).

Sigara daha pek çok dokuyu etkileyip; gingivit, periodontit, lökoplaki, diş çürükleri, özefajit, peptik ülser, pankreatit gibi hastalıklara sebep olmaktadır. Sigara kullanıcılarında, katarakt, yaşa bağlı maküler dejenerasyon gibi hastalıklar, osteoporoz, ciltte kırışıklıklar, yara iyileşmesinde gecikme daha sık görülmektedir (61, 62, 63). Sigara kullanıcılarında cerrahi işlem sonrası hastanede kalış süresi daha uzun olup, pnömotoraks, atelektazi ve akciğer enfeksiyonu gibi komplikasyonların görülme sıklığı daha fazladır. Bu kişilerde artmış olan pulmoner komplikasyonlar mortalite ve morbidite oranının artmasına neden olmaktadır (63).

2.6. Nikotin Bağımlılığı ve Yoksunluğu

Bağımlılık, “**kronik bir beyin hastalığı**” olarak tanımlanır. Bunun nedeni, bağımlılığa sebep veren maddenin beyin yapısını ve fonksiyonunu değiştirmesidir. Düzenli sigara kullanımı sonucu sigaradaki nikotin de beyinde bu tarz etkiler gösterir ve bağımlılığa neden olur. Nikotin bağımlılığı hem fizyolojik hem de psikolojik bir bağımlılıktır. Alındıktan sonra 8 sn içinde kan beyin bariyerini hızla geçerek asetilkolin reseptörlerine bağlanan nikotin nücleus akkumbenste dopamin salgımasına neden olur. Dopamin kişide keyif ve rahatlatıcı bir etki yaparak beynin ödül mekanizmasını harekete geçirir. Bu mekanizma bir davranışı tekrar edip etmeyeceğimize, alışkanlık haline getirip getirmeyeceğimize karar verir. Kişi sigarayı içtikten bir süre sonra ise beyinde hızla azalan dopamin kişiyi strese sokar, dopamin yoksunluğu irritabiliteye sebep olur ve kişi nikotin açlığı yaşamaya başlar. Bu durum ise bağımlılığı pekiştiren bir süreçtir.

DSM-V kriterlerinde tütün kullanımı ile ilişkili bozukluklar “Tütün Kullanım Bozukluğu”, “Tütünün Yol Açtığı Diğer Bozukluklar” ve “Tanımlanmamış Tütünle İlişkili Bozukluklar” alt başlıkları ile sınıflandırılmıştır.

DSM-V de “Tütün Kullanım Bozukluğu” şöyle tanımlanmaktadır:

On iki aylık süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da işlevsellikte azalmaya yol açan, uygunsuz bir tütün kullanımı örüntüsünün olması:

1. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması: (68)
 - a. Eksikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda tütün kullanma gereksinimi
 - b. Sürekli olarak aynı miktarda tütün kullanılması ile belirgin olarak daha az etki sağlanması.
2. Tütün, çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun süreli alınır.
3. Tütün kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır.
4. Tütün temin etmek, tütün kullanmak ya da tütünün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama.
5. Tütün kullanımı nedeniyle önemli sosyal, mesleki veya eğlence aktivitelerinin bırakılması veya azaltılması
6. Tütün kullanımı için özlem, ya da güçlü bir tütün kullanımı isteği ya da dürtüsü
7. Evde, okulda ve çalışma hayatındaki sorumluluklarını yerine getirememesine neden olacak kadar tekrarlayıcı tütün kullanımı.
8. Tütün veya tütün etkilerinin neden olduğu toplumsal ve bireysel ilişkilerde pek çok kez yaşanan sorunlara rağmen tütün kullanımını sürdürme
9. Tütün veya tütün etkilerinin neden olduğu tekrarlayıcı fiziksel ve ruhsal sorunlara rağmen tütün kullanımını sürdürme
10. Fiziksel olarak riskli olabilecek durumlarda tekrarlayıcı tütün kullanımı (yatakta sigara içme gibi)

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:
- Yoksunluk sendromu belirtilerinin gelişmiş olması
 - Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için tütün alınması

Yoksunluk sendromu tanı kriterleri ise şöyledir: (69)

- En az birkaç haftadır günlük tütün kullanımı
- Tütün kullanımının kesilmesi veya kullanılan miktarın azalması durumunda 24 saat içinde aşağıdaki semptom veya bulgulardan en az 4 tanesinin olması
 1. Sinirlilik, hayal kırıklığı, öfke
 2. Kaygı
 3. Odaklanma Güçlüğü
 4. İştah artması
 5. Huzursuzluk
 6. Çökkün Duygudurum
 7. Uykusuzluk
- Yukarıdaki semptom ve bulguların, klinik olarak sosyal, mesleki veya diğer fonksiyon alanlarında sıkıntı ve bozulmalara neden olması
- Bu semptom ve bulgular başka bir sağlık durumuna ait olmamalı, başka bir mental bozukluğa bağlı olmamalı (zehirlenme, başka bir madde kullanımı gibi)

2.7. Nikotin Bağımlılığı Tedavisi

Son yıllarda sigaraya bağlı ölümlerin sıklığındaki artış nedeniyle nikotin bağımlılığı ile mücadele çok önem kazanmıştır. Bu bağımlılık ile mücadelede pek çok etkin yöntem geliştirilmiştir ve bu konuda çalışmalar hala devam etmektedir. Günümüzde bir hastalık olarak kabul edilen nikotin bağımlılığının tedavisi hekimlerimizin sorumluluğundadır.

Hekimler hastalarının tütün kullanımını sorgulamalı, kullananları tespit ettikten sonra ise bu kişileri sigara kullanımını bırakmaları yönünde uyarmalı ve teşvik etmelidir. Hastalara sözlü olarak tıbbi açıklamalar ve sigaranın zararları ile ilgili bilgi verilmesi ilk basamakta ‘**kısa hekim müdahalesi**’ şeklinde tanımlanmaktadır. Son

derece kolay ve uygulanabilir olan bu girişim yüzde yüz başarı sağlamasa da sigara bırakma oranını belirgin bir şekilde artırmaktadır (70).

Hekim desteği olmadan kullanıcıların sigara bırakma girişimlerinin %90'ı başarısız olurken destek alan bireylerin %50'si ilaç tedavilerini uygulamakta ve başarıya ulaşabilmektedir. Bu sebeple hekimlerin sigarayı bırakma çabası olan hastalarını cesaretlendirmeleri büyük önem arz etmektedir (71).

Sigara içmenin başlama, sürdürme, bırakma, aralıklı içme gibi birçok davranışsal şekli vardır. Günümüzde sigara bırakma tedavileri bu davranışsal farklılıklar göze alınarak düzenlenmektedir (72).

Bu tedaviler davranış çeşitlerine göre şu şekildedir;

- 1- Bırakmayı Düşünmeme (Pre-contemplation):** Hastanın sigarayı bırakma yönünde bir düşüncesi ve talebinin olmadığı bir evredir. Hekim bu aşamadaki hastaya karşı baskıcı bir tavır sergilememeli ve sigaranın sağlığa zararları konusunda hastayı bilgilendirmelidir.
- 2- Bırakmayı düşünme (Contemplation):** Sigara kullanmanın sağlığa zararları konusunda bilgisi olan ve bırakma düşüncesine sahip hastanın eyleme geçemediği evredir. Hasta eyleme geçmesi konusunda teşvik edilmeli, cesaretlendirilmelidir.
- 3- Bırakmaya hazırlanma (Preparation/ready for action):** Hasta sigara bırakma kararını vermiş ve bu konudaki eylem planını hazırlamıştır. Hastaya bu evrede yardımcı olmak amaçlı davranış tavsiyeleri ve farmakoterapi verilmelidir.
- 4- Bırakmayı deneme (Action):** Sigarayı bırakan hastanın henüz altı ayını doldurmadığı evredir. Bu süreçte hastanın motivasyonunun devamı sağlanmalı ve süreç yakından takip edilmelidir.
- 5- Bırakmayı sürdürme (Maintenance):** Altı aydan uzun süredir sigara içmeyen fakat halen sigara içmeye tekrar başlama riski olan hastanın bulunduğu evredir. Bu aşamada hekim hastayı bir yıl süreyle takip etmeli, motivasyon desteğini devam ettirmelidir (72).

Hekimlerin sigarayı bırakmak için istekli ve isteksiz olan hastalarına ayrı ayrı uygulamaları için **5A ve 5R stratejileri** önerilmektedir (73). Sigara bırakma konusunda istekli olan hastalara önerilen 5A uygulamasının içeriği şöyledir;

ASK (SOR): Herhangi bir nedenle doktora başvuran her hastaya tütün ürünü kullanıp kullanmadığı, kullanıyorsa günde ne kadar ve ne sıklıkta kullandığı sorulmalıdır.

ADVISE (ÖNER): Hastaya sigara kullanmayı bırakması önerilir.

ASSESS (DEĞERLENDİR): Hastanın sigara bırakma düşüncesi olup olmadığı, daha önce sigarayı bırakmayı deneyip denemediği ve bu konuda ne çeşit zorluklarla karşılaştığı değerlendirilir.

ASSIST (ÖNDERLİK ET): Hastaya sigara bırakma sürecinde nasıl davranması gerektiği anlatılmalı, bir eylem planı hazırlanmalı ve yoksunluk belirtilerinden dolayı zorluk yaşadığında bunun üstesinden nasıl gelebileceği hakkında bilgi verilmelidir.

ARRANGE (İZLE): En az altı ay boyunca hasta yakından takip edilmelidir.

Kontrollere çağrılmalı süreç başarılı şekilde devam ediyorsa motivasyonunun devamı sağlanmalı, süreç başarısız olarak ilerliyorsa nedenleri üzerinde konuşulmalı ve bu nedenler tıbbi açıdan değerlendirilmelidir.

Sigara bırakma konusunda herhangi bir isteği ve düşüncesi olmayan hastalara önerilen **5R** uygulamasının içeriği ise şöyledir;

RELEVANCE (İLİŞKİ): Sigaranın zararları hastanın kişiye özel durumları (aile, çocuk, yaş, cinsiyet) ve ek hastalıklarıyla ilişkilendirilerek anlatılmalı ve hasta sigara bırakma konusunda teşvik edilmelidir.

RISKS (RİSKLER): Sigara kullanmasının sonucunda oluşabilecek riskler hastaya ayrıntılı bir şekilde anlatılmalıdır.

REWARDS (ÖDÜLLER): Sigarayı bırakmasının hastanın hayatında oluşturacağı olumlu etkilerden bahsedilmelidir.

ROADBLOCKS (ENGELLER): Hastanın sigarayı bırakmak istememesinin nedenleri ve bırakmasına engel olan faktörler belirlenmelidir.

REPETITION (TEKRAR): Her görüşmede hasta tekrar sigaranın zararları ve sigara bırakma konusunda bilgilendirilmeli, teşvik edilmelidir (73).

2.7.1. Davranış Terapileri

Davranış terapileri kişinin sigara rutinlerinden uzaklaşmasını, sigara içme isteğiyle başa çıkabilme becerisi kazanmasını ve sigaraya yönelik olumsuz tepki geliştirmesini sağlamaya yönelik yöntemlerden oluşur. Bu yöntemlerin başlıcaları şöyledir;

Kendini izleme: Hasta sigara içme davranışını anlattığı bir günlük tutar. Böylece gün içinde hastanın sigara içme isteğini uyandıran, bu davranışını tetikleyen durumlar tespit edilir. Bu durumları ve kişinin sigara kullanımı üzerindeki etkilerini değiştirme yönünde çalışmalar yapılır.

Dozurma yöntemi: Hastanın midesi bulanana kadar sigara sayısını ve hızını artırması, sonunda ise hastada sigaraya karşı tikslenme hissi uyanması amaçlanan bir yöntemdir.

Kendi kendini yönetme teknikleri: Terapist eşliğinde bazı ters güdüleme yöntemlerinin kullanılmasını içerir.

Grup tedavileri: Davranış terapilerine ek olarak uygulanan grup terapilerinin sosyal destek almadan sigarayı bırakamayacağını belirten birçok hastada faydalı olduğu görülmüştür.

Davranış terapileri mümkün olduğunca kolay uygulanabilir önerilerden oluşmalıdır. Hastaların yoksunluk belirtileri nedeniyle en çok zorluk yaşadığı dönem olan ilk 3 ay boyunca hastalara kendilerinde sigara içme isteği uyandıracak ortamlardan uzak durmaları, aktif olmaları, derin nefes alma egzersizleri yapmaları önerilmelidir. Hastalar bu üç ayda depresyon ve kilo alma ihtimaline karşı bilgilendirilmeli, egzersiz ve düşük kalorili diyet tavsiye edilmelidir (71).

2.7.2. Farmakolojik Tedavi

Hem fizyolojik hem de psikolojik bir bağımlılık olan nikotin bağımlılığında davranış terapisi ve ilaç tedavisi kombinasyonu, bu yöntemlerin tek başlarına kullanılmasına nazaran çok daha büyük bir başarı elde edilmesini sağlar (74). İlaç tedavileri yoksunluk semptomlarını azaltarak hastanın sigarayı bırakma sürecini

kolaylaştırır. Bu tedavilerden başlıcaları şöyledir; nikotin replasman tedavisi (NRT), bupropion ve vareniklin tedavisi.

2.7.2.1. Nikotin Replasman Tedavileri

NRT'nin amacı nikotinik reseptörlere bağlanarak, sigaranın bırakılmasının ardından oluşabilecek aşırı nikotin isteği, çabuk sinirlenme ve dikkat eksikliği gibi yoksunluk semptomlarının önüne geçmek ve süreci kolaylaştırmaktır. Ayrıca sigara yerine konan NRT hastayı sigaradaki diğer zararlı ve toksik maddelere maruz kalmaktan da korumuş olur. NRT için kullanılan ürünler; nikotin bandı, nikotin sakızı, nikotin pastil, nikotin dil altı tablet, nikotin inhaler ve nikotin nazal spreyidir. Fakat ülkemizde bunlardan yalnızca transdermal nikotin bandı ve nikotin sakızı bulunmaktadır. Bunlardan hangisinin seçileceğine hastaya göre karar verilmelidir. NRT ürünleri birbirleri ile, bupropion veya vareniklin ile birlikte kullanılmaktadır. Sigara ile birlikte kullanılmaları önerilmemektedir (75,76).

Nikotin replasman ürünlerinin hiçbiri sigara dumanındaki kadar hızlı nikotin salınımına neden olmaz ve bu ürünlerle vücuda alınan nikotin dozu sigara ile alınan dozdan çok daha azdır. Bir sigara içiminden 10 dk sonra plazmadaki nikotin seviyesi ortalama 35 mg/L iken bu oran nikotin sakızları ve nazal spreylerde 6-8 mg/L, nikotin bandında ise 12 mg/L civarındadır. Nikotin bantları uzun etkili ve yavaş salımlı olmaları nedeniyle yoksunluk semptomlarını daha geç düzeltir. Nazal sprey ve oral nikotin ise kısa etkilidir ve yoksunluk semptomlarına daha etkilidir. Fakat kısa etkili olan bu formların gün içinde tekrarlayan dozlarda alınması gerektiğinden bu ürünlerle yapılan tedaviye hasta uyumu çok daha zordur. Yapılan çalışmalarda bu ürünlerin beşinin de plaseboya oranla iki katı etkinliğe sahip olduğu ve tedavide kombine kullanımlarında tek ürüne kıyasla çok daha fazla etkili oldukları görülmüştür (77). Bazı NRT ürünlerinin özellikleri Tablo 4'te belirtilmiştir (78).

Tablo 4: Nikotin Replasman Tedavisi Ürünleri ve Özellikleri

İlaç	Doz	Yan Etki
Nikotin Sakızı	Orta-düşük bağımlılıkta 2 mg Yüksek bağımlılıkta 4 mg Günde en fazla 24 adet Tedavi süresi 8-12 hafta	Bulantı, kusma Hazımsızlık Ağız içinde ve yanak mukozasında irritasyon
Nikotin Bandı	24 saatlik (21 mg) ve 16 saatlik formları (15 mg) mevcut. Günde 15 adetten fazla sigara içiyorsa 21 mg, Günde 10-15 adet kullanıyorsa daha düşük doz önerilir. Sabit nikotin düzeyi oluşturur. 3-4 haftada bir doz azaltılır Tedavi süresi 8-12 hafta	Hafif deri reaksiyonları Aritmi Bulantı Sersemlik Kabızlık Eklem ve sırt ağrısı
Nikotin Nazal Sprey	Saatte 1-2 doz en fazla 5 doz Günde 10-40 doz Tedavi süresi 3-12 ay	Gözlerde yaşarma Öksürük Burun sekresyonlarında artış

Nikotin replasman tedavisi sırasında hastalar sigarayı bırakıp tedavi ürünlerinin bağımlısı olmaktan korksalar da bu durum için risk çok azdır. NRT ürünleri, bupropion ve varenikline nazaran daha az yan etkileri olmasından dolayı farmakoterapide ilk tercihimizdir (79,80).

2.7.2.2. Bupropion

Bupropion tütün bağımlılığının tedavisinde etkisi gösterilen ilk non-nikotin tedavidir. Non-trisiklik bir antidepresandır. Norepinefrin ve dopaminin sinaptik geri alım bir inhibitörüdür. Yoksunluk semptomlarının azalmasını sağlar. Yapılan çalışmalarda ilacın tek başına kullanımında sigara bırakma başarısını yaklaşık 2 kat artırdığı tespit edilmiştir. Her ne kadar kombine tedavilerinin tek başına olanlarına

belirgin bir üstünlüğü görülmesi de ciddi yoksunluk belirtileri olan ya da monoterapi ile başarı sağlanamayan olgularda NRT ve bupropion birlikte kullanılabilir (81).

Bupropion tedavisi 300 mg/gün dozunda kullanılarak 8 hafta sürer. Gerekli görüldüğü durumlarda ise tedavi 6 aya kadar uzatılabilir. Tedaviye sigara bırakılmadan önce başlanır ve hasta tedaviyi aldığı sırada sigarayı bırakır. Tedavinin ilk 3 günü 150 mg/gün, 4.günden itibaren 300 mg/gün dozunda kullanılır. Sürekli salınımlı formülasyonlu ilaç olan Zyban™ sigara bırakmada yardımcı ilaç olarak lisans almıştır (71,80). Uykusuzluk, baş ağrısı ve ağız kuruluğu gibi yan etkiler yapabilir. Bupropion kullananlarda konvülsiyon görülme riski 1:1000 olduğu için bu ilaç epilepsi öyküsü olanlarda veya konfüzyon eşliğini düşüren ilaç kullanımı olan, MSS travma öyküsü olan, kontrolsüz hipertansiyon, anoreksiya ve bulimia gibi yeme bozukları olanlarda, hamilelikte ve 18 yaş altı hastalarda kontrendikedir. Karaciğerde metabolize olduğundan tedavi sırasında karaciğer fonksiyonları takip edilmeli ve karaciğerde metabolize olan ilaçlarla kullanımında dikkatli olunmalıdır. FDA tarafından 2008 yılında bupropion kullanımı ile intihar girişimi arasında ilişki olabileceğinin açıklanmamıştır. Bu nedenle bupropion kullanan hastaların yakın nöropsikiyatrik izlemleri tavsiye edilmiştir. Bupropionun KOAH'ı ve kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda kullanım güvenlidir (79, 80, 82).

2.7.2.3.Vareniklin

Vareniklin nikotinic reseptörleri uyararak nikotinic agonist etki gösterir. Böylece nucleus accumbens dopamin salgılanmasını sağlar. Vareniklin bu etkisiyle sigara bırakma tedavisi sırasında oluşan yoksunluk semptomlarını azaltır (83).Yapılan çalışmalarda vareniklinin plaseboya göre 3 kat daha etkili olduğu kanıtlanmıştır. (47). Üç randomize kontrollü çalışmada ise vareniklin bupropiona üstün bulunmuştur.

Tedavinin ilk 3 günü 0,5 mg/gün, sonraki 4-7.günler arasında 2x 0,5mg/gün, 8.günden sonra ise 2x1mg/gün dozunda kullanılır. Ortalama tedavi süresi 12 haftadır fakat 24 haftalık tedavinin nüksü önlemede daha başarılı olduğu gözlenmiştir (83). En sık görülen yan etkisi bulantıdır. Bunun yanında uykusuzluk, baş ağrısı, anormal düş görme, yerinde duramama, tuhaf duygudurum ve depresyon da görülebilir. FDA vareniklin kullanımı ile intihar girişimi arasında bir ilişki saptamış olup, vareniklin

tedavisi başlanan hastaların psikiyatrik açıdan yakın takip edilmesi önerilmektedir. Hamilelerde ve emziren annelerde kontrendikedir. Vareniklinin kardiyovasküler hastalığı olanlarda kardiyovasküler olayları tetiklediği yönünde bir iddia olmakla birlikte bu iddia herhangi bir çalışmayla kanıtlanamamıştır (78, 80).

2.7.2.4. Diğer İlaçlar

Sigara bırakma tedavisinde kullanılan diğer bazı ilaçlar ise şunlardır; monoamin oksidaz (MAO) inhibitörleri, klonidin, nortiptilin, rimonabant, klonidin ve nikotin aşısıdır. Bunlar arasında en sık kullanılanlar klonidin ve nortiptilindir. Fakat ülkemizde bulunmamaktadırlar.

Yeni bir tedavi olan nikotin aşısı (NicVAX) ise nikotinin asetilkolin reseptörlerine bağlanma oranını azaltmakta ve vücudun nikotine karşı bağışıklanmasını sağlamaktadır. İlerisi için umut vaad eden önemli bir gelişme olmasının yanında aşının henüz pratik uygulamada yeri yoktur (71,79,80).

2.8. Tütün Kontrolü

Dünyada tütün kontrolüne yönelik ilk uluslararası anlaşma olan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) 2003 yılında uygulamaya girmiştir. Bu antlaşma tütün kullanımını azaltma yolunda ülkelere 2025 yılına kadar uygulanmasını istediği ulusal hedefler belirlemiştir. Türkiye, DSÖ'nün TKÇS'sine 2004 yılında taraf olmuştur. (84).

TKÇS'nin belirlemiş olduğu tütüne talebi azaltmaya yönelik önlemler şu başlıklar altındadır:

- Tütüne olan talebin azaltılması için fiyat ve vergi önlemleri,
- Tütün dumanından korunmaya yönelik düzenlemeler,
- Tütün ürünlerinin içeriklerinin iyileştirilmesi,
- Tütün ürünlerinin ifşası ile ilgili düzenleme,
- Tütün ürünlerinin paket ve etiketleri ile ilgili düzenleme,
- Öğretim, iletişim, eğitim ve toplumsal bilincin artırılması,

- Tütün reklâmları, promosyonları ve sponsorlukları ile ilgili düzenlemeler,
- Tütün bağımlılığı ve tütünün bırakılması ile ilgili talep azaltıcı önlemler.

TKÇS'nin belirlemiş olduğu tütün arzının azaltmasına yönelik önlemler şu başlıklar altındadır:

- Yasa dışı tütün ürünü ticareti,
- Çocuklara ve çocuklar aracılığıyla satış yapılması,
- Ekonomik olarak daha uygun alternatif faaliyetlere yönlendirme konusundaki önlemler (84).

DSÖ 2008 yılında bu önlemlerin etkin şekilde uygulanmasına yardımcı olması amaçlı tütün kontrolü konusunda etkili olduğu ispatlanmış olan, türkçe karşılık olarak 'güçlendirme' ifadesini kullanabileceğimiz 6 uygulamayı içeren bir politika paketi (MPOWER) hazırlamıştır.(6)

Bu pakette yer alan 6 politika şunlardır:

- Salgını ve koruyucu uygulamaları yakından izlemek (Monitor).
- Toplum pasif sigara dumanından mümkün olduğunca korumak (Protect),
- Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek (Offer),
- Herkesi sigaranın tehlikeleri konusunda uyarmak (Warn),
- Reklâm, tanıtım ve sponsorluğu yasaklamak (Enforce),
- Tütünle ilgili vergileri ve fiyatları artırmak (Raise),

Ülkemizde 2010-2011 yıllarında sigara vergileri DSÖ'nün tavsiye ettiği oranda artırılmış, sigara paketlerinin ön ve arka taraflarında resimli ve yazılı sağlık uyarıları yer alması sağlanmıştır. Ulusal sigara bırakma hattı hizmete sunulmuş ve ücretsiz sigara bıraktırma poliklinikleri kurulmuştur (85,86).

Tütün kontrolü ile ilgili buraya kadar ifade edilen politikaları hayata geçiren Türkiye, 2013 "Küresel Tütün Epidemisi Raporu"na göre MPOWER paketindeki tütün kontrol politikası stratejilerinin tümünü uygulayan ilk ülke ve 2019 "Küresel Tütün Epidemisi Raporu"na göre ise Brezilya ile birlikte söz konusu stratejilerin tümünü uygulayan iki ülkeden biri olmuştur (87, 88).

3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Amacı

Sigara ile mücadelede en etkin yöntemlerden biri toplumun sigaranın sağlığa zararları konusunda bilinçlendirilmesidir. Bu aşamada topluma rol model olma konusunda hekimlere büyük bir sorumluluk düşmektedir. Yapılan çalışmalarda birçok ülkede hekimler arasında sigara içme sıklığının azaltılmasıyla toplumun sigara içme sıklığındaki azalma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu nedenlerle yaptığımız çalışmada geleceğin hekim adayları olan Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem I ve VI öğrencilerinin sigara içme sıklığını ve sigara ile ilgili bilgilerini, tutumlarını ve davranışlarını değerlendirmeyi, bununla ilişkili risk faktörlerini araştırmayı amaçladık.

3.2. Araştırmanın Gereç ve Yöntemi

Bu çalışma 2020-2021 yılında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde birinci ve altıncı sınıfta öğrenim gören 221 öğrenci ile yapılmış tanımlayıcı türde bir çalışmadır. Çalışmaya katılan öğrencilerin %51.4'ü (n:114) Dönem I öğrencisi iken %48.2'si (n:107) Dönem VI öğrencisidir. Öğrencilere çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmanın verileri 2020 Eylül-Aralık ayları arasında toplanmıştır. Çalışmada 37 soruluk bir anket kullanılmıştır. Ankette öğrencilerin sosyodemografik özellikleri, öğrencinin ve sosyal çevresinin sigara kullanımı, sigara kullananların bağımlılık ve bırakma durumları sorgulanmıştır. Ayrıca öğrencilerin sigaraya, sigara bıraktırma tedavilerine, politikalarına ve tıp fakültesinde sigaranın zararları konusunda verilen eğitime ilişkin tutum ve düşüncelerini saptamaya yönelik sorular yer almaktadır.

Anket verileri SPSS 2018 programında analiz edilmiştir. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında ki-kare testi (Pearson Chi-square Test) uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak “ $p < 0,05$ ” kabul edilmiştir. Anketteki sosyo-demografik değişkenlere ait tanımlayıcı veriler tablolastırılıp yorumlanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamıza katılan 221 tıp öğrencisinin sosyodemografik verilerini değerlendirdik. Çalışmaya katılan tıp öğrencilerinden 114'ü (%51.6) 1. Sınıf tıp öğrencisi, 107'si de (%48.4) 6.sınıf tıp öğrencisiydi. Dönem I öğrencilerinin 88'i (%59.1) kadın, 26'sı (%36.1) erkek, dönem VI öğrencilerinin ise 61'i (%40.9) kadın, 46'sı (%63.9) ise erkekti (Tablo 5).

Tablo 5: Öğrencilerin Dönem ve Cinsiyet Dağılımı

	Cinsiyet		Toplam
	Kadın	Erkek	
Dönem I	88 %59.1	26 %36.1	114 %51.6
Dönem VI	61 %40.9	46 %63.9	107 %48.4
Toplam	149 %100	72 %100	221 %100

4.2. Öğrencilerin Sigara İçme Durumları Ve Özellikleri

Çalışmaya katılan öğrencilere bakıldığında, sigarayı içmeyenlerin sayısı 170 (%76.9), içenlerin sayısı ise 51 (%23.1), olarak bulundu. Verilere göre sigara içenlerin %55.8'i (n=29) erkek iken, %44.2'si (n=23) kız öğrencilerdir. Erkek öğrenciler arasında sigara içme prevalansı %40.3 iken, kız öğrenciler arasında %14.8 olarak tespit edildi (Tablo 6). Bu veriler Ki-Kare testi ile değerlendirildiğinde öğrencilerin cinsiyetleri ile sigara içme durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$)

Tablo 6: Öğrencilerin Sigara İçme Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı*

	Cinsiyet (n)	
	Kadın	Erkek
Sigara İçenler	22 %14.8	29 %40.3
Sigara İçmeyenler	127 %85.2	43 %59.7
Toplam	149 %100	72 %100

*p<0,001 olup değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Sınıflara göre sigara içme durumu karşılaştırıldığında sigara içmeyen 170 kişinin %61.2'sini (n=104) 1. sınıf öğrencilerinin, %38.8'ini (n=66) ise 6. Sınıf öğrencilerinin oluşturdukları görüldü (p<0,001). Sigara içen 51 kişinin %19.6'sının (n=10) 1. sınıf öğrencileri ve %80.4'ünün (n=41) 6. sınıf öğrencileri tarafından oluşturulduğu tespit edildi. Sigara içme oranının 1. sınıfta %8.8 , 6. sınıfta ise %38.3 olduğu görüldü. Sigara içme düzeyi dönem IV da istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p<0,001) (Tablo 7).

Tablo 7: Dönemlere Göre Öğrencilerin Sigara İçme Durumları*

	Dönem	
	Dönem I	Dönem VI
Sigara İçenler	10 %8.8	41 %38.3
Sigara İçmeyenler	104 %91.2	66 %61.7
Toplam	114 %100	107 %100

*p<0,001 olup değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Sigara içen 51 öğrencinin %62.7'si ilk sigarasını tıp fakültesine başlamadan önce içtiğini, %37.3'ü ise tıp fakültesine başladıktan sonra içtiğini ifade etmiştir.

Öğrencilerin sigara kullanımı ve annelerinin sigara içme durumlarına bakıldığında tüm öğrencilerin %11.3'ünün (n:25) annesi sigara kullanmakta, %9.5'i (n:21) daha önceden içip bırakmış, %79.2'sinin (n:175) ise annesi sigara

kullanmamaktaydı. Sigara içen 51 öğrenciden %15.7'sinin (n:8) annesi sigara kullanmakta, %9.8'sinin (n:5) annesi bırakmış, %74.5'inin (n:38) ise annesi sigara kullanmamaktaydı. Sigara içmeyen öğrencilerin ise %10'unun (n:17) annesi sigara kullanmamaktaydı. Öğrencilerin sigara içme durumu ile annelerinin sigara içme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,519) (Tablo 8).

Tablo 8: Annelerinin Sigara İçme Durumuna Göre Öğrencilerin Sigara İçme Durumları*

	Öğrencilerin Annelerinde Sigara Kullanımı		
	Kullanıyor	Kullanmıyor	Bırakmış
Sigara İçenler	8 %32	38 %21.7	5 %23.8
Sigara İçmeyenler	17 %68	137 %78.3	16 %76.2
Toplam	25 %100	175 %100	21 %100

**p=0,519 olup değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Öğrencilerin sigara kullanımı ve babalarının sigara içme durumlarına bakıldığında tüm öğrencilerin %32'1'inin (n:71) babasını sigara kullanmakta, %27.1'i (n:60) daha önceden içip bırakmış, %40.7'sinin (n:90) ise babası sigara kullanmamaktaydı. Sigara içen 51 öğrenciden %51'inin (n:26) annesi sigara kullanmakta, %29.4'ünün (n:15) babası bırakmış, %19.6'sının (n:10) ise babası sigara kullanmamaktaydı. Sigara içmeyen öğrencilerin ise %26.5'inin (n:45) babası sigara kullanmamaktaydı. Öğrencilerin sigara içme durumu ile annelerinin sigara içme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p= 0,001) (Tablo 9).

Tablo 9: Babalarının Sigara İçme Durumuna Göre Öğrencilerin Sigara İçme Durumları*

	Öğrencilerin Babalarında Sigara Kullanımı		
	Kullanıyor	Kullanmıyor	Bırakmış
Sigara İçenler	26 %36.6	10 %11.1	15 %25.0
Sigara İçmeyenler	45 %63.4	80 %89.9	45 %75.0
Toplam	71 %100	90 %100	221 %100

*p=0,001 olup değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Öğrencilerin sigara kullanımı ve yakın arkadaş gruplarında sigara içme durumlarına bakıldığında tüm öğrencilerin %55.7'sinin (n:123) yakında arkadaş grubunda sigara içildiği, %44.3'nün ise (n:98) yakın arkadaş grubunda sigara içilmediği görüldü. Sigara içen 51 öğrenciden %96.1'inin (n:49) yakın arkadaş çevresinde sigara içilmekteydi. Sigara içmeyen öğrencilerin ise %43.5'inin (n:74) yakın arkadaş çevresinde sigara içilmekte, %56.5'inin (n:96) ise yakın arkadaş çevresinde de sigara içilmemekteydi. Öğrencilerin sigara içme durumu ile yakın arkadaş çevresinde sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0,001) (Tablo 10).

Tablo 10: Öğrencilerin Yakın Arkadaşlarının Sigara İçme Durumuna Göre Sigara İçme Durumları*

	Öğrencilerin Yakın Arkadaşlarında Sigara Kullanımı	
	Evet	Hayır
Sigara İçenler	49 %39.8	2 %2
Sigara İçmeyenler	74 %60.2	96 %98
Toplam	123 %100	98 %100

*p<0,001 olup değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Kişilerin yaşadıkları yer ve barınma durumlarının sigara içme durumunu etkileyen faktörlerden oldukları düşünülmektedir. Çalışmaya alınan 221 öğrencinin 156'sı (%70.6) yaşadıkları yerde kendisinden başka sigara içen kimsenin bulunmadığını, 65 öğrenci ise (%29.4) sigara içen başka kişilerin de olduğunu ifade etmektedir. Sigara içen 51 öğrenciden 29'unun (%56.9), sigara içmeyen 170 öğrenciden ise 36'sının (%21.2) yaşadığı ortamda sigara içen kendisinden başka birilerinin bulunduğu saptandı. Bu veriler Ki-Kare testinde değerlendirildiğinde öğrencilerin sigara içme durumu ile yaşadığı ortamda sigara içilmesi arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 11).

Tablo 11: Yaşadıkları Ortamda Sigara İçilmesi Durumuna Göre Öğrencilerin Sigara İçme Durumları*

	Öğrencilerin Yaşadıkları Ortamda Sigara Kullanımı	
	Evet	Hayır
Sigara İçenler	29 %44.6	22 %14.1
Sigara İçmeyenler	36 %55.4	134 %85.9
Toplam	65 %100	156 %100

* $p<0,001$ olup değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Tüm öğrenciler arasında tütün dışında bağımlılık yapıcı başka madde kullananların sayısı 22 (% 10) olup, kullanmayanların sayısı ise 199'dir (%90). Sigara içenlerin %29.4'ü (n:15) tütün dışında bağımlılık yapıcı madde kullanırken sigara içmeyenlerin %4.1'i (n:7) kullanmaktaydı. Bu veriler Ki-Kare testinde değerlendirildiğinde, tütün dışında bağımlılık yapıcı madde kullanımının sigara içenlerde daha yaygın olduğu ve öğrencilerin sigara içme durumu ile tütün dışında bağımlılık yapıcı madde kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,001$) (Tablo 12).

Tablo 12: Tütün Dışında Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Durumuna Göre Öğrencilerin Sigara İçme Durumları*

	Öğrencilerin Tütün Dışında Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanımı	
	Evet	Hayır
Sigara İçenler	15 %68.2	36 %18.1
Sigara İçmeyenler	7 %31.8	163 %81.9
Toplam	22 %100	199 %100

*p<0,001 olup değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Sigara içmeye başlanan yaş % 33.3 oranında 11-15 yaş, % 52.9 oranında 16-20 yaş, % 13.7 oranında 21-25 olarak belirlendi. Öğrencilerin % 62.7'si sigara içmeye üniversiteden önce başladığını belirtti. Öğrencilerin sigaraya başlama yaşı ortalaması ise 17.66 olarak saptandı. Sigara içmeye üniversiteyi kazandıktan sonra başlayan öğrencilerin %79'u öğreniminin ilk 3 yılında %21'i ise 3.yıldan sonra sigara içmeye başladığını ifade etti.

Öğrencilere içtikleri günlük sigara miktarı sorulduğunda; % 35.3'ü <10 adet, %45.1'i 11-20 adet, %17.6'sı 20-30 adet ve %2'si >30 adet sigara içtiğini belirtti. Öğrencilerin okulda günde ortalama 7 adet sigara içtikleri saptandı.

Öğrencilerin sigaraya başlama nedenleri sorgulandığında; %47.1 oranında merak, %58.8 oranında sosyal çevre etkisi, %43.1 oranında stres, %15.7 oranında özentisi, % 2 oranında yasağa tepki olarak yanıtlandı (Tablo 13). Sonuçların % 100'den fazla çıkmasının sebebi her bir deneğin birden fazla şıkka cevap vermesinden kaynaklanmaktadır.

Tablo 13: Öğrencilerin Sigaraya başlama Nedenleri

Sigaraya Başlama Nedeni	%
Sosyal Çevre Etkisi	58.8
Merak	47.1
Stres	43.1
Özenti	15.7
Yasağa Tepki	2

Sigara içen öğrencilerin şu anda sigara içme nedeni sorgulandığında; %84,3 ‘alışkanlık haline geldiğinden’,%43.1 oranında ‘sıkıntı ve mutsuzluğu azaltmak için’,%37.3 oranında ‘öfkeli ve heyecanlı zamanlarda sakinleşmek için’, %15.7 oranında ‘bir konu üzerinde yoğunluk toplamak için’ ve % 15.7 oranında ‘sınav stresini azaltmak için’ yanıtı alındı.

(Sonuçların % 100’den fazla çıkması bu soruda birden fazla seçeneğin işaretlenebilir olmasından kaynaklanmaktadır.)

Sigara içen 51 öğrenciye sorulan ‘Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?’ sorusuna %21.6 oranında ‘hayır’ cevabı verildi. Aynı soruya ‘evet’ cevabını verenlerin oranı %78.4 olup nedenleri sorgulandığında; ileride hastalanma korkusu %82.9, ekonomik nedenler %46.3, kokusunun çevreye verdiği rahatsızlık %19.5, çevreye iyi örnek olmak için % 17.1, inançlarımdan dolayı % 2.4 ve toplum baskısı % 2.5 oranında belirtildi.

Öğrencilerin % 82.4’ü (n: 42) hayatında en az bir kere olmak üzere sigarayı bırakmayı denediğini ve deneyen 42 kişiden 39’u (n:78.6) bu deneme sırasında zorluklar yaşadığını belirtti. Karşılaştıkları zorluklar sorgulandığında aşırı sigara içme istediği %72.2, sinirlilik hali %44.4, konsantrasyon bozukluğu %38.9, mutsuzluk %27.8,kabızlık %19.4, baş ağrısı 16.7 ve baş veya yüzde uyuşma % 5.6 oranında cevaplandı (Tablo 14).

Tablo 14: Öğrencilerin Sigara Bırakma Denemelerinde Karşılaştıkları Zorluklar

Sigaraya Bırakma Denemesinde Yaşana Zorluklar	%
Sigara İçme İsteği	72.2
Konsantrasyon Bozukluğu	38.9
Mutsuzluk	27.8
Kabızlık	19.4
Baş Ağrısı	16.7
Baş Veya Yüzde Uyuşma Hissi	5.6

Sigara içen 51 öğrenciden %31.4'ü (n:16) sigarayı bırakmak için yardım almayı düşündüğünü, %68.6'sı (n:35) ise yardım almayı düşünmediğini belirtti. Öğrencilerin %13.7'si (n:7) ise daha önce sigara bırakma konusunda yardım aldığını belirtti. Ne tür bir yardım aldıkları sorgulandığında sigara bıraktırma polikliniğine başvuru %57.1, eczaneden ilaç alıp kullanma %42.9 ve sigara bıraktırma hattı %14.3 oranında belirtildi. Yardım alanların %57.1'i bu yardımın bir etkisi olmadığını, %42.9'u ise etkisinin olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan tüm öğrencilerden %53.8'i (n:119) toplumda sigara içilmemesi için özel bir çaba gösterdiğini, %46.2'si (n:102) ise bunun için özel bir çaba göstermediğini belirtti. Sigara içmeyen öğrencilerin %61.2'si (n:104) toplumda sigara içilmemesi için özen göstermekteyken, bu oran sigara içen öğrencilerde %27.5 (n:15) idi. Bu verilerin Ki-Kare testi ile değerlendirilmesi sonucunda öğrencilerin sigara içme durumları ile toplumda sigara içilmemesi için çaba gösterme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 15).

Tablo 15: Öğrencilerin Sigara İçme Durumlarına Göre, Toplumda Sigara İçilmemesi İçin Çaba Gösterme Durumları*

	Toplumda Sigara İçilmesi İçin Özel Çaba Gösterenler	Toplumda Sigara İçilmesi İçin Özel Bir Çaba Göstermeyenler
Sigara İçenler	15 %12.6	36 %35.3
Sigara İçmeyenler	104 %87.4	66 %64.7
Toplam	119 %100	102 %100

*p<0,001 olup değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

4.3. Öğrencilerin Tıp Fakültesinde Sigara Hakkında Edindikleri Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi

Öğrencilerin %91.9'u (n:203) tıp eğitimi alıyor olmalarının sigara konusundaki davranış ve tutumlarını etkilediğini belirtirken, %8.1'i (n:18) herhangi bir etkisinin olmadığını belirtti. Olumlu ve olumsuz etkileri sorgulandığında ise olumlu etkiler arasında sigaranın sağlığa zararları konusunda bilgi sahibi olmamızı sağlıyor cevabı %77.9 oranında ve geleceğin hekimi olacak olmak topluma örnek olma isteği uyandırıyor cevabı %44.6 oranında tercih edildi. Olumsuz etkileri sorgulandığında ise tıp eğitiminin uzun ve stresli olması %73.2 oranında ve tıp eğitiminin yoğun dikkat gerektirmesi ve sigaranın bunu kolaylaştırması cevabı %24.2 oranında tercih edildi.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %73.8'i (n:163) tıp fakültesinde sigaranın zararlarının yeterince anlatıldığını düşünüyordu. %26.2'si (n:58) ise yeterince anlatılmadığını düşünüyordu. Yeterince anlatılmadığını düşünen öğrencilerin %29.9'u (n:21) Dönem I öğrencisi; %28.1'i (n:37) ise Dönem VI öğrencisi idi. Bu veriler Ki-Kare testinde değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,190) (Tablo 16).

Tablo 16: Öğrencilerin Tıp Fakültesinde Sigaranın Zararlarının Anlatımını Değerlendirmesi*

	Sigaranın Zararlarının Yeterince Anlatıldığını Düşünenler	Sigaranın Zararlarının Yeterince Anlatılmadığını Düşünmeyenler
Sigara İçenler	34 %20.9	17 %29.3
Sigara İçmeyenler	129 %79.1	41 %70.7
Toplam	163 %100	58 %100

*p=0,190 olup değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Öğrencilerin %82.4'ü (n:182) bazı hastanelerde sigara bırakma polikliniği olduğundan haberdar iken %17.6 (n:39) haberdar değildi. Haberdar olan 182 kişiden 110'u (%60.4) hastanemizde bulunan sigara bıraktırma polikliniğini bildiğini, fakat öğrencilerden sadece 11'i (%4.9) polikliniği ziyaret ettiğini belirtti. Dönem I öğrencilerinde sigara bıraktırma poliklinikleri hakkında bilgi sahibi olma oranı %68.4 (n:78) iken, bu oran dönem VI'da %97.2'dir (n:104).

Öğrencilere polikliniklerde verilen sigara bırakma tedavi çeşitlerinden hangileri hakkında bilgi sahibi sorulduğunda nikotin bandı %66.5, nikotin sakızı ve ilaç tedavisi %66.1 ve psikososyal tedavi %61.1 oranında cevaplanmıştır. Öğrencilerin tedavi çeşitleri hakkında bilgi sahibi olma durumlarına göre öğrenim gördükleri dönem Tablo 17'de belirtilmiştir. Veriler Ki-Kare testinde değerlendirildiğinde öğrencilerin nikotin bandı, nikotin sakızı ve ilaç tedavileri hakkında bilgi sahibi olma durumları ile buldukları dönem arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0,001). Psikososyal tedavi hakkında bilgi sahibi olma durumları ile buldukları dönem arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,120) .

Tablo 17: Öğrencilerin Buldukları Döneme Göre, Bilgi Sahibi Oldukları Tedavi Çeşitleri

	Dönem		Toplam	P Değeri
	Dönem I	Dönem VI		
Nikotin Bandı	52 %45.6	95 % 88.8	147 % 66.5	P<0,001
Nikotin Sakızı	59 % 51.8	20 % 18.7	146 %66.1	P<0,001
İlaç Tedavisi	59 %51.8	87 %81.3	146 %66.1	P<0,001
Psikososyal Tedavi	64 %56.1	71 %66.4	135 %61.1	P=0,120
Toplam	114 %100	107 %100	221 %100	

Çalışmamıza katılan öğrencilerin %51.6'sı (n:114) tütün zararları önlenmesi kanunu hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtti. Bilgi sahibi olan öğrencilere “Bu kanunun toplumda sigaranın zararlarını azaltma konusunda etkili olduğunu düşünüyor musunuz?” sorulduğunda %36'sı (n:41) “evet” cevabı verirken %64'ü (n:73) “hayır” cevabı vermiştir.

5. TARTIŞMA

DSÖ'nün bir hastalık olarak kabul ettiği sigara bağımlılığının toplumda azaltılmasında ve tedavi edilmesinde hekimlere büyük bir görev düşmektedir. Bu görevi başarıyla yerine getirebilmeleri için ise hekimlerin sigara konusunda yeterli bilinç düzeyine ulaşabilmeleri şarttır. Çalışmamızda geleceğin hekimleri olan tıp fakültesi öğrencilerinin öğrenimleri sırasında bu bilince ne kadar sahip olabildiklerini, verilen eğitimin bu konudaki yeterliliğini ve eğitim sürecinde bu öğrencilerin sigara ile ilgili tutum ve görüşlerinin ne yönde ve nasıl değiştiğini görmek amaçlanmıştır. Bu sebeplerden ötürü çalışmamız öğreniminin birinci yılında ve altıncı yılında olan öğrenciler üzerinde yapılmıştır.

Çalışmamıza katılan dönem I ve dönem VI öğrencilerinin %23.1'inin sigara kullandığı ve dönem I öğrencilerinde bu oranın %8.8 iken; dönem VI öğrencilerinde ise %38.3 olduğu saptanmıştır. Sönmez CI, ve ark (Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesinde, 2017) tarafından yapılan bir çalışmada bu oran dönem I öğrencilerinde %18.2, dönem VI öğrencilerinde %21.2 (90); Atıcı AG, ve ark tarafından (Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2016) yapılan çalışmada dönem I öğrencilerinde %9.5, dönem VI öğrencilerinde %22.8 (78); Çalışkan D, ve ark tarafından (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2005) yapılan bir çalışmada ise dönem I öğrencilerinde %8. dönem VI öğrencilerinde %29.1 olarak saptanmıştır (91). Farklı üniversitelerde farklı oranlar saptanmış olsa da tüm bu çalışmalardan çıkan ortak netice birinci sınıf öğrencileri arasında sigara kullanmamış olanların sayısının ve oranının altıncı sınıflardan anlamlı derecede düşük olduğudur. Kırkbeş ülkede gerçekleştirilen bir araştırmada, tıp öğrencilerinin sigara içme alışkanlığı yönünden bilgi, tutum ve davranışları incelenmiş, sigara tüketiminin genelde son sınıf öğrencilerinde birinci sınıfa göre çok daha yüksek seviyelerde olduğu saptanmıştır (92). Bu sonuç, bize tıp fakültesinde öğrenim sırasında zaman geçtikçe öğrencilerin sigara içme oranının arttığını göstermektedir. Bunun nedeni tıp fakültesi eğitiminin uzun ve stresli bir eğitim olması, hem de tıp fakültesinde sigaranın zararları konusunda verilen eğitimin yetersiz olması olabilir. Ayrıca aileden ayrılan ve sosyal çevresini değiştiren öğrencilerin kimlik kazanma ve bağımsız bir birey olma çabasında olduğu bu dönemde, sigara kullanımını özgürlüğünü ifade etmenin bir yolu olarak algıladığı

bütün üniversite öğrencileri için düşünülebilir. Bu nedenle tıp fakültesinde sigara ile ilgili eğitimlere eğitimin ilk yıllarında, öğrenciler sigara alışkanlığı edinmeden başlanması faydalı olacaktır.

Bizim çalışmamızda olduğu gibi, yapılan birçok çalışmada erkeklerde sigara içme sıklığının kadınlardan daha fazla olduğu görülmüştür. Bu durumun bizim ve bizimki gibi birçok ataerkil toplumdaki kızlar ve erkekler arasında olan farklı toplumsallaşma biçimlerinden kaynaklandığı tahmin edilebilir. Bu tarz toplumlarda erkeklerin yetiştirilme tarzı ve sigaranın erkeklikle bağdaştırılmasından ötürü kendine toplumda yer edinmeye çalışan genç erkeklerde sigaraya yönelimin daha fazla olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda kadınlar arasında sigara içme oranı %14.8 iken, erkekler arasında bu oran %40.3 olarak saptanmıştır. Atıcı AG, ve ark tarafından Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2016 yılında yapılan çalışmada bu oran kadınlarda %10.3 erkeklerde %26.2 (78); Öğüş C, ve ark tarafından Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan bir çalışmada ise dönem I erkeklerde %11, kızlarda %3.7, dönem VI'da sırasıyla %38.3 ,%11.3 saptanmıştır (93). Grassi ve ark.'nın 2014'teki çalışmasında erkek öğrencilerdeki sigara içme prevalansı %22.0 iken kadınlarda %13.6 olduğu görülmüştür (94).

Öğrencilerin anne ve babalarının sigara içme durumlarına bakıldığında, öğrencilerin sigara içme durumu ile babalarının sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Fakat öğrencilerin annelerinin sigara içme durumu ile kendilerinin sigara içme durumu arasında bir ilişki saptanmamıştır. Atıcı AG, ve ark tarafından Ondokuz Mayıs Üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada ailesinde sigara içen kişi olması ile sigara içme durumları arasındaki ilişki anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur (78). Alvir TM, ve ark tarafından Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan bir çalışmada ise ailesinin diğer üyelerinde sigara içenlerle içmeyenler arasında sigara alışkanlığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (95). Kişilerin ailelerinin sigara içme üzerine tutumlarının kişiler üzerinde oldukça fazla etkisi bilinmektedir. Bizim çalışmamızın sonucuna göre sigara içimi konusunda babanın anneden daha fazla etkili olduğu söylenebilir. Bu durum bu konuda babanın anneden daha fazla rol model görevi üstlendiğini düşündürmektedir.

Araştırmamızın verilerine bakıldığında öğrencilerin sigara içme durumu ile yaşadıkları ortamda ve yakın arkadaş grubunda sigara içilme durumu arasında istatistik olarak yüksek derecede anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Sigara içen öğrencilerin %96.1'inin yakın arkadaş çevresinde sigara içilmekteyken, sigara içmeyen öğrencilerde bu oran %43.5 idi. Sigara içen öğrencilerin %56.9'unun yaşadığı ortamda sigara içilirken, bu oran içmeyen öğrencilerde %21.2 idi.

Sönmez CI, ve ark tarafından yapılan çalışmada ise yakın arkadaş grubunda sigara içilen öğrencilerin %42.7'si sigara içmekteyken, yakın arkadaş grubunda sigara içilmeyenlerde bu oran %0.07 idi. Yine aynı çalışmada sigara içen öğrencilerin %55.1'inin yaşadığı ortamda sigara içilmekteydi (90). İki çalışmada da öğrencilerin arkadaş çevresi ve yaşadığı ortamda sigara içilmesi ile kendilerinin sigara içme durumu arasındaki ilişki yüksek derecede anlamlı bulunmuştur.

Öğrencilerin sigaraya başlama nedenleri sorgulandığında ise nedenler arasında ilk sırada sosyal çevre etkisi, ikinci sırada ise özentisi olduğu saptanmıştır. Atıcı AG, ve ark tarafından Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan çalışmada ise nedenler arasında sırasıyla en sık stres ve üzüntü, arkadaşlara özentisi ve merak gelmektedir (78). Sönmez CI, ve arkadaşlarının (Düzce Üniversitesi) yaptığı çalışmada en sık başlama sebebi olarak sosyal faktörler belirtilmiştir (90).

Bütün bu çalışmalara ve verilerine bakıldığında ortak varılan sonuçlardan biri ise; öğrencilerin arkadaşları ve yaşadıkları ortamda sigara içilmesine izin verilmesinin sigaraya başlanmasını teşvik edici olduğudur. Bu bağlamda öğrencilerin yaşadığı ortamda ve arkadaş çevresinde sigara içen bireylerin varlığında öğrencilerin arkadaşlarına özenmesi, sosyalleşme çabası ve kendine toplumda yer edinme çabalarının sigara kullanmalarında çok önemli bir etken olduğu söylenebilir. Ayrıca kişilerin yaşadıkları ortamda sigara içilme durumunu azalttığı göz önünde bulundurularak dumansız hava sahası uygulamasının çok önemli ve etkili bir tedbir olduğunu da söyleyebiliriz.

Çalışmamızda öğrencilerin tütün dışında bağımlılık yapıcı madde kullanımını sorgulandığında sigara kullanımı ile aralarında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Sigara içen öğrencilerin %68.2'sinin tütün dışında bağımlılık yapıcı madde kullanımı olduğu saptanmıştır. Atıcı AG ve ark tarafından Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri ile yapılan çalışmada da tütün dışında bağımlılık yapıcı madde

kullanımının sigara içenlerde anlamlı olarak yaygın olduğu saptanmıştır (78). İki çalışmada da benzer olan bu verilerden yola çıkarak sigara bağımlılığının azaltılmasının diğer bağımlılık türlerinin de azaltılmasına katkıda bulunacağı sonucuna varılmıştır.

Çalışmamızda sigara içen tıp fakültesi öğrencilerinin %21.6'sı sigarayı bırakmayı düşünmediğini, %78.4'ü ise bırakmayı düşündüğünü belirtti. Tamaki T, ve ark tarafından Japonya'da tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan diğer bir çalışmada sigarayı bırakmak isteyen öğrencilerin oranı %53.8 (96), Atıcı AG, ve ark tarafından Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan çalışmada ise öğrencilerin %24'ü bırakmak istediğini %57.8'i kararsız olduğunu belirtmiştir (78). Ögüş C, ve ark tarafından Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem I ve dönem VI'larla yapılan çalışmada sigara içen öğrencilerin %13.4'ü bir kez, %68.9'u ise pek çok bırakmayı düşündüğünü belirtmiştir (94). Yapılan pek çok çalışmanın sonuçlarının benzer olması öğrenciler de sigaraya karşı olumsuz fikir ve duyguların yaygın olarak bulunduğunu fakat bunun sigara ile mücadele için yetersiz olduğunu, bu konuda onları harekete geçirici daha fazla etkene ihtiyaç olduğunu açıkça göstermektedir.

Öğrencilerin sigarayı bırakmayı düşünme nedenleri sorgulandığında ileride hastalanma korkusu %82.9, ekonomik nedenler %46.3 oranında cevaplanmıştır. Bu sonuçlar öğrencilerin birçoğunun sigaranın zararlarının ve ileride hastalanmalarına sebep olabileceğinin farkında ve bu yüzden sigarayı bırakma düşüncesinde olduğunu fakat bu düşüncelerini eyleme dönüştürebilmeleri için cesaretlendirilmeye ve teşvike ihtiyaçları olduğunu düşündürmüştür. Ayrıca "MPOWER" paketi kapsamında uygulanan sigara fiyatlarındaki artışın kullanıcı açısından caydırıcı olduğunu, sigarayı bırakma konusunda önemli bir etken olduğunu göstermiştir.

Araştırmamızda sigara içen öğrencilerin % 82.4'ünün hayatında en az bir kere olmak üzere sigarayı bırakmayı denediği ve deneyenlerin %78.6'sının bu deneme sırasında aşırı sigara içme isteği ve sinirlilik başta olmak üzere çeşitli zorluklar yaşadığı saptandı. Deneme sırasında yardım alanların oranı ise %13.7 idi. Alvr TM ve ark tarafından Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2019 yılında yapılan çalışmada sigara içen öğrencilerin %55.3'ü sigarayı bırakmayı denediğini ve bu kişilerden %95'i bu konuda yardım almadığını ifade etmiştir (95). Atıcı AG ve ark tarafından Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan çalışmada ise sigara

kullanan 192 öğrenciden 113'ünün sigara bırakmayı en az bir kez denedikleri ve sadece 36'sının sigara bırakmak için destek aldıkları görülmüştür (78). Öğrencilerin sigara bıraktırma poliklinikleri ve polikliniklerde verilen sigara bıraktırma destek tedavileri hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları sorgulandığında ise büyük bir çoğunluğu bilgi sahibi idi. Tedavi çeşitleri hakkında bilgi sahibi olma oranı %60 civarında, poliklinikler hakkında bilgi sahibi olanların oranı %68.4 idi. Haberdar olan kişi sayısına oranla bu poliklinikleri ziyaret eden kişi sayısı ise çok düşüktü. Sönmez CI, ve ark tarafından Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan çalışmada ise polikliniklerin işleyişi hakkında bilgi sahibi olan dönem I lerin oranı %8.8 dönem VI ların oranı ise %32.3 olarak saptanmıştır(90). Bizim çalışmamızda farklı olarak işleyiş değil haberdar olma durumu sorgulandığından oranların Sönmez CI, ve ark tarafından yapılan Düzce Üniversitesindeki çalışmaya nazaran daha yüksek çıktığı düşünülmektedir. Nitekim çalışmamızda polikliniği ziyaret eden öğrenci oranı %4.9 olup, gitmeyen büyük çoğunluktaki öğrencinin işleyişi bilmediği ve aslında iki çalışmanın benzer sonuçlara sahip olduğu çıkarımı yapılabilir.

Bu veriler öğrencilerin sigara bıraktırma tedavisi konusunda teorik bilgidен ziyade polikliniklere başvurmaları için gereken cesaret ve motivasyona sahip olmadıklarını gösteriyor. Sigarayı bırakma isteği bulunan öğrencilerin belirlenip sigara bırakma polikliniklerine başvurmaları yönünde teşvik edilmeleri ve burada psikososyal ve farmakolojik destek tedavisi almaları öğrencilerin sigara bırakma denemelerindeki başarı oranlarını artıracaktır.

Sigara içmeyen öğrencilerin %61.2'si toplumda sigara içilmemesi için özen göstermekteyken, bu oran sigara içen öğrencilerde %27.5 idi. Buradan sigara içen öğrencilerin toplumun sigara alışkanlıkları konusunda daha az duyarlı olduğu sonucunu çıkarabiliriz. Oysa ki geleceğin hekimleri olan bu öğrencilerin, topluma sigara konusunda örnek olmaları ve bu konuda toplumdan daha hassas olmaları beklenmektedir. Bu sonuçlar toplumdaki sigara içme sıklığını azaltmanın en önemli etkenlerinden birinin hekimlerin ve geleceğin hekimleri olan tıp fakültesi öğrencilerinin sigara konusunda yeterli bilinç düzeyine ulaşması olduğu yönündeki görüşü kanıtlar niteliktedir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin %73.8'i tıp fakültesinde sigaranın zararlarının yeterince anlatıldığını düşünüyordu. Sönmez CI, ve ark tarafından Düzce Üniversitesinde yapılan çalışmada ise öğrencilerin %77.3'ü yeterince anlatılmadığını düşünüyordu. Atıcı AG, ve ark tarafından Ondokuz Mayıs Üniversitesinde yapılan çalışmada ise öğrencilerin %40.4'ü tıp fakültesinde sigara konusunda alınan eğitimin yeterli olduğunu düşünüyordu (78). Bizim çalışmamızın sonuçları ile bu çalışmalar arasındaki bu oran farkının genel tıp eğitimine bakıldığında her branşta sigaranın zararlarına değiniliyor olması, fakat özel bir ders olarak müfredatta yer almamasından ve tedavi çeşitlerinden yeterince bahsedilmiyor olmasından dolayı öğrencilerde oluşan farklı algılama biçimlerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmaya katılan 221 öğrenciden 114'ü (%51.6) tütün kanunları hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtti. Bilgi sahibi olanlardan ise 73 kişi (%33) kanunun toplumda sigaranın sağlığa zararlarını azaltmada etkili olmadığı görüşündeydi. Ülkemizde halen artmakta olan sigara kullanım oranlarını göz önünde bulundurduğumuzda tütün kontrolü için çıkarılan kanunların geliştirilmesi gerektiğini ve uygulanması konusunda eksikliklerin halen devam ettiğini söyleyebiliriz.

6. SONUÇLAR

1. Çalışmaya 221 öğrenci alındı. Sigara içme oranı %23.1 olarak bulundu. Erkeklerin %40.3'ü sigara kullanmakta iken kız öğrencilerin %14.8'inin sigara kullandığı tespit edildi. Sigara konusunda topluma rol model olması beklenen hekim adaylarında sigara içme oranlarının böylesine yüksek olması tütün kontrolü ile ilgili alınan önlemlerin ve uygulamaların hala yeterli olmadığını düşündürmektedir.
2. Çalışmamızda ve diğer yapılan çalışmalarda saptanan ortak bulgu tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme oranlarının dönem I den dönem VI ya doğru arttığıdır. Erken sınıflarda sigara eğitimi verilmesinin öğrencilerin sigaraya başlama oranlarını azaltacağını düşünmekteyiz.
3. Öğrencilerin ailesinde ve yaşadığı yerde sigara içen kişilerin olması ile kendisinin sigara içme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olması, tütün kontrolünde sadece çocuklar değil, anne ve babaların da çalışma kapsamına alınması ve bilgilendirilmesinin de önemli olduğunu göstermektedir. Bu amaçla özellikle sağlık eğitimi veren fakülteler ve çeşitli kuruluşlar vasıtasıyla seminerler ve kampanyalar düzenlenmelidir.
4. Sigaraya başlama nedenleri arasında en fazla belirtileni sosyal çevre etkisi olmuştur. Bu nedenle sigara ile ilgili eğitimlerin ve tedavi yaklaşımlarının tüm öğrencileri kapsayacak şekilde daha geniş bir kitleye yönelik olarak yapılmasının sigaraya başlama oranlarını azaltacağını düşünmekteyiz.
5. Sigara kullananlarda diğer bağımlılık yapıcı maddelere de yönelimin arttığı görülmektedir. Bu nedenle sigara kullanıcıları diğer bağımlılık yapıcı maddeler ve zararları konusunda bilgilendirilmeli ve yasal olarak bu konuda da çeşitli tedbirler alınmalıdır.
6. Öğrencilerin çoğunluğunun sigaranın zararlı etkileri ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip oldukları halde sigara içmeye devam ettikleri saptandı. Bu durum fakültede

verilen eğitimin teorik bilgiye ek olarak, öğrencilere bu konuda tutum kazandırmaya yönelik şekilde düzenlenmesi gerektiğini düşündürdü.

7. Öğrencilerin büyük bir bölümü sigarayı en az bir defa olsun bırakmayı denediğini belirtmiştir. Bu da sigarayı bırakma isteklerinin olduğunu fakat bu isteklerini hayata geçirmekte zorlandıklarını göstermektedir. Sigara kullanan öğrenciler gerekirse tek tek tespit edilip sigara bırakmada hangi aşamada zorlandıkları saptanarak tıbbi destek verilmelidir. Öğrenciler süreç boyunca yakından takip edilmeli, cesaretlendirilmeli ve motive edilmelidir.
8. Sigarayı bırakmayı deneyen 42 öğrenciden 39'u aşırı sigara içme isteği başta olmak üzere çeşitli zorluklar yaşamış, fakat sadece 7'si bırakmak için destek almıştır. Bu durum sigara bırakma tedavileri konusunda öğrencilerin birçoğunun yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu saptanmasından dolayı, öğrencilerde bu tedaviler konusunda teorik bilgiden ziyade tutum kazandırılması, tedaviye olan inançlarının artırılması gerektiğini düşündürmüştür.
9. Çalışmamıza katılan tüm öğrencilerden 110'u hastanemizdeki sigara bıraktırma polikliniğinden haberdar olduğunu, bu kişilerden sadece 11 tanesi bu polikliniği ziyaret ettiğini belirtti. Öğrencilerin poliklinik işleyişini bilmelerinin hem kendilerinin sigara ve sigara bıraktırma tedavileri hakkındaki bilgi ve tutumlarını etkileyeceği, dolayısıyla bu konuda topluma rol model olma görevini üstlenmelerinde olumlu etkisi olacağı düşüncesindeyiz. Öğrencilerin **sigara bıraktırma polikliniklerinde staj yapmaları**, sigara ve zararları konulu eğitim çalışmalarında; seminer, panel çalışmalarında interaktif görev almaları, konu anlatmaları için fırsatlar sağlanmalıdır.

7. KAYNAKÇA

1. Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization, 2014. Erişim: (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-statusreport-2014/en/>). Erişim tarihi: 01.02.2017.
2. Doğan L. ve Mevsim V., “Anksiyete, Depresyon ve Sigara Bağımlılığı”, Türkiye Klinikleri J Intern Med, c. 5, sy 1, ss. 22-26, 2020, doi: 10.5336/intermed. 2019-70326
3. Tür A. Sigarayı Bırakma Yöntemleri. Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri. Tür A (ed.), Logos Yayıncılık, 1995: 195-211.
4. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. World Health Organization, 2008. Erişim: (<http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/>). Erişim tarihi: 01.02.2017.
5. Öztuna F. Sigaranın Hücresel Etkileri. Akciğer Arşivi 2004; 2: 111-116.
6. DSÖ küresel tütün salgını raporu, 2008: MPOWER paketi. Dünya Sağlık Örgütü, 2008.
7. Bilir N, Özcebe H. Türkiye MPOWER koşullarını ne kadar karşılamaktadır? TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(1). 85
8. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015. World Health Organization, 2015. Erişim: (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/156262>). Erişim tarihi: 02.02.2017.
9. Özdemir, İ. İ., (2001). Denizli İli Sınırları İçerisindeki Hekimlerin Sigara İçme Durumları ve Sigara İçme Prevalansı. Denizli. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)
10. Schwartz JL: Methods of Smoking Cessation. Med Clin North Am, 1992; 76(2): 451- 76
11. Richmond R. Teaching Medical Students About Tobacco. Thorax, 1999; 54: 70-78
12. Alen MB, Medical Students Knowledge of Smoking. Thorax, 1999; 54:2
13. Chapman S. Doctors Who Smoke. BMJ, 1995; 311: 142-3
14. Cirit M, Orman A, Ünlü M. Afyonda sigara içme alışkanlığı. Toraks Dergisi, 2002; 3(3): 253-25

15. Cirit M, Orman A, Ünlü M. Afyonda Sigara İçme Alışkanlığı. *Toraks Dergisi*, 2002; 3(3): 253-256
26. Mahaney MC, Hyland A, Tabacco Cessation. In: South-Paul JE, Lewis EL, Matheny SC, Current Diagnosis Treatment In Family Medicine, International Ed. Mc GrawHill, 2004:654-661
16. Erbaycu AE, Aksel N, Çakan A, Özsöz A. İzmir İlinde Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Alışkanlıkları. *Toraks Dergisi*, 2004; 5(1): 6-12
17. Koksü N, Koksü M, Çikrikçioğlu U, Tümer ZÖ. Toraks Derneği Üyelerinin Sigara Konusunda Tutum Bilgi Ve Davranışları. *Toraks Dergisi*, 2003; 4(3): 223-230
18. Dilektaşlı AG. Tütün Dumanının İçeriği ve Farmakokinetiği. *Türkiye Klinikleri Journal of Pulmonary Medicine Special Topics*. 2012;5(2)6-10.
19. Çakıt MO, Arslan İ. Tütün ve Tütün Kullanım Şekilleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*. 2016;7(5):1-4.
20. Çakıt MO, Arslan İ. Tütün ve Tütün Kullanım Şekilleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*. 2016;7(5):1-4.
21. Barış Yİ. Tütün Kullanımının Tarihçesi. Erişim: (http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/TuTuN_KULLANIMININ_TARİHCESİ_Baris.pdf). Erişim tarihi: 30.01.2017.
22. Uzunca G, Tütünün Tarihi, İn: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve sağlık, Bursa; 2002; 22- 29.
23. Yıldız L, Kılıç H. Sigaranın Klinik ve Biyokimyasal Etkileri. *T Klin. Tıp Bilimleri* 2000; 20: 306-12.
24. Goodman, s. 37; J. E. Brooks, Tobacco, its History Illustrated by the Books, New York 1937; S. A. Dickson, Panacea or Precious Bane: Tobacco in Sixteenth Century Literature, New York 1954.
25. YILMAZ, Fehmi, "Tütün Üzerine Düşünceler", Tütün Kitabı, Ed. Emine Gürsoy Naskali, Kitapevi Yayınları İstanbul, 2007,s.5.
26. Goodman, s. 44-45; N. Monardes, Joyfull Newes Out of the Newe Founde Worlde, çev. John Frampton, London 1925; S. A. Dickson, s. 95-97; R. Pike, Aristocrats and Traders: Sevillian Society in the Sixteenth Century, New York 1972, s. 83-84, 89-91.
27. Peer Schmidt, "Yeni Çağ Avrupa'sında Tütün Ticareti ve Tütün Ekimi", Tütün Kitabı, (ed.) Emine Gürsoy Naskali, İstanbul 2003, s. 485-494.

28. Barış Yİ, Tütün kullanımının tarihçesi. 2009; 2.
29. Ergün A. Sigara ve Sistemik Etkileri. T Klin J Med Sci 1998; 18: 159-63. 61
30. Aslan D, Bilir N, Dilbaz N, Kılınç O, Örsel O, Özcebe H, Güven GS, Uzaslan E. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı. Hekimler İçin Sağlık Bakanlığı Yayınları. 2010; 18-82.
31. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012. Sayı: 13142.
32. Çakmak, V. ve N. Çınar, Gençler Arasında Giderek Yaygınlaşan Nargilenin Sağlığa Etkileri. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik e-dergisi, 2014. 2(3).
33. Çevik Akyl R., Kahraman A., Erdem N. (2018). Üniversite Öğrencilerinin Nargile Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi, Cilt XXXII Sayı 3.
34. Dugas E., Tremblay M., Low N.C.P., Cournoyer D., O'Loughlin J. (2012). Water-Pipe Smoking Among North American Youths. Pediatrics; 125(6) :1184-1189.
35. O'leary T, Grizeau-Clemens D. World No Tobacco Day 2006, Prevention and Control; 2 (1): 57-8.
36. Şahin, G, Taşlıgil, N. (2014). Türkiye'de Tütün (Nicotiana tabacum L.) Yetiştiriciliğinin Tarihsel Gelişimi ve Coğrafi Dağılımı Le Développement Historique et la Dispersion Géographique de la Cultivation de Tabac en Turquie . Doğu Coğrafya Dergisi, 18 (30)
37. Örsel O, Dünyada Kullanılan Tütün Ürünleri
http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/DunyadaKullanilanTutunUrunleriosman_orasel.pdf Erişim tarihi: 05.06.2020.
<https://www.toraks.org.tr/subDefault.aspx?sub=189&menu=51>
38. Talhout R, Schulz T, Florek E, van Benthem J, Wester P, Opperhuizen A. Hazardous Compounds in Tobacco Smoke. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2011;8(2):613-28.
39. The Health Consequences of Smoking- 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 87 Office on Smoking and Health, 2014. Erişim:

- (<https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/fullreport.pdf>). Erişim tarihi: 31.01.2017.
40. I.İ.K.R.D.Ç. Grubu, Kagawa J, Nakadate T, Ishihara Y. Kokyu To Junkan. 1990;38(1):11-16. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı, 2004.
 41. Program NT. National Toxicology Program Report on Carcinogens, Report on Carcinogen Profiles. US Department of Health and Human Services, Agency for Toxic Substances and; 2004.
 42. Zevin S, Gourlay SG, Benowitz NL. Clinical pharmacology of nicotine. Clinics in dermatology. 1998;16(5):557-64.
 43. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health, The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US), 2014.
 44. World Health Statistics 2016 Data Visualizations Dashboard, Tobacco Smoking. World Health Organization, 2016. Erişim: (<http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-a-viz?lang=en>). Erişim tarihi: 02.02.2017.
 45. Eriksen M, Mackay J, Ross H. The Tobacco Atlas. American Cancer Society; 2013.
 46. Mackay J, Amos A. Women and Tobacco. Respirology. 2003; 8(2): 123-30.
 47. Sağlık Bakanlığı. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012, 948, Ankara, 2014.
 48. Türkiye İstatistik Kurumu (TüİK). Küresel Yetişkin Tütün araştırması 2012. Sayı: 13142.
 49. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 948, Ankara, 2014.
 50. Jarvik, M. E., Caskey, N. H., Wirshing ve arkadaşları (2000). Bromocriptine Reduces Cigarette Smoking Addiction. Vol.95(8):1173- 1183.
 51. National Center for Chronic Disease P, Health Promotion Office on S, Health. Reports of the Surgeon General. The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014.

52. Shea AK, Steiner M. Cigarette Smoking During Pregnancy. Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. 2008;10(2):267-78.
53. Öztuna F. Sigaranın Hücresel Etkileri. Akciğer Arşivi 2004; 2: 111-116.
54. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin) 2010. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 796, Ankara, 2010.
55. Uysal Y, Ertan M, Başhan İ. Tütün Kullanımının Sağlık Üzerine Etkileri ve Bırakmanın Yararları. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2016;7(5):20-5.
56. Önen ZP. Sigaranın insan sağlığına etkileri. Türkiye Klinikleri Journal of Pulmonary Medicine Special Topics. 2012;5(2):21-8.
57. Bilir N, Aslan D. Dünyada, Türkiye’de ve Hacettepe’de tütün kontrolü çalışmaları. Hacettepe Tıp Dergisi. 2005; 36(2):75-9.
58. Karlıkaya C. Tütüne bağlı hastalıklar ve tütünün kontrolü. Erişim: (http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/kisokulu3-pptpdf/Celal_Karlikaya.pdf). Erişim tarihi: 30.01.2017.
59. Celal Karlıkaya, Funda Öztuna, Zeynep Aytemur Solak, Metin Özkan, Osman Örsel, Tütün Kontrolü, Toraks Dergisi 2006; 7(1): 51-64.
60. Aydınlar A, Sigaranın Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkileri. İn: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve sağlık, Bursa; 2002; 206-215
61. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin) 2010. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 796, Ankara, 2010.
62. Uysal Y, Ertan M, Başhan İ. Tütün Kullanımının Sağlık Üzerine Etkileri ve Bırakmanın Yararları. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2016;7(5):20-5.
63. Önen ZP. Sigaranın İnsan Sağlığına Etkileri. Türkiye Klinikleri Journal of Pulmonary Medicine Special Topics. 2012;5(2):21-8.
64. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking Attributable Disease: A Report of The Surgeon General. US Department of Health and Human Services; 2010.

65. Çerçi, C. T. (2017). Aile Hekimlerinin Sigara İçme Durumları ile Sigara Bırakma Tedavisi Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Başkent Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara.
66. Uncu G, Sigaranın Fertilite ve Gebelik Üzerine Etkileri. İn: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve sağlık, Bursa; 2002; 257-280
67. Vine MF. Smoking and Male Reproduction: A Review. International Journal of Andrology. 1996;19(6):323-37.
68. Sönmez CI, Özbey Z. Nikotin Bağımlılığının Nörobiyolojisi ve Klinik Özellikleri. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2016;7(5):13-9.
69. American Psychiatric Association. Tobacco Related Disorders. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5.Ed.DSM-5. American Psychiatric Publishing Washington, DC, London, England (2014):571-577.
70. Eray İK. Nikotin Bağımlılığında Kısa Hekim Müdahalesi ve 5A-5R Yaklaşımı. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2016;7(5):39-43.
71. Sayın E. Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler Ve Bırakma Yöntemlerinin Etkinliği. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, 2013.
72. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu, Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. Ankara, 2014. Erişim: (<http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/142201415150-Sigara-BirakmaTani--ve-Tedavi-Uzlası-Raporu-2014.pdf>). Erişim tarihi: 30.01.2017.
73. Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O. Tütün ve Tütün Kontrolü. Türk Toraks Derneği yayınları. İstanbul. 2010; 44-513.
74. Edis EÇ, Çağlar T. Tütün Bağımlılığı Tedavisinde Yeni Gelişmeler. Akciğer Arşivi 2006; 7: 99-103.
75. J. M. I. Sanmartín vd., “Attitudes Towards Anti-Smoking Legislation and Prevalence of Tobacco Consumption in Spanish Primary Healthcare Personnel”, Tob. Prev. Cessation, c. 5, sy March, Mar. 2019, doi: 10.18332/tpc/104434.
76. Keten H. S., Kahraman H., Üçer H., Çelik M., Sucaklı M. H., ve Ersoy Ö., “Aile Hekimlerinin Sigara Bağımlılığı Tedavisi Konusundaki Bilgi, Tutum Ve Uygulamaları”, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, c. 18, sy 2, ss. 58-62, May. 2014, doi: 10.2399/tahd.14.00058.

77. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ, Christiansen B, Piper ME, Jorenby DE, Fraser DL, Fiore MC, Baker TB, Jackson TC. Comparative Effectiveness of 5 Smoking Cessation Pharmacotherapies in Primary Care Clinics. *Archives of Internal Medicine*. 2009;169(22):2148-55.
78. Koçak G. “Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışları”. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2016.
79. Marakoğlu K, Kargın NÇ. Nikotin Bağımlılığının Medikal Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*. 2016;7(5):49-54.
80. Özer A. Sigara bıraktırma yöntemlerinde başarı oranları. Yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Adana, 2014.
81. D. E. Jorenby, “A Controlled Trial of Sustained-Release Bupropion, A Nicotine Patch, or Both For Smoking Cessation”, *N. Engl. J. Med.*, c. 340, sy 9, ss. 685-691, Mar. 1999, doi: 10.1056/NEJM199903043400903.
82. Sönmez CI, Özbey Z. Nikotin Bağımlılığının Nörobiyolojisi ve Klinik Özellikleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*. 2016;7(5):13-9.
83. Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG, et al. Varenicline: An Alpha 4 Beta 2 Nicotinic Receptor Partial Agonist For Smoking Cessation. *J Med Chem* 2005; 48: 3474-7.
84. WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC), (<http://www.who.int/fctc/en/>, Erişim 13 Eylül 2010)
85. WHO. Better Noncommunicable Disease Outcomes: Challenges And Opportunities For Health Systems. **TURKEY COUNTRY ASSESSMENT**. 2014;
86. Organization WH. Plain Packaging of Tobacco Products: Evidence, Design and Implementation. 2016;
87. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. World Health Organization; 2013.
88. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2019: Offer Help to Quit Tobacco Use. World Health Organization 2019.
https://www.who.int/tobacco/global_report/en.

89. Özyurt L. Hekimlerin Sigara İçme Davranışlarının Bazı Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi (Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Örneği). Ankara 2006. (Doktora Tezi).
90. Sönmez CI, Başer DA, Aydoğan S. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Sıklığı ve Sigara İle İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları. Konuralp Tıp Dergisi 2017;9 (2):83-89
91. Çalışkan D, Çulha G, Sarışen Ö, Karpuzoğlu S, Tunçbilek A (2005). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrenci ve Çalışanlarının Sigara İçme Durumu ve Etkili Faktörler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 58(3), 124 - 131.
92. Güneş G, Pehlivan E, Eğri M, Genç M. Turgut Özal Tıp Merkezi Hekim, Hemşire ve Tıp Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1997; 4(4): 407-412.
93. Ögüş C, Özdemir T, Kara A ve ark. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem I ve VI Öğrencilerinin Sigara İçme Alışkanlıkları. Akciğer Arşivi 2004; 5: 139-42.
94. Grassi MC, Baraldo M, Chiamulera C, Culasso F, Raupach T, Ferketich AK, vd. Knowledge About Health Effects of Cigarette Smoking and Quitting Among Italian University Students: The Importance of Teaching Nicotine Dependence and Treatment in The Medical Curriculum. BioMed Research International. 2014; 2014.
95. Karagöz A. (2019). Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Kullanım Düzeyleri, Sigara Kullanım Düzeylerini Etkileyen Faktörler Ve Aleksitimi İle İlişkisi. Kocaeli Üniversitesi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi,2019,Kocaeli
- Tamaki T, Kaneita Y, Ohida T, Yokoyama E, Osaki Y, Kanda H, et al. Prevalence of and Factors Associated with Smoking Among Japanese Medical Students. Journal of Epidemiology. 2010;1006010166–1006010166.

8. EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onay Belgesi



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanlığı

TOPLANTI TARİHİ : 19/02/2020
TOPLANTI NO : 2020/04

KARARLAR :

- 9- Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın "Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem I ve VI Öğrencilerinin Sigara İçme Sıklığı ve Sigara İle İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R

Prof. Dr. Günnur ÖZBAKIŞ DENGİZ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Ek 2. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem I ve VI Öğrencilerinin Sigara İçme Sıklığı ve Sigara İle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranışları Araştırma Anketi

Bu çalışma, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem I ve VI öğrencilerinin sigara içme sıklığı ve sigara ile ilgili bilgi tutumları ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Anketteki sorulara samimi ve doğru cevap vermeniz alınacak sonucun gerçekleri yansıtmaya gücünü arttıracaktır. Çalışmada toplanan veriler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Vereceğiniz cevapların size ait olduğunun hiç kimse tarafından bilinmemesi için **lütfen anket formlarına adınızı ve soyadınızı yazmayınız**. Araştırmamıza verdiğiniz destekten dolayı teşekkür ederiz.

1.Cinsiyetiniz?

Kadın

Erkek

2. Kaçınıcı dönemdesiniz?

I

VI

3. Anneniz sigara içiyor mu ?

vet

Hayır

Daha önce içmiş bırakmış

4. Babanız sigara içiyor mu?

vet

Hayır

Daha önce içmiş bırakmış

5.Yakın arkadaş grubunuzda sigara içiliyor mu?

vet

Hayır

6.Yaşadığınız ortamda (ev ,yurt ortamı) sigara içiliyor mu?

vet

Hayır

7.Sigara içiyor musunuz?

Evet

Hayır

Sigara içiyorsanız;

8.Sigaraya başlama yaşıınız?

9.Günde kaç tane içiyorsunuz?

10.Okulda günde kaç sigara içiyorsunuz?□

11.Üniversiteye başlamadan önce sigara içiyor muydunuz?

Evet Hayır

12.Sigara içmeye üniversitede başladıysanız ,kaçıncı sınıfta başladınız?

Hazırlık-I II III IV V VI

13.Sigaraya başlama nedeniniz hangisidir?

Merak Kendini ispatlama Stres Özenti Yasağa tepki Sosyal Çevre Baskısı
Diğer

14.Sigarayı şu anda içme nedeniniz nedir? ?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Sıkıntı ve mutsuzluğu azaltma Öfkeli ve heyecanlı zamanlarda sakinleşmek
Bir konu üzerinde yoğunluğu toplamak Arkadaş ortamına uyum sağlama isteği
Alışkanlık Sınav stresi
Diğer

15.Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?

Evet Hayır

16.Düşünüyorsanız, nedeni nedir? ?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Çevredeki insanları rahatsız ettiği için İnançlarımdan dolayı
Hastalık nedeniyle Ekonomik nedenlerden dolayı
İleride hastalanma korkusu Toplum baskısı
Çevreye iyi örnek olmak için Diğer

17.Daha önce sigarayı bırakmayı hiç düşündünüz mü ?

Evet Hayır

18.Daha önce sigarayı bırakmayı denediniz mi?

- Bir kez Birkaç kez Hayır

19.Bırakmayı denediyseniz, denediğinizde karşılaştığınız güçlükler nelerdir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Sinirlilik Aşırı sigara içme isteği
 Mutsuzluk Baş Ağrısı
 Konsantrasyon bozukluğu Uyku bozukluğu
 Baş ve yüzde uyuşma Zorluk yaşamadım
 Kabızlık Diğer

20.Sigarayı bırakma konusunda yardım almayı hiç düşündünüz mü?

- Evet Hayır

21.Sigarayı bırakma konusunda daha önce yardım aldınız mı?

- Evet Hayır

22.Aldıysanız, nasıl bir yardım aldınız?

- Sigarayı bırakma hattını aradım Sigara bırakma polikliniğine başvurdum
 Eczaneden kendim ilaç aldım Alternatif yöntemlere başvurdum(akupunktur vb)
 Diğer

23.Bu yardımcı sigarayı bırakmanız konusunda etkili oldu mu ?

- Evet,bıaktım Evet azalttım Hayır

24.Hastane çevresinde önlük ile sigara içer misiniz?

- Evet Hayır

25.Devamlı kullandığınız bağımlılık yapıcı madde var mı?

- Alkol Diğer

26.Toplumda sigara içilmemesi için özel bir çabanız var mı?

- Evet Hayır

27.Cevabınız evet ise nasıl bir yaklaşımda bulunuyorsunuz?

- Sağlığa zararlı olduğunu bu yüzden içmemesi gerektiğini söylüyorum
 Rahatsız olduğumu yanımda içmemesi gerektiğini söylüyorum
 Sigara içmenin yasak olduğu bölgelerde sigara içen birisini gördüğümde Alo 184 SABİM hattını arayıp şikayet ediyorum.
 Fiziksel müdahalede bulunuyorum.
 Diğer

28.Sizce tıp eğitimi alıyor olmanızın sigara içme konusundaki tutum ve davranışlarınız üzerine olumlu veya olumsuz bir etkisi var mı?

- Evet Hayır

29.Olumlu ise nedeni nedir ? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Sigaranın sağlığa zararları konusunda daha fazla bilgili olmamızı sağlıyor
 Topluma bu konuda örnek olma isteği uyandırıyor
 Hastane çevresinde sigara içilmeyecek alanlar olması sigara içmeyi zorlaştırıyor.
 Diğer

30. Olumsuz ise nedeni nedir ? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Eğitimin uzun ve stresli olması
 Eğitimin yoğun dikkat gerektirmesi ve sigaranın dikkati yoğunlaştırmayı kolaylaştırması
 Fakültede sosyalleşmenin bir parçası olması
 Diğer

31. Tıp fakültesinde sigaranın zararlarının yeterince anlatıldığını düşünüyor musunuz?

Evet

Hayır

32. Bazı hastanelerde sigara bıraktırma poliklinikleri olduğunu duymuş muydunuz?

Evet

Hayır

33.Hastanemizde sigara bıraktırma polikliniği olduğunu biliyor musunuz?

Evet

Hayır

34.Cevabınız evet ise, bu polikliniği hiç ziyaret ettiniz mi?

Evet

Hayır

35.Polikliniklerde verilen tedavi çeşitleri hakkında bilgi sahibi misiniz? Hangilerini duymuştunuz?

Nikotin bandı

Nikotin sakızı

İlaç tedavisi

Psikososyal

Tedavi

36.Tütün mamullerinin zararlarının önlenmesi ile ilgili bir kanun olduğunu biliyor muydunuz?

Evet

Hayır

37.Biliyorsanız ,bu kanunun toplumda sigarayı sağlığa zararlarını azaltma konusunda etkili olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet

Hayır