



**T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE
SİGARA KULLANIMI VE DEPRESYON SEMPTOMATOLOJİ
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Esra YAŞKIRAN

**TIPTA UZMANLIK TEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**Danışman
Prof. Dr. Kamile MARAKOĞLU**

KONYA-2020

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE
SİGARA KULLANIMI VE DEPRESYON SEMPTOMATOLOJİ
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Esra YAŞKIRAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**Danışman
Prof. Dr. Kamile MARAKOĞLU**

KONYA-2020

i. ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR

Tüm uzmanlık eğitimim boyunca yetişmeme katkıda bulunan, uzmanlık tezimin seçiminde, hazırlanmasında ve tüm aşamalarında yardım ve katkılarını esirgemeyen, tez sürecinde daima arkamda olduğunu hissettiğim hocam ve tez danışmanım Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Kamile MARAKOĞLU'na ve rotasyon yaptığım bölümlerdeki tüm değerli hocalarıma canı gönülden teşekkür ederim.

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım ve beni aile ortamında hissettiren Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği'nin değerli asistanlarına, asistanlığım boyunca birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm hemşire, sağlık memuru, sekreter ve hastane personeline, varlıklarıyla ve dualarıyla bugünlere gelmemde büyük emekleri olan sevgili aileme, varlığıyla bana güç veren ve tez yazım sürecinde bana destek olan sevgili eşim Osman YAŞKIRAN'a, bana her daim verdikleri huzur ve neşe için oğullarım Yusuf Sinan, Mehmet ve Ömer Talha'ya canı gönülden teşekkür ederim.

ii. İÇİNDEKİLER

i. ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR.....	i
ii. İÇİNDEKİLER.....	ii
iii. TABLOLAR LİSTESİ.....	iv
iv. ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vi
v. SİMGELER ve KISALTMALAR.....	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sigara.....	4
2.1.1. Sigaranın Tarihçesi.....	4
2.1.2. Sigaranın Epidemiyolojisi	5
2.1.3. Sigara Dumanının İçeriği	8
2.1.4. Sigaranın Sağlık Üzerine Etkileri	10
2.1.5. Nikotin Bağımlılığı	12
2.1.6. Sigara Bırakma Tedavilerine Genel Yaklaşım	16
2.1.7. Hekimlerin ve Diğer Sağlık Çalışanlarının Sigaraya Karşı Tutumları	23
2.1.8. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kontrolü	24
2.2. Depresyon.....	26
2.2.1. Tarihçe.....	26
2.2.2. Tanım.....	27
2.2.3. Epidemiyoloji.....	28
2.2.4. Klinik ve Seyir	28
2.2.5. Sınıflandırma ve Tanı Kriterleri.....	30
2.3. Nikotin Bağımlılığı ve Depresyon İlişkisi.....	31
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	33
3.1. Araştırmanın Yöntemi	33
3.2. Veri Toplama Süreci	33
3.3. Veri Toplama Aracı.....	33
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	34
3.3.2. Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi	34
3.3.3. Beck Depresyon Ölçeği.....	35
3.4. İstatistiksel Analiz	35
4. BULGULAR.....	36

4.1. Çalışma Grubunun Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.....	36
4.2. Öğrencilerin Sigara İçme Durumuna Göre Özelliklerinin Karşılaştırılması ...	48
4.3. Öğrencilerin Depresyon Semptomatolojisine Göre Karşılaştırılması.....	57
4.4. Regresyon Analizi	61
5. TARTIŞMA.....	65
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	86
6.1. Sonuçlar	86
6.2. Öneriler	88
7. KAYNAKLAR	90
8. ÖZET.....	98
9. ABSTRACT	100
10. EKLER	102
Ek-1: Anket Formu	102
Ek-2: Etik Kurul Onayı	111
11. ÖZGEÇMİŞ	112

iii. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Sigara Dumanındaki Bazı Kimyasal Maddeler	9
Tablo 2.2: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	15
Tablo 2.3: Transteorik Modele Göre Değişim Aşamaları.....	17
Tablo 4.1: Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri	37
Tablo 4.2: Öğrencilerin Sigara İçme ile İlgili Özellikleri	39
Tablo 4.3: Öğrencilerin Sigara İçmeye Başlama ile İlgili Özellikler	40
Tablo 4.4: Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre İlk Sigara İçme Yaş Ortalamaları	40
Tablo 4.5: Öğrencilerin Yakın Çevrelerinde Sigara Kullanımı ile ilgili Özellikler ...	41
Tablo 4.6: Tütün ve Tütün Ürünleri Deneme ile İlgili Özellikler	42
Tablo 4.7: Sigarayı Bırakma Düşüncesi ile İlgili Özellikler	43
Tablo 4.8: Sigara Bırakmayı Deneme ile İlgili Özellikler	44
Tablo 4.9: Sigarayı Bırakmış Olan Öğrenciler ile İlgili Özellikler	45
Tablo 4.10: Öğrencilerin Sosyal Hayatta Sigara Kullanımı ile İlgili Düşünceleri	46
Tablo 4.11: Öğrencilerin Alışkanlık ve Bağımlılıkları ile İlgili Özellikleri	46
Tablo 4.12: Öğrencilerin Hastalık Durumları ve Kullandıkları İlaçlar ile İlgili Özellikler	47
Tablo 4.13: Öğrencilerin Demografik Özelliklerine Göre Sigara İçme Durumu	49
Tablo 4.14: Öğrencilerin Aile Yapısı ve İkamet Yerlerine Göre Sigara İçme Durumları	50
Tablo 4.15: Ailede Sigara İçen Kişi Durumuna Göre Öğrencilerde Sigara İçme Durumları	51
Tablo 4.16: Öğrencilerin Sigara İçme Durumuna Göre Yakın Çevrede Sigara İçme Durumlarının Değerlendirilmesi.....	52
Tablo 4.17: Hastalık ve İlaç Kullanım Durumlarına Göre Öğrencilerde Sigara İçme Durumu	54
Tablo 4.18: Sigara Kullanma Alışkanlığına Göre Bağımlılık Yapıcı Madde ve Alkol Kullanım Durumu	55
Tablo 4.19: Sigara İçen Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Sınıflara Göre Fagerström Bağımlılık Testi Düzeyleri	56
Tablo 4.20: Beck Depresyon Semptomatolojisi Durumlarının Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	58

Tablo 4.21: Günlük Sigara Tüketimine ve Fagerström Bağımlılığı Puanlarına Göre Depresyon Belirtileri.....	59
Tablo 4.22: Beck Depresyon Semptomatolojisi Durumlarının Tıp Öğrencilerinin Sigara ve Diğer Tütün Ürünleri Kullanımı ve Diğer Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	60
Tablo 4.23: Öğrencilerin Sigara içme Durumlarına Göre BDÖ Puan Dağılımları	61
Tablo 4.24: Sigara İçme Durumunun Varlığını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi.....	62
Tablo 4.25: Beck Depresyon Semptomatolojisi Puan Durumunu Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi.....	64
Tablo 5.1: Ülkemizde Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Yapılmış Olan Sigara İçme Prevalansı Çalışmaları.....	70

iv. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Bazı Ülkelerde Erişkinler Arasında Yapılan Son Ulusal Araştırmalara GÖre Sigara Kullanım Oranları	6
Şekil 2.2: 2007-2016 Yılları Arasında Tütün Kontrol Çalışması Başarısı	8



v. SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FDA	: Food Drug Administration
FNBT	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (Fagerström Tolerance Test for Nicotine Dependency)
GATS	: Global Adult Tobacco Surveillance System
HASUDER	: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
IARC	: Uluslararası Kanser Araştırma Örgütü (International Agency for Research on Cancer)
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
KYTA	: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
M.Ö.	: Milattan Önce
M-POWER	: Tütün Salgını Kontrol Etmeye Yönelik Politika Paketi
NRT	: Nikotin Replasman Tedavisi
TTM	: Transteorik Model

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Sigara bağımlılığı dünya genelinde madde bağımlılıkları içinde en sık olanıdır. Zira çoğu ülkede sigara kullanımı yasal ve kolay ulaşılabilir durumdadır. Yapılan çalışmalarda, gelişmiş ülkelerde ve erkek nüfusunda sigara kullanma oranı giderek azalırken gelişmekte olan ülkelerde ve kadın nüfusunda sigara kullanım oranının giderek arttığı saptanmıştır (Kutlu ve ark., 2005).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre yaklaşık 1,1 milyar insan sigara içmektedir. Diğer bir ifade ile dünya genelinde 15 yaş üstü nüfusun yaklaşık 1/3'ü sigara tüketmektedir. Sigara kullananların yaklaşık olarak 800 milyon kişisi gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Türkiye'de erişkin yaş gurubunda sigara kullanım oranı DSÖ 2015 raporlarına göre %22 olarak kaydedilmiştir (WHO, 2015). Dünya üzerinde her 10 saniyede 1 kişinin tütün ürünleri sebebi ile hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir. Sigara kullanımı nedeni ile 2020 yılında yaklaşık olarak 10 milyon insanın hayatını kaybedeceği düşünülmektedir (M-Power, 2008).

Tütün ürünleri içerisinde insanların en çok kullandığı ürün sigaradır. Sigara dumanında farmakolojik olarak aktif, sitotoksik, mutajenik, antijenik ve karsinojenik olan 4000'den fazla madde bulunur (Behr ve Nowak, 2002). 2003 yılında DSÖ'ye bağlı Uluslararası Kanser Araştırma Örgütü [International Agency for Research on Cancer (IARC)]'in sigara içen ve içmeyen kişiler arasında yapılan epidemiyolojik araştırmalar sonucunda oluşturduğu raporda sigara dumanı Grup 1 karsinojen olarak belirtmiştir. Sigara dumanı; partikül ve gaz fazı olmak üzere iki faza ayrılmaktadır. Bu her iki fazın tanımlanması için Cambridge glass-fiber filtresi kullanılmıştır. Sigara dumanı cam fiber filtreden geçerken filtrenin içinde hapsolan bölüm partikül fazını, bu filtreden geçen kısım ise gaz fazını meydana getirmektedir. Aromatik hidrokarbon adı verilen karsinojenik etkili maddeleri içeren katran, sigara dumanının partikül fazının nem ve nikotin kısmı ayrıldıktan sonra filtrede kalan kahverengi yapışkan kısmıdır (Pryor ve Stone, 1993). Ana duman (main stream) aktif sigara içen kişinin ağzından çıktığı dumana, yan duman (side stream) ise sigaranın yanan ucundan gelen dumana verilen isimdir. Ana akım dumanının %92 - 95'i gaz fazında bulunmakta olup bu kısımda 1 ml'de 0,3-3,3 milyar parçacık mevcuttur. Sigaranın çevresel etkisinin çoğu (%85) yan dumandan, daha az bir kısmı ise ana dumandan

kaynaklanmaktadır. Yan duman ile ana duman mukayese edildiğinde yan duman çok daha yüksek miktarda toksik gaz içermektedir (Ambrose ve Barua, 2004) Sigara dumanı, partikül fazının her gramında 1017'den, gaz fazında ise 1015'ten fazla serbest radikal içermektedir (Ambrose ve Barua, 2004). Bunlara ek olarak sigara dumanında Polonyum-210 ve kurşun-210 gibi alfa yayınlıyıcısı radyoaktif izotoplar da bulunmaktadır. Bu maddeler öncelikle akciğerde toplanmakta ve akciğerlerden de kan yolu ile diğer organlara ulaşmaktadır (Demir ve Okutan, 2014).

Dünyada önlenabilir ölüm nedenlerinden en önemlisi tütün kullanımıdır. Ayrıca yapılan araştırmalara göre dünyada sırasıyla iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, alt solunum yolu yolu enfeksiyonları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), tüberküloz ve akciğer kanseri açısından da en önemli risk faktörüdür (Samet, 2013).

Hekimler, hastaları için pek çok konuda örnek teşkil etmektedirler. Hekimlerin ve hekim adaylarının tütün ürünlerini kullanması, hastaların bu alışkanlığa karşı tutumlarını kötü yönde etkileyebilir, duyarlılıklarını azaltabilir ve koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önemin verilmemesine neden olabilir. Hekimlerin sigara kullanmaları, hastaların sigara bırakma konusunda hekimlerine olan güvenlerini olumsuz etkileyebilir (Kosku ve ark., 2003). Sağlık mensupları ve hekimler arasında yapılan çalışmalarda sigara kullanma oranlarının yüksek bulunması nedeniyle, hekimler de tütün ile mücadelede hedef olarak belirlenen grupların içinde yer almalıdır. Sağlık çalışanları, tütün bağımlılığı ile mücadeleyi kendi iş görevlerinin bir parçası olarak düşünmeli ve bu sorumluluk bilincine sahip olmalıdır. Hekimler herhangi bir sebepten dolayı polikliniklerine gelen kişilere eğer sigara kullanıyorlarsa bu alışkanlıklarını bırakmanın sağlıklarını korumak ve yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla yapabilecekleri en faydalı şey olduğunu ifade etmelidir.

Depresyon, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, fizyolojik işlevler ve hareketlerde yavaşlama, durağanlaşma ve bunlara ek olarak değersizlik, isteksizlik, güçsüzlük, karamsarlık gibi duygu ve düşünceler ile kendini gösteren bir sendromdur (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Dünya üzerinde halk sağlığını en çok risk altına alan problemlerin

başında depresyon yer almaktadır. Depresyon tanısında zorlukların yaşanması, dünyada prevalansının yüksek olması, kişilerde intihar etme riskinin ve hastalığın kronikleşme ihtimalinin yüksek olması, fonksiyonel işlevlerde kayıplara neden olması ve bu hastalığın getirdiği ekonomik yükün artması ile birlikte depresyon üzerine yapılacak olan çalışmaların önemi gün geçtikçe artmaktadır (Stein ve ark., 2015).

Nikotin bağımlılığı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu bilinmektedir. Sebep olarak depresyon semptomları bulunan kişilerin bu şikayetlerinden kurtulmak amacıyla daha çok sigara kullanmaları, nikotin bağımlılığına neden olan çevresel ve ruhsal faktörlerin depresyona yatkınlık oluşturması sayılabilir. Sigara kullanımı geçici bir kendini iyi hissetme hali sağlıyor olsa bile uzun vadede düzenli sigara tüketiminin nörotransmitter yollarında çeşitli değişiklikler vasıtasıyla depresyon riskini arttırabileceği gösterilmiştir (Munafo ve ark., 2010). Taylor ve arkadaşlarının 2014 yılında çeşitli çalışmalardan derleyip hazırladığı makalede sigara kullanımına devam eden kişilere oranla sigarayı bırakan kişilerde depresyon semptomlarında azalma olduğu gösterilmiştir (Taylor ve ark., 2014). Yapılan bazı çalışmalarda, sigara içen bireyler arasında yaşam boyu daha yüksek depresif dönem oranları görüldüğü belirtilmiştir (Hall ve ark., 1993, Son ve ark., 1997). Çoğu kesitsel çalışmada sigara içen kişilerde daha yüksek oranlarda depresif semptomlar gözlenmiştir (Perez-Stable ve ark., 1990). Yapılan tüm bu ve buna benzer çalışmaların ışığında sigara bağımlılığı ve major depresyon birlikteliğinin sebepleri araştırılmaya devam etmektedir fakat kesin bir sonuca ulaşılamamıştır. Bu iki sorunun arasındaki pozitif ilişkiyi ortaya koymak tedavi stratejileri geliştirmek açısından da bilim dünyasına büyük katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmada, ilerleyen yıllarda sigara ile mücadelede en ön safta yer alacak olan tıp fakültesi öğrencilerinde sigara kullanım sıklıklarını ve depresyon semptomatoloji durumlarını değerlendirmeyi amaçladık. Ek olarak bu araştırmadan elde edilecek sonuçlar ile nikotin bağımlılığı ve depresyon arasındaki ilişkiye katkıda bulunmayı hedefledik.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sigara

2.1.1. Sigaranın Tarihçesi

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) tütün tarımının Milattan Önce (M.Ö.) 6000 yıllarında başladığı tahmin edilmektedir. Amerika'nın Kuzey Ohio bölgesinde bulunan kurganlarda ve Maya'lar döneminden kalan tarihi taşlar üzerinde yer alan resimlerde tütün ile alakalı resimlere ve pipo şekillerine rastlanmaktadır (WHO, 2015). 1492 yılında Christopher Coloumbus'un Amerika'yı keşfi ile Avrupalılar tütün ile tanışmıştır. Fransa'nın Portekiz elçisi Jean Nicot 1559 yılında tütünle tanışıp tütünün Avrupa'ya yayılmasına neden olmuştur. 1560 yılında Fransız Kralı 2. Henry'nin vefat etmesinden sonra depresyona giren Kraliçe Cathrine De Medicis'inin baş ağrıları olması üzerine Jean Nicot tarafından gönderilen tütün tohumlarının baş ağrısını azalttığı fark edilmiştir. Tütün tohumlarının baş ağrısına fayda ettiği anlaşıldıktan sonra tütünün keyif ve cesaret verici özelliklerine ek olarak tedavi amaçlı da etkili olduğu düşüncesi Avrupa'da hakim olmuştur. Avrupa'da tütün ticaretini ilk başlatan kişi Kaptan Walter Roleigh olarak bilinmektedir. Walter Roleigh yaptığı seferler sayesinde Amerika'dan Avrupa'ya tütünü getirmiş, böylece İngiltere'de tütün alım satımı yapan yerlerin açılmasına neden olmuştur (Barış, 2009).

Peçevi İbrahim Efendi'nin Peçevi Tarihi isimli eseri ve Hezarfen Hüseyin Efendi'nin Telhisü'l-Beyan Fi Kavanin-i Al'i Osman isimli eserinde Osmanlı İmparatorluğuna tütün kullanımı hakkında bilgiler bulunmaktadır. Bu kitaplarda, yaklaşık 1600 yıllarında tütünün İngilizler tarafından getirildiği yer almaktadır. Tütünün bazı hastalıkların tedavi edilmesi için satıldığı, hatta Osmanlı devletinin yönetimindeki önde gelen kişilerin bile tütün bağımlılığı olduğu yer almaktadır (Yılmaz, 2000).

Osmanlı devletinde tütün kullanımı I. Ahmet döneminde şeyhülislamın fetvası ile ve IV. Murat döneminde neden olduğu yangınlar neticesinde yasaklanmıştır. Tüm bu yasaklara rağmen Osmanlı Devleti'nin son dönemlerinde tütün kullanımı artmış ve Anadolu'da tütün tarımı hızlanmıştır (Barış, 2009).

Tütün başlangıçta ağızda çiğnenerek, enfiye şeklinde buruna çekilerek, pipo ve puro şeklinde kullanılıyorken sonradan kağıda sarılmasıyla sigara şekline gelmiştir. Yaklaşık 1800'lü yıllarda tütünün makineler kullanılarak sarılmaya başlanması ile sigara endüstrisi oluşmuş olup sigaranın insanlar arasında tüketiminde artış olmuştur (American Psychiatric Association 1996).

1951-1962 yılları arasında İngiliz tıp doktorları Richard Doll ve Richard Peto yaptıkları çalışmada tütün ürünlerinin kullanımının sağlığa zararları olduğunu göstermişlerdir (Barış, 2009).

Graham ve Doll'un 1950 yılında yaptığı çalışmada sigaranın akciğer kanserine neden olduğunu ortaya çıkarması ile sigaranın zararları hakkındaki tartışmalar sona ermiştir (Raw ve ark., 1998).

Gelişmiş ülkelerde 1960 yıllarından itibaren sigaraya karşı savaş açılmış olup çeşitli kampanyalar düzenlenmiştir. Bunun sonucunda sigara kullanım oranları belirgin olarak azalmıştır. Örneğin, ABD'de 1950-1970 yılları arasında yapılan çalışmada sigara tüketim oranının %45'ten %25'lere azaldığı görülmüştür (Hughes Jr, 1996). Son yıllarda gelişmiş ülkelerde sigara kullanımı azalırken az gelişmiş ülkelerde sigara kullanımı artmaktadır (West ve ark., 2000).

2.1.2. Sigaranın Epidemiyolojisi

Sigara bağımlılığı dünya genelinde madde bağımlılıkları içinde en sık olanıdır. Çünkü sigara kullanımı yasal ve kolay ulaşılabilir. Genel olarak, sigara bağımlılığı gelişmekte olan ülkelere giderek artmaktadır (Uzunca, 2002).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre yaklaşık 1,1 milyar insan sigara içmektedir. Bu oran gösteriyor ki dünyadaki 15 yaş üstü nüfusun yaklaşık 1/3'ü sigara tüketmektedir. Sigara kullananların yaklaşık olarak 800 milyon kişisi gelişmekte olan ülkelere dahildir. Yapılan çalışmalara göre dünya üzerinde her 10 saniyede bir kişi tütün ürünleri sebebi ile hayatını kaybetmektedir. Sigara kullanımı nedeni ile 2020 yılı itibariyle yaklaşık olarak her yıl 10 milyon insanın hayatını kaybedeceği düşünülmektedir (M-Power, 2008). Dünya Sağlık Örgütü, tütün kullanımı ile ilgili dünya genelinde çeşitli bölgelerde yaptığı çalışmaların sonuçlarını

her yıl yenilenmektedir ve Global Adult Tobacco Surveillance System (GATS) web sitesini kullanarak yayınlamaktadır.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması raporlarına göre Türkiye’de 14,8 milyon (%27) insan tütün ve tütün ürünleri kullanmaktadır. Yapılan çalışmada kadınlarda tütün tüketme oranı %13,1 iken erkeklerde bu sıklık %41,5 olarak saptanmıştır. Tütün kullanan kişilerin %94,8’nin yalnızca sigara içtiği, %0,8’nin nargile kullandığı saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014). Türkiye’de erişkin yaş gurubunda sigara kullanım oranı DSÖ 2015 raporlarına göre %22 olarak kaydedilmiştir (Tablo 2.1) (WHO, 2015). Yapılan çalışmalarda gelişmiş ülkelerde ve erkek nüfusunda sigara kullanma oranı giderek azalırken gelişmekte olan ülkelerde ve kadın nüfusunda sigara kullanım oranının giderek arttığı saptanmıştır (Kutlu ve ark., 2005).

Şekil 2.1: Bazı Ülkelerde Erişkinler Arasında Yapılan Son Ulusal Araştırmalara Göre Sigara Kullanım Oranları

Ülke	Araştırma Adı	Araştırma Yılı	Yaş grubu	Sigara kullanımı (halen) (%)		Sigara kullanımı (her gün) (%)		Dumansız tütün kullanımı (%)	
				Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
Arjantin	Global Adult Tobacco Survey	2011-12	15+	29,4	15,6	21,9	12,7	0,1	0,2
Avustralya	National Drug Strategy Household Survey	2013	14+	18,3	13,4	14,5	11,2	...	...
Belçika	Health Interview Survey, Belgium	2013	15+	26,2	19,9	21,6	16,4	...	...
Brezilya	Global Adult Tobacco Survey (GATS) - Brazil	2008	15+	21,6	13,1	18,9	11,5	0,6	0,3
Kanada	Canada Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS)	2012	15+	18,4	13,9	13,2	10,5	1,1	<%1
Çin	Global Adult Tobacco Survey (GATS) – China	2009-10	15+	52,9	2,4	45,4	2,0	...	...
Rusya	Global Adult Tobacco Survey (GATS) - Russia	2008-09	15+	60,2	21,7	55,0	16,3	1,0	0,2
Mısır	Egypt NCD Stepwise Survey	2011-12	25-64	46,0	0,4	44,3	0,3	...	...
Fransa	Baromètre santé	2010	15-75	37,4	30,2	32,4	26,0	...	...
Almanya	Gesundheit in Deutschland Aktuell (German Health Update)	2012-13	18+	31,5	23,9	24,5	18,7	...	...
İtalya	National Institute of Statistics (ISTAT)	2014	15+	24,5	14,8	...	...	...	...
Norveç	Statistics Norway Smoking Habits Survey	2013	16-74	25,0	21,0	15,0	14,0	19,0	7,0
İsveç	National Survey on Public Health	2013	16-84	23,0	20,0	11,0	11,0	23,0	7,0
İspanya	Encuesta Nacional de Salud	2011-12	15+	31,4	22,8	27,9	20,2	...	...
Türkiye	Global Adult Tobacco Survey	2012	15+	41,5	13,1	37,3	10,7	...	...

Kaynak: WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015’ten uyarlanmıştır.

2001 yılında yapılan araştırmaya göre Türkiye dünya genelinde tütün üretimi ve kullanımında önemli paya sahip ülkelerden birisidir. Verilere göre Türkiye dünya genelinde tütün kullanımının %2’sini, Avrupa bölgesinde tütün kullanımının %14’ünü kapsamaktadır (Akan ve ark., 2010). 2008 yılında Türkiye’de yapılan küresel erişkin tütün araştırması verilerine göre 15 yaş üzeri yetişkin kişilerde tütün tüketim oranı %31,2 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada erkeklerde tütün kullanım oranı %47,9 iken kadın popülasyonunda %15,2 olarak saptanmıştır. Ayrıca 15-44 yaşları arasındaki yetişkin erkeklerin %53,1’nin tütün tükettiği tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan farklı araştırmalarda sigara kullanımına başlama yaşı 13-17

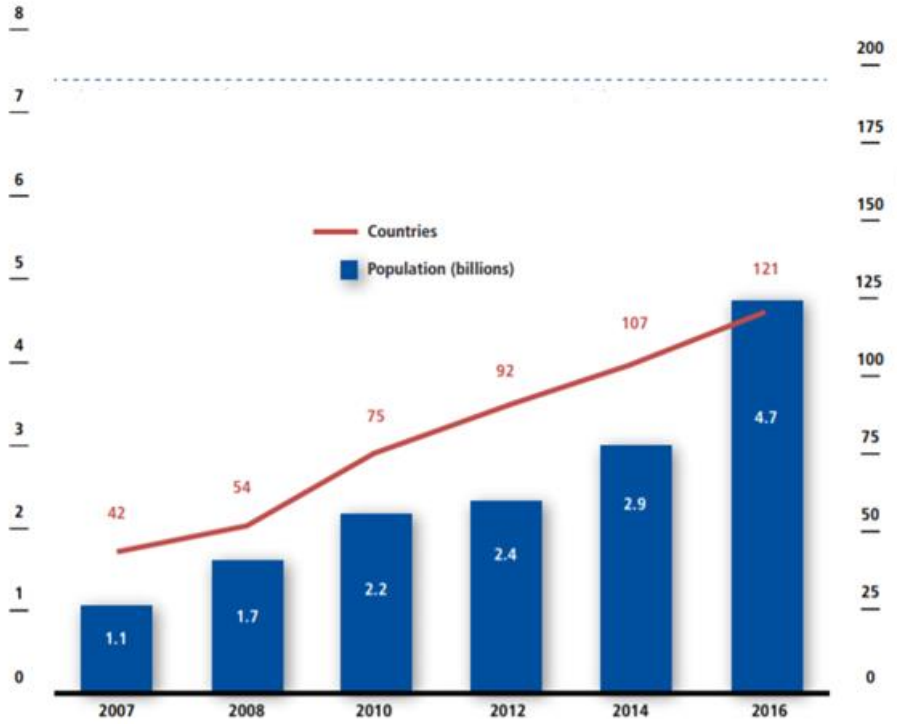
aralığında bulunmuştur (Bilir, 2012). Sigara kullanan kişilerin %58,9'u 18 yaşından önce sigara içmeye başlamıştır. Ortalama sigara tüketimine başlama yaşı erkeklerde 16,6, kadınlarda 17,8'dir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Türkiye Avrupa Bölgesi'nde sigara kullanan erkek nüfusu içinde en yüksek orana sahip ülkelerden biridir (M-Power, 2008).

Dünya genelinde kadın popülasyonunda ve gelişmekte olan ülkelerde sigara kullanım oranı artarken erkek nüfusunda ve gelişmiş ülkelerde tütün kullanımının azaldığı tespit edilmiştir (M-Power, 2008).

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık kalitesinin yetersiz olması, nüfus artışının sürekli artması, kadınların sosyal açıdan statülerinin yükselmesi ve bu ülkelerde sigara ile mücadelenin tam olarak yapılamaması sonucu sigara bir halk sağlığı sorunu olarak süreklilik arz etmektedir. Ayrıca büyük sigara şirketlerinin ticari açıdan yeni sigara pazarları arayışları ile gelişmiş ülkelerden gelişmekte olan ülkelere yönelmesi bu sorunun devam etmesine neden olmaktadır (Bilir, 2012). Küresel Yetişkin Tütün Araştırmaları verileri sigara tüketim oranının 2008 yılında yüzde 31,2 iken 2012 yılında yüzde 27,1'e gerilediğini göstermiştir. Aynı çalışmada 2012 yılında sigara kullanım oranları yaş dağılımlarına göre: 15-17 arasında %13, 18-24 arasında 29, 25-44 arasında %40, 45-64 arasında %29, 65 yaş üstünde %10 olarak bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Dünya Sağlık Örgütüne üye ülkelerin tütün kontrolüne yönelik aldığı önlemleri inceleyen "2017 yılı Küresel Tütün Salgını" başlıklı raporda Türkiye; DSÖ'nün tütün ile mücadelede hedeflerini en etkin yerine getiren 8 ülke arasında yer almıştır. Bu raporda, tütün ile mücadele konusunda 2017 yılında yaklaşık 4,7 milyar kişinin sigara paketleri üzerinde yer alan uyarı metinleri ve görsel içerikleri kapsayan önlemler ve halka açık alanlarda sigara içme yasağı ile başarılı bir şekilde korunduğu tespit edilmiştir. 2007 yılında tütün ile mücadele kapsamında dünya genelinde korunan kişi sayısı 3,6 milyar olarak tespit edildi (Şekil 2.1). Bu başarının sebebi olarak üye ülkelerin DSÖ'nün aldığı "kilit önlemleri" uygulaması düşünülmüştür. DSÖ, 31 Mayıs Dünya Tütünsüz Günü'nde açıkladığı verilerde, yaklaşık olarak dünya üzerinde her yıl 7 milyondan fazla insan tütün kullanımına bağlı çeşitli nedenlerle yaşamını yitirdiğini vurgulanmıştır. Ayrıca tütün tüketiminin dünya

ekonomisine yıllık yaklaşık 1 trilyon 400 milyar dolar yük getirdiği açıklanmıştır (WHO, 2017).



Şekil 2.2: 2007-2016 Yılları Arasında Tütün Kontrol Çalışması Başarısı (WHO, 2017)

2.1.3. Sigara Dumanının İçeriği

Tütün ürünleri içerisinde insanların en çok kullandığı ürün sigaradır. Sigara dumanında farmakolojik olarak aktif, sitotoksik, mutajenik, antijenik ve karsinojenik olan 7000'den fazla madde bulunur (Tablo 2.2) (Behr ve Nowak, 2002). Bunların içinde 80 den fazla maddenin de kanserojen olduğu tespit edilmiştir. Bunlara ek olarak sigara dumanı oksidatif hasarın başlamasına neden olan birden fazla oksidan ve serbest radikalleri de içermektedir (Yılmaz ve ark., 2008). 2003 yılında DSÖ'ye bağlı Uluslararası Kanser Araştırma Örgütü [International Agency for Research on Cancer (IARC)]'in sigara içen ve içmeyen kişiler arasında yapılan epidemiyolojik araştırmalar sonucunda oluşturduğu raporda sigara dumanı Grup 1 karsinojen olarak belirtmiştir.

Tablo 2.1: Sigara Dumanındaki Bazı Kimyasal Maddeler

Partikül Fazı	Başlıca Etki	Gaz Fazı	Başlıca Etki
Katran (TAR)	Mutajenik/Karsinojenik	Karbonmonoksit	Oksijenin hemoglobine bağlanmasını bozar
Nikotin	Doza bağımlı uyarıcı veya parasempatik N-kolinejik reseptörler üzerine baskılayıcıdır	Nitrojen Oksitler	İrritan, Siliotoksik, Proinflamatuvar
Aromatik Hidrokarbonlar	Mutajenik/Karsinojenik	Aldehitler	İrritan, Siliotoksik, Proinflamatuvar
Fenol	İrritan, Mutajenik/Karsinojenik	Hidrosiyanik Asit	İrritan, Siliotoksik, Proinflamatuvar
Kresol	İrritan, Mutajenik/Karsinojenik	Akrolein	İrritan, Siliotoksik, Proinflamatuvar
b-Naftilamin	Mutajenik/Karsinojenik	Amonyak	İrritan, Siliotoksik, Proinflamatuvar
Benzo(A)Piren	Mutajenik/Karsinojenik	Nitrosamin	İrritan, Siliotoksik, Proinflamatuvar
Katekol	Mutajenik/Karsinojenik	Hidrazin	Mutajenik/Karsinojenik
Indol	Tümör Hızlanması	Vinil Klorid	Mutajenik/Karsinojenik
Karbazol	Tümör Hızlanması		

Sigara dumanı; partikül ve gaz fazı olmak üzere iki faza ayrılmaktadır. Bu her iki fazın tanımlanması için Cambridge glass-fiber filtresi kullanılmıştır. Sigara dumanı cam fiber filtreden geçerken filtrenin içinde hapsolan bölüm partikül fazını, bu filtreden geçen kısım ise gaz fazını meydana getirmektedir. Aromatik hidrokarbon adı verilen karsinojenik etkili maddeleri içeren katran, sigara dumanının partikül fazının nem ve nikotin kısmı ayrıldıktan sonra filtrede kalan kahverengi yapışkan kısmıdır (Pryor ve Stone, 1993).

Ana duman (main stream) aktif sigara içen kişinin ağzından çıktığı dumana, yan duman (side stream) ise sigaranın yanan ucundan gelen dumana verilen isimdir. Ana akım dumanının %92 - 95'i gaz fazında bulunmakta olup bu kısımda 1 ml'de 0,3-3,3 milyar parçacık mevcuttur. Sigaranın çevresel etkisinin çoğu (%85) yan dumandan, daha az bir kısmı ise ana dumandan kaynaklanmaktadır. Yan duman ile ana duman mukayese edildiğinde yan duman çok daha yüksek miktarda toksik gaz içermektedir (Ambrose ve Barua, 2004) Sigara dumanı, partikül fazının her gramında 1017'den, gaz fazında ise 1015'ten fazla serbest radikal içermektedir (Ambrose ve Barua, 2004). Bunlara ek olarak sigara dumanında Polonyum-210 ve kurşun-210 gibi alfa yayınlayıcısı radyoaktif izotoplar da bulunmaktadır. Bu

maddeler öncelikle akciğerde toplanmakta ve akciğerlerden de kan yolu ile diğer organlara ulaşmaktadır (Demir ve Okutan, 2014).

2.1.4. Sigaranın Sağlık Üzerine Etkileri

Dünya da önlenebilir ölüm nedenlerinden en önemlisi tütün kullanımıdır. Ayrıca yapılan araştırmalara göre dünya da sırasıyla iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, alt solunum yolu yolu enfeksiyonları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), tüberküloz ve akciğer kanseri açısından da en önemli risk faktörüdür (Samet, 2013).

Akciğer Sağlığı Üzerine Etkileri

Sigara tüketen kişilerde normal popülasyona göre daha sık solunum yolu enfeksiyonu geliştiği görülmektedir. Bu durumun sebebi olarak sigara dumanının akciğer hava yollarında goblet hücre sayısında artışa, silya sayısında azalmaya, mukus sekresyonunda artışa ve alveolar makrofajların yapısında bozulmaya neden olması gösterilmiştir. Sigara kullanımı nedeniyle gelişen inflamasyon hava yollarında kalıcı anatomik değişikliklere sebep olmaktadır. Sigara dumanının inhalasyonu akciğerlerin yapısında ve fonksiyonunda çeşitli etkilere neden olmaktadır: Akciğerlerin savunmasının bozulması, müköz glandlarda hipertrofi, hiperplazi, epitelyal displazi ve metaplazi gelişmesi, küçük hava yollarında inflamasyon, kas dokusu ve goblet hücre sayısında artış, alveollerde nötrofil ve makrofajların sayısının artmasıyla hava yolu rezistansı artar ve hava akımı kısıtlanır. Bu değişikliklerin sonucu olarak sigara kullanımı kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gelişimine yol açmaktadır (Özyardımcı, 2002).

Sigara kullanımı astım gelişmesinde en önemli tetikleyicilerden biridir. Sigaranın astıma yol açma etkisi anne karnında başlayıp yaşamın her döneminde devam etmektedir. Günümüzde hem aktif sigara içiciliği hem de pasif sigara içiciliği, astımın gelişmesinde ya da kişide var olan astım semptomlarının şiddetinin artmasında en etkili unsurlar arasında sayılmaktadır (Özlü ve ark., 2010).

Sigara kullanım oranlarının yüksek olduğu ülkelerde akciğer kanseri tanısı almış olan olguların %90'ının sebebi sigara tüketimidir (Alberg ve Samet, 2003).

Akciğer kanserlerinin ancak %10'u hayatı boyunca hiç sigara kullanmamış insanlarda görülmektedir (Dubey ve Powell, 2008).

Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkileri

Sigara dumanında yer alan partiküllerin hangi hastalıklarla ilişkili olduğu kesin olarak tespit edilememesine rağmen sigara komponentlerinin farmakolojik özellikleri incelenerek ulaşılan veriler mevcuttur. Karbonmonoksit, serbest yağ asitleri ve nikotin ile bazı kardiyovasküler hastalıklar arasında ilişki tespit edilmiştir. Karbonmonoksit hipoksiye sebep olarak miyokard üzerinde doğrudan hasara sebep olmaktadır (Zevin ve ark., 2001). Fizyolojik dozlarda nikotin periferik ve koroner vazokonstriksiyona sebep olarak, nabızı artırarak ve pıhtılaşma üzerine etkili olarak iskemik kalp hastalıklarının patogeneğinde yer almaktadır (Ridker ve ark., 2001).

Diğer Etkileri

Amerika Birleşik Devletleri'nde kansere bağlı ölümlerin üçte birinden sigara sorumlu tutulmaktadır. Yapılan çeşitli çalışmalarda sigara kullanımı ile larinks, özefagus, mesane, böbrek, pankreas ve mide gibi pek çok organ kanseri arasında ilişki görülmüştür. Ayrıca çok yoğun sigara kullanımı olan kişilerde sigara ile ilişkili bir kanser görüldüğünde sigara ile ilişkili başka bir kanserin ortaya çıkma riski daha yüksektir (Beck ve ark., 1981).

Sigara kullanımı mide asit salgısını artırarak ve mukozayı asite karşı daha hassas hale getirerek peptik ülser gelişimine zemin hazırlamaktadır. Sigara kullanan kişilerde mide ve duodenum ülseri görülme oranı artmakta ve bu ülserlerin iyileşmesi sigara içmeyenlere oranla daha uzun zaman almaktadır. Ülser iyileşmesinde gecikmenin patogeneğinde tütünün ülser kenarındaki kan akımını, angiogenezi, hücre çoğalmasını, mukus sentezini ve nitrik oksit sentaz üretimini azaltması yer almaktadır (Leung, 2008).

Yapılan çalışmalarda nikotinin plasentadan geçtiği, fetal dolaşımında ve amnion sıvısında dolaştığı görülmüştür. Sigara içen gebelerde kanda bulunan nikotinin %88'inin amnion sıvısında da yer aldığı ve karbonmonoksitin de plasentaya geçtiği görülmüştür (Kutlu, 2008). Karbonmonoksit ve nikotinin

plasentadan geçişiyle birlikte fetal hipoksi, doku oksijenasyonunun bozulması ve buna bağlı sorunlar gelişebilmektedir. Gebelik döneminde sigara kullanan anneler ortalama 200-250 gr daha düşük ağırlıkta bebek doğururlar. Bu annelerin erken doğum yapma ihtimalleri, gebeliğinde tütün ürünü tkzetmeyen annelere oranla daha fazladır. Gebelik süresince annesi sigara kullanan bebeklerde ani bebek ölüm sendromu görülme olasılığı daha yüksektir. Yapılan çalışmalarda sigara içen annelerin bebeklerini yeterince kaliteli emziremedikleri tespit edilmiştir. Ayrıca bebeğini emzirme döneminde sigara kullanan annelerin bebeklerine anne sütü aracılığıyla nikotin geçmektedir (Karlıkaya ve ark., 2006).

2.1.5. Nikotin Bağımlılığı

Dünya genelinde tütün ve tütün ürünlerinin kullanımının giderek artması ve sigara kullanımının neden olduğu ölümlerin daha yaygın görülmesi sebebiyle nikotin bağımlılığıyla mücadele için ülke yöneticileri ve sorumluları eskisine oranla daha büyük çaba içine girmişlerdir.

Bireyler tütün ürünü kullanımı açısından 3 gruba ayrılırlar (M-Power, 2008, zge, 2014);

- a) Sigara içmemiş: Yaşamı boyunca hiç sigara içmemiş olan kişiler
- b) Sigarayı bırakmış: Eskiden sigara içen fakat en az 6 aydır sigara içmeyen kişiler
- c) Sigara içen: Halen düzenli veya düzensiz şekilde sigara içen kişiler

Beyinde bulunan nukleus akkumbensta yer alan dopamin miktarının artışı, bağımlılık yapıcı maddelerde gözlenen pozitif pekiştirici etkinin sebebi olarak gösterilmiştir. Nikotindeki pozitif pekiştirici özellik, nukleus akkumbensteki bu dopamin artışına ek olarak opioid peptid artışı ile de alakalıdır. Nikotin, beyinde fazlaca yer alan nikotinik asetilkolin reseptörlerini uyararak davranışlar üzerine olan etkilerini ortaya çıkarır. Nikotin beyinde bulunan Locus coeruleus'tan norepinefrin salınımına yol açar ve bunun sonucu olarak huzursuzluk ve arama davranışı gibi yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına sebep olur. Nikotinin tüm bu pozitif pekiştirici etkilerinden ayrı, kişilerin arkadaşlarının sigara kullanıyor olması, ailede sigara kullanan bireylerin bulunması, sigara kullanmaya erken yaşlarda başlama ve

genetik faktörler de bağımlılık oluşumunu kolaylaştıracak unsurlar arasında sayılmaktadır (Di Chiara, 2000) .

Amerikan Psikiyatri Birliğinin Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-5 tanı kriterlerine göre “tütün kullanım bozukluğu: 12 aylık bir kullanım dönemi içinde aşağıdakilerden en az 2’si ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan sorunlu bir tütün kullanım örüntüsüdür”:

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak tütün alımı.
2. Tütün kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar.
3. Tütün elde etmek, tütün kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırmak.
4. Tütün kullanmaya içinin gitmesi ya da tütün kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evde başlıca yükümlülükleri yerine getirememe ile sonuçlanan yineleyici tütün kullanımı.
6. Tütünün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişiler arası sorunlar olmasına karşın tütün kullanımını sürdürme.
7. Tütün kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde tehlikeli olabilecek durumlarda tütün kullanma.
9. Büyük bir olasılıkla tütünün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın tütün kullanımı sürdürme.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a) Eksikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde tütün kullanma gereksinimi.

b) Aynı ölçüde tütün kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

a) Tütüne özgü yoksunluk sendromu.

b) Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için tütün alımı (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

Klinik uygulamada sigara bağımlılığın şiddetini tespit etmek adına en çok Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) kullanılmaktadır. Bu test 1989 yılında Fagerström tarafından geliştirilmiştir (Fagerstrom ve Schneider, 1989). 1991 yılında Heatherton ve arkadaşları tarafından Fagerström Tolerans Testi'nden baz alınarak düzenlenmiş olup Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nin, Fagerström Tolerans Testi'ne göre iç tutarlılığının daha iyi ve kişiler tarafından daha kolay yanıtlanabilir olduğu gösterilmiştir (Heatherton ve ark., 1991).

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nin güvenilirlik çalışması 2004 yılında Uysal ve arkadaşları tarafından yapılmış olup güvenilirliği orta derecede olarak gösterilmiştir (Tablo 2.3). Aynı çalışmada bu testin Türkiye'de sigara bırakma kliniklerinde uygulanabileceği sonucuna varılmıştır. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nde genel anlamda kişinin içtiği sigara miktarı ve sigara içmeden belli bir süre durabilme derecesi incelenerek bağımlılık düzeyi ölçülmektedir (Uysal ve ark., 2004).

Tablo 2.2: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Soru 1: İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz? a. Uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içinde (3 puan) b. 6-30 dakika içinde (2 puan) c. 31-60 dakika (1 puan) d. 1 saatten fazla (0 puan)
Soru 2: Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz? a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)
Soru 3: İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir? a. Sabah içtiğim ilk sigara (1 puan) b. Diğer herhangi biri (0 puan)
Soru 4: Günde kaç adet sigara içiyorsunuz? a. 10 adet ve daha az (0 puan) b. 11-20 adet (1 puan) c. 21-30 adet (2 puan) d. 31 ve daha fazlası (3 puan)
Soru 5: Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz? a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)
Soru 6: Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz? a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)
Toplam Skor: 0-2: Çok az bağımlılık, 3-4: Az bağımlılık, 5: Orta derecede bağımlılık, 6-7: Yüksek bağımlılık, 8-10: Çok yüksek bağımlılık

2.1.6. Sigara Bırakma Tedavilerine Genel Yaklaşım

Sigara kullanımı insanların hayatlarına sonradan dahil ettikleri bir davranış olup kişilerin bu alışkanlığı bırakmaları olası bir durumdur. 2008 yılı Küresel Tütün Araştırması verilerine göre sigara içenlerin yetişkin ülke nüfusuna oranı %31,2 olup bu içicilerin %53'ü sigarayı bırakmak istediklerini ifade etmişler ve %45'i de aslında sigara bırakmayı hayatlarının herhangi bir döneminde denemiştir. Yaşamının bir döneminde düzenli olarak her gün sigara içmiş bulunan kişilerin yaklaşık %26,5'i de sigarayı bırakma konusunda başarılı olmuştur. Sigara içmiş olanların (halen sigara içenler ve son 12 ayda sigarayı bırakmış olanlar) %44,8'i son bir yıl içinde sigarayı bırakmayı denemiş olup son 12 ay içinde sigarayı bırakmayı deneyen bu kişilerin sadece %15,8'i sigarayı bırakma başarısı gösterebilmiştir. Ülkemizde yapılan yine aynı araştırmada sigara kullanma oranının toplum düzeyinde 2006'ya oranla %2,1 azaldığı ifade edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Yapılan çeşitli araştırmalar sigara içenlerin %40'ının her yıl sigara bırakmayı denediklerini göstermiştir. Fakat bu kişilerin pek çoğu profesyonel bir yardım almadıkları takdirde tekrar sigara kullanmaya başlamaktadır (Ingoglia ve ark., 2010). Sigarayı bırakma isteği ile herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuran hasta öncelikli olarak sigara bırakma dönemine hazırlanmalıdır. Bu sebeple öncelikle kişinin sigara bağımlılığının tanısı gerekli olup tanı konulduktan sonra hastanın hazırlık dönemine geçilmelidir. Bu dönemlerin tasnifi için Transteorik Model'den (TTM) faydalanılabilir. "Transteorik Model", Prochaska ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilen, kişinin kendi davranışını değiştirmeye yönelik hazırlık düzeyini açıklayan genel bir model olup bu modelde, davranış değişimi, aşamalı, devamlı ve dinamik bir yapı olarak anlatılır (Tablo 2.4) (Prochaska ve Diclemente, 1983).

Tablo 2.3: Transteorik Modele Göre Değişim Aşamaları

Aşamalar	Özellikleri
Düşünmeme (Pre-contemplation)	Düşünmeme aşamasındaki kişilerin gelecek altı ay içerisinde davranışlarını değiştirme niyetleri yoktur.
Düşünme (Contemplation)	Düşünme aşaması, kişilerin hem problemin hem de yapacakları değişimin artı ve eksi yönlerini değerlendirdikleri aşamadır. Genellikle, bu aşamadaki bireyler gelecek altı ay içinde davranışlarını değiştirmeyi düşünürler.
Hazırlık (Preparation/ready for action)	Hazırlık aşamasındaki kişiler gelecek bir ay içerisinde harekete geçme niyetindedirler.
Hareket (Action)	Hareket aşaması davranış değişimin olduğu aşamadır ve son altı ay içinde bireylerin davranışlarında önemli değişiklikler olmuştur.
Devam ettirme (Maintenance)	Devam ettirme aşaması değişimin başladığı ilk altı aydan itibaren sınırsız sürenin başladığı dönemdir.

Transteorik Model, toplum temelli girişimler için uygundur. Bu modelde programların bireylerin gereksinimlerine göre planlanmasının sağlanması nedeniyle başarı oranı ve değişimi sürdürme oranı yüksektir (Sun ve ark., 2007).

Hekimlerin sigara içen kişilerle görüşme yapması, sigara bırakmaya teşvik etmesi bu kişiler üzerinde bir hayli etkili olmaktadır. Bu görüşmelerde sigara bırakma konusunda isteği olan bireylere 5A, yeterince isteği olmayan bireylerde ise 5R stratejilerinin uygulanması önerilmektedir.

5A uygulamasının içinde yer alan basamaklar: Hastanın sigara ve sigaranın etkileri konusunda bilgilendirilmesi, sigara bırakma planının hazırlanması, sigara

bırakma döneminde karşılaşılabilecek zorluklar hakkında bilgilendirilmesi ve sonraki süreçte hastanın takibidir (Fiore ve Baker, 2011) .

ASK (SOR) → Hasta doktora başka bir nedenle başvurmuş olsa bile, hastaya tütün ürünü kullanıp kullanmadığı, eğer kullanıyorsa ne zaman başladığı, ne sıklıkla ve miktarda kullandığı sorulmalıdır.

ADVISE (ÖNER) → sigara kullanan her hastaya mutlaka sigarayı bırakması gerektiği öğütlenmelidir.

ASSESS (DEĞERLENDİR) → Hastaya sigarayı bırakmayı düşünüp düşünmediği sorulur. Eğer daha önce bırakma denemesi olmuşsa bu süreçte karşılaştığı zorluklar sorgulanmalı ve bu problemlere yönelik gerekli önerilerde bulunulmalıdır.

ASSIST (ÖNDERLİK ET) → Hastaya uygun olacak şekilde sigara bırakma planı hazırlanmalıdır. Sigara bırakma döneminde eğer yoksunluk belirtileri oluşursa bununla nasıl baş edebileceği anlatılmalıdır.

ARRANGE (İZLE) → Hasta mutlaka sıkı kontrollerle yakından izlenmelidir.

Sigarayı bırakmak istemeyen kişilerde ise 5R stratejileri uygulanması önerilmektedir. Bu şekilde insanların sigara bırakma konusunda bilinçlendirilmesi ve ikna edilmesi planlanmaktadır (Fiore ve Baker, 2011)

RELEVANCE (İLİŞKİ) → Sigaranın kötü yöndeki tüm etkileri hasta ile ilişkilendirilerek anlatılmalı, örneklendirilmeli ve hasta sigara bırakmaya teşvik edilmelidir.

RISKS (RİSKLER) → Hasta sigara kullanımı sebebiyle oluşabilecek riskler hakkında aydınlatılmalıdır.

REWARDS (ÖDÜLLER) → Hastanın sigarayı bıraktıktan sonra hissedeceği olumlu etkilerden bahsedilmelidir.

ROADBLOCKS (ENGELLER) → Hastanın neden sigarayı bırakmak istemediği sorgulanmalıdır.

REPETITION (TEKRAR) → Hasta ile yapılan her görüşmede sigara bırakma konusu tekrar konuşulmalıdır.

5A ve 5R adımlarının hayata geçirilmesi ve uygulanması tüm sağlık çalışanları ve doktorların önemli görevleri arasında yer almaktadır.

Sigara bırakmanın medikal tedavisinde bireysel davranış değişikliği ve psikoterapiye ek olarak FDA (Food Drug Administration) onaylı olan medikal ilaçların kullanımı esastır. Bu ilaçlar önerilirken hastanın daha önceki sigara bırakma deneyimleri, Fagerström bağımlılık puanı, mevcut kullandığı ilaçlar ve ek hastalıkları göz önünde bulundurulmalı, bu şekilde kişiye özel en etkili ve en güvenli ilaç seçilmelidir (Marakoğlu ve Kargin, 2016).

İlk olarak tercih edilmesi gereken medikal tedaviler; Nikotin Replasman Tedavisi (NRT) (nikotin sakızı, nikotin bandı, nazal spreyleyler, dilaltı tabletler), bupropion ve vareniklin'dir. Sigara bıraktırmada etkili olduğu klinik deneylerle gösterilmiş olmakla birlikte daha nadir kullanılan diğery iki ilaç ise klonidin ve nortritilindir (Larzelere ve Williams, 2012).

Nikotin Replasman Tedavisi

Sigara bırakma polikliniklerinde kullanılan medikal tedaviler içinde en yaygın olan tedavi yöntemidir. Nikotin replasman tedavisi uygulanış yöntemine göre 6 farklı çeşide ayrılır: Nikotin bandı, nikotin sakızı, nikotin nazal spreyley, nikotin dilaltı tablet, nikotin pastil, nikotin inhaler. Bu yöntemlerin hepsi sigaranın bırakma döneminde gelişebilecek olan yoksunluk semptomlarını ve hastanın nikotin isteğini azaltma amacıyla kullanılmakta olup içlerinde en yaygın tercih edilen formlar sakız ve banttır. Tedavi başarısızlığı durumunda ya da nikotin yoksunluk belirtilerini yok etmede tek başlarına yetersiz kaldıkları durumlarda kombine edilebilirler. Yaygın olarak kullanılan kombinasyon bant ve sakız kombinasyonudur. Nikotin replasman tedavisi özellikle orta veya yüksek derecede nikotin bağımlılığı durumlarında, içtiğı sigara sayısı günde 20 adeti geçen kişilerde veya bağımlılığı hafif derecede olmasına rağmen sigarayı bırakmak için kullandığı diğery medikal tedavilerden olumlu sonuç alamayanlarda seçilmesi gereken yöntemdir (Marakoğlu ve Kargin, 2016).

Nikotin Bandı

Nikotin bandının 16 saat ve 24 saat kullanılabilen 2 çeşit formu bulunmaktadır. Bandın kullanımı ile birlikte vücuda saatte 1 mg nikotin kontrollü olarak verilmektedir. 24 saatlik formdaki bantlar üç farklı boyutta olup sırayla 21 mg, 14 mg, 7 mg nikotini vücuda vermektedir (Erdinç ve ark., 2013). Hasta, her sabah uyandığında yeni bir bandı deriye iyi nüfuz etmesi açısından mümkünse tüysüz bir vücut bölgesine yerleştirmelidir. Sıklıkla boyun ve bel arasında yer alan bölgelere bandın yapıştırılması önerilmektedir. Bandın uygulandığı bölge sürekli olarak değiştirilmeli ve bu şekilde ciltte gelişebilecek tahrişlerin önüne geçilmelidir. Nikotin bandı kullanılırken sigara içilmemesi gerektiğinden hedeflenen sigara bırakma gününde tedaviye başlanır (Fiore Mc, 2008).

Günlük içtiği sigara sayısı 20'yi geçen veya fagerstrom testinden aldığı puan 6 ve üzeri olan kişilerde nikotin bandının 21 mg'lık formu ile başlanıp 4 hafta devam edilir, daha sonra 2'şer hafta süreyle 14 ve 7 mg şeklinde doz azatılımı yapılarak toplam tedavi süresi en az 6 haftaya tamamlanır. İçilen sigara sayısının 20'den az olduğu durumlarda ise tedaviye 14 mg'lık bant ile başlanıp doz azaltılarak tedavi tamamlanır. Nikotin bandının yan etkileri sıklıkla hafif ve geçici olup yan etki sebebiyle tedavinin bırakılması durumu nadiren görülür. Sık görülen yan etkileri bandın uygulandığı vücut bölgelerinde cilt reaksiyonları, aritmi, taşikardi, uykusuzluk, baş ağrısı, gribal semptomlar, miyalji, bulantı ve sersemliktir (Marakoğlu ve Kargin, 2016).

Nikotin Sakızı

2 mg ve 4 mg'lık olmak üzere iki adet formları bulunmaktadır. Günde içtiği sigara sayısı 25'i geçmeyen kişilerde 2 mg, 25'i geçenlerde ise 4 mg nikotin sakızı kullanılması uygundur. Günde 24 taneden daha fazla çiğnenmesi uygun değildir ve bir sakız çiğnedikten sonra diğerini çiğnemek için araya en az yarım saat süre bırakmak gerekir. Tedavi süresi 8-12 hafta olarak planlanmalıdır. Kişinin içtiği sigara sayısına göre nikotin sakızının doz ayarlaması yapılabileceği gibi Fagerström nikotin bağımlılık testine göre de kişinin kaç mg'lık sakız çiğnemesi gerektiği belirlenebilmektedir. Buna göre orta ve düşük bağımlılığı olanlarda 2 mg'lık, yüksek bağımlılığı olan kişilerde de 4 mg'lık formlar uygun görülmektedir. Nikotin sakızının

içerdiği nikotin, çiğneme esnasında yanak mukozasından emildiği için sakızı kullanırken 1-2 dk kadar yavaş bir şekilde çiğneyip, sonrasında bir süre yanak mukozasında bekletmek gerekmektedir. Herhangi bir şey yedikten sonra sakızı çiğnemek için en az 15 dk süre bırakılmalı ve ağızda nikotin sakızı varken de herhangi bir şey yiyip içilmemelidir. Nikotin sakızı kişinin sigara içme isteği geldiği ya da maksimum seviyeye ulaştığı anda kullanılabilmesi sebebiyle özellikle diğer NRT yöntemlerine göre daha avantajlı olabilmektedir. Hıçkırık, dispepsi, çene ağrısı, gastrointestinal şikayetler, ağız ve boğazda tahriş gibi yan etkilerinin görülebileceği raporlanmıştır (Marakoğlu ve Kargin, 2016).

Nikotin replasman tedavisi olarak kullanılan tüm formlar genel olarak doz azatlımı yapılarak kesilmelidir. Dozun azaltıldığı periyotlarda kişinin hissettiği nikotin yoksunluk semptomlarının şiddetinin de eş zamanlı azalması amaçlanmaktadır. Bu tedaviyi alırken bir nefes bile sigara içmemek ve sigarayı tam anlamıyla terk etmek gerekmektedir. Tedavinin kullanımının kontrendike olduğu durumlar: Gebelik ve laktasyon dönemini, yeni geçirilmiş miyokart enfarktüsü (3 haftadan daha kısa süre önce), unstabil anjina pectoris, kişide ciddi aritmilerin ve kalp-damar hastalıklarının varlığıdır. Ayrıca bu tedavilerin 18 yaş altı kişilerde kullanılmaması tavsiye edilmektedir. Tedavide yetersiz kalındığı durumlarda NRT ile bupropion kombine edilerek kullanılabilir ve bu şekilde başarı oranını arttırmak hedeflenebilmektedir (Erdinç ve ark., 2013).

Bupropion

FDA tarafından 1997 yılında onaylanan ve sigara bırakma tedavisinde etkinliği kanıtlanan ilk nikotin içermeyen ajandır (Kanıt düzeyi A). Trisiklik olmayan antidepresanlar grubunun bir üyesi olup noradrenalin ve dopaminin geri alınımını zayıf bir şekilde inhibe etmektedir. Sigara bırakma tedavisindeki etkinliği ile antidepresan etkisinin ilişkisi yoktur ve mekanizmaları birbirinden bağımsız olarak ortaya çıkmaktadır (Fiore Mc, 2008). Bupropion kullanılırken aynı zamanda sigara da içilebilmektedir, sonrasında sigara bırakılır. Tedavi etkinliği için 8 haftalık kullanımın gerekli olduğu düşünülmektedir. Oral olarak kullanılır. İlk üç gün 150 mg tablet günde 1 kez alınır, sonrasında 150 mg tablet günde 2 kez alınmak suretiyle kullanılır. Sigara bırakma günü kişi ile birlikte değerlendirilerek belirlenir.

Genellikle uygun olan tedavi başlandıktan sonraki 7-14 gün arasındaki bir tarihte sigaranın bırakılmasıdır. Sigarayı bırakma gününden sonra da tedaviye aynı dozda devam edilir. Baş ağrısı, uykusuzluk, ağız kuruluğu, alerjik reaksiyon, sindirim sistemi şikayetleri gibi yan etkilerin görülebildiği raporlanmıştır (Bilir, 2012). Epileptik hastalıklar, anoreksia nervosa ya da bulimia gibi yeme bozuklukları olanlarda kullanımı kontrendikedir. Merkezi sinir sistemi travması öyküsü, kontrolsüz hipertansiyon, ağır hepatik nekroz, MAO inhibitörü kullanımı, 18 yaş altı hastalar, hamileler, bupropion aşırı duyarlılığı, santral sinir sistemi tümörü, bipolar hastalık, konvülsiyon eşiğini düşüren ilaç kullanımı, çok ağır siroz olguları gibi durumlarda bupropion kullanılması önerilmemektedir. Bupropionun NRT ile eş zamanlı kombine edilerek kullanılması mümkündür. Hastada yüksek nikotin bağımlılığı varsa ve daha önce NRT denenmiş fakat başarılı olunamamışsa bupropion tercih edilebilir (Marakoğlu ve Kargin, 2016).

Vareniklin

Sigara bırakma tedavisindeki etkinliği 2006 yılında FDA tarafından onaylanan ve nikotin içermeyen bir ajandır. Sigara bırakma etkinliğinin kanıt düzeyi A'dır (Fiore Mc, 2008). $\alpha 4\beta 2$ nikotinik asetilkolin reseptörlerinin kısmi agonisti ve antagonist olup $\alpha 4\beta 2$ reseptörlerini uyararak nikotinik agonist etki ile nükleus akkumbens dopamin salınımını tetikler. Vareniklin kullanımıyla eş zamanlı olarak nikotin alınsa dahi antagonist etki sebebiyle dopamin salınımında artış görülmez. Vareniklin kişinin sigara içme isteğini azaltıp nikotin yoksunluk semptomlarının gelişmesini engeller (Uzaslan, 2002). Kişilerin sigara içmeye devam ettikleri dönemde tedaviye başlanıp belirlenen uygun bir günde sigara bırakılır. Toplam tedavi süresi 12 hafta olarak planlanır. İlk üç gün sadece sabahları 0.5 mg tablet, 4-7. günlerde sabah 0.5 mg akşam 0.5 mg tablet, 8. günden itibaren tedavi sonlanana kadar sabah 1 mg akşam 1 mg olmak üzere günde 2 tablet oral olarak kullanılır (Bilir, 2012). Bulantı, anormal rüya görme, kabızlık ve uyku uyumada güçlük gibi çok yaygın görülen yan etkileri vardır. Diğer yan etkileri ise iştah artışı, tat duyusunda değişiklik, ağızda kuruluk hissi, uyku hali, yorgunluk, baş dönmesi, kusma, kabızlık, ishal, gastrointestinal iritasyon ve şişkinlik oluşumudur (Özge, 2014). Sigara kullanan bireylere vareniklin önerilirken kişiler herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmaması yönünden detaylıca sorgulanmalıdır.

Ayrıca tedavileri boyunca da nöropsikiyatrik semptomların gelişme ihtimali açısından yakın takibe alınmalıdırlar. Psikiyatrik hastalık tanısı ya da öyküsü bulunan kişiler hastalıkları kontrol altında bile olsa vareniklin kullanmamalıdır (Bilir, 2012).

2.1.7. Hekimlerin ve Diğer Sağlık Çalışanlarının Sigaraya Karşı Tutumları

Sağlık grubu mensupları, tütün bağımlılığı ile mücadeleyi kendi iş görevlerinin bir parçası olarak düşünmeli ve bu sorumluluk bilincine sahip olmalıdırlar. Hekimler herhangi bir sebepten dolayı polikliniklerine gelen kişilere eğer sigara kullanıyorlarsa bu alışkanlıklarını bırakmanın sağlıklarını korumak ve yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla yapabilecekleri en faydalı şey olduğunu ifade etmelidirler. Yapılan çalışmalarda sigara kullanan bireylerin yaklaşık %70 gibi bir oranının çeşitli sebeplerle bir doktora başvurduğunu fakat bu kişilerden sadece %15 kadarına görüştüğü hekim tarafından sigara kullanımının sağlığa etkilerinin anlatıldığı ve sigara bırakma konusunda yardımcı olunduğu tespit edilmiştir (Aslan ve ark., 2008).

Gelecek nesil sağlık mensuplarının sigara bağımlılığıyla mücadele de dahil olmak üzere diğer tüm konularda yetiştirilmesi ve bilgilendirilmesinde şimdiki sağlık çalışanlarının öneminin büyük olması sebebiyle sigara ve sağlık çalışanlarında tütün kullanımı gibi çalışmaların Tıp Fakülteleri'nde eğitim programlarına dahil edilmesi önerilmektedir. Bu tarz çalışmaların özellikle Tıp öğrencilerinin fakülte hayatına adım attıkları ilk yıllarda yapılması hekim adaylarının tütün kullanımı ile ilgili doğru tutumu meslek hayatlarının erken dönemlerinde kazanmalarına yardımcı olabilir. Ayrıca bu süreç, sigara kullanan ve sigarayı bırakmayı düşünen hekim adaylarına sigara bırakma fırsatı için de yardımcı olacaktır (Aslan ve ark., 2008).

Hekimler, hastaları için pek çok konuda örnek teşkil etmektedirler. Hekimlerin ve hekim adaylarının tütün ürünlerini kullanması, bu alışkanlığa karşı tutumlarını kötü yönde etkileyebilir, duyarlılıklarını azaltabilir ve koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önemin verilmemesine neden olabilir. Hekimlerin sigara kullanmaları, hastaların sigara bırakma konusunda hekimlerine olan güvenlerini olumsuz etkileyebilir (Kosku ve ark., 2003). Sağlık mensupları ve hekimler arasında yapılan çalışmalarda sigara kullanma oranlarının yüksek bulunması nedeniyle,

hekimler de tütünle mücadelede hedef olarak belirlenen grupların içinde yer almalıdırlar. Tütünle mücadele çalışmalarının artırılması amacıyla pratisyen hekimlerin ve tıp fakültelerinde öğrenim gören öğrencilerin sigara kullanımının zararları ve sigara bırakma yöntemleri konusunda eğitim almaları, buna yönelik kılavuzların oluşturulması, tedavide kullanılan ilaçların ulaşılabilir olması, sevk modellerinin aktif hale getirilmesi önerilmektedir (Zwar ve Richmond, 2006).

2.1.8. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kontrolü

Tütün kontrolü toplum tarafından tütün ürünlerinin tüketimini ve toplumdaki bireylerin tütün dumanına maruz kalmasını azaltarak ya da önlemeye çalışarak yaşam kalitelerini arttırmayı hedefleyen stratejilerin tamamıdır.

Çağımızdaki ölümlerin önlenabilir sebeplerinden biri olan tütün dünyada en az bir milyar insan tarafından tüketilmektedir. Tütün kullanım oranları özellikle gelişmekte olan ülkelerde gün geçtikçe artmaktadır. Bu artışın sebebi olarak tütün üretimi yapan büyük şirketlerin pazar arayışları ve bu ülkelerdeki nüfusun giderek artması gösterilmiştir. 160’den daha fazla ülkeyi bünyesinde barındıran DSÖ, tütün kullanımında görülen bu artışı kırmak hedefiyle 2008 yılında Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini uygulamaya koymuştur. Ayrıca kendisine taraf olan ülkelere yardım etmek amacıyla MPOWER paketini düzenlemiş olup tütün kontrolünde etkili olduğu düşünülen altı politika bu pakette görüşülmüştür (M-Power, 2008);

M: Tütün kullanımını ve koruyucu çalışmaları izle.

P: İnsanları pasif sigara dumanının etkilerinden korusun.

O: Tütün kullanımının bırakılması için insanlara yardım teklif et.

W: İnsanları tütünün zararlı etkileri konusunda uyar.

E: Tütünün reklam, promosyon ve sponsorluk yasaklarını uygula.

R: Tütün ürünlerinin vergisini artır.

Ülkelerin tütün ile etkili şekilde mücadele edebilmeleri için MPOWER paketinde yer alan adımları başarılı bir şekilde uygulamaları gerekmektedir. Bunun için de ulusal şartlar uygun biçimde oluşturulmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü Çerçeve Sözleşmesine taraf olan ülkelerden biri de ülkemiz olup bu pakette yer alan stratejileri uygulama noktasında çaba gayret göstermektedir.

Türkiye’de 4207 sayılı Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun 26 Kasım 1996 tarihinde çıkarılarak tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı kontrol altına alınmaya çalışılmıştır. Bu kanunun çıkarılmasında ülkemizde yaşayan bireyleri ve yeni nesilleri tütün ürünlerinin zararlarından, teşvik edici reklam, tanıtım ve kampanyalardan korumak amaçlanmıştır. Bu kanunun yürürlüğe girmesiyle birlikte 18 yaşını doldurmamış kişilere sigara satılmasının, toplu taşıma araçları ve eğitim kurumları gibi kapalı ortamlarda tütün ve tütün ürünlerinin kullanımının önüne geçilmesi hedeflenmiştir (4207 Sayılı Kanun,1996).

Dünyada 1988 yılında 31 Mayıs günü “Dünya Sigarasız Günü-Sigara içmeme Günü” olarak belirlenmiştir. Bütün ülkelerde her yıl DSÖ tarafından ortaya çıkarılan slogan ve hedefler çerçevesinde çalışmaların yapılması amaçlanmıştır. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi tütün ekimi, sigara üretimi, tütün ürünlerinin fiyatlandırılması, nikotin ve katran içerikleri, tütün kaçakçılığının önüne geçilmesi, sigara kullanımının zararları, 18 yaş altı kişilere sigara satışının önlenmesi, pasif içiciliğin engellenmeye çalışılması, sigara tanıtımı ve sponsorlukları gibi konuları içermektedir. Bu sözleşme DSÖ’nün tütün kontrolü kapsamında atmış olduğu en önemli adımların başında gelmekte olup 2001 yılında hazırlanmaya başlanan ve 2003 yılında yapılan genel kurulda 168 ülke bakanların tarafından kabul edilmiştir. 2004 yılına gelindiğinde 57 ülkenin parlamentosu tarafından kabul edilerek uluslararası bir yasa halini almıştır. Bu arada 4733 sayılı yasa ile 2002 yılında Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu kurulmuş olup bazı yönetmelik ve bildirileri yayınlamıştır. Bu bildiriler ile 4207 sayılı yasanın uygulanıp hayata geçirilmesi konusunda yaşanan bazı eksik noktalar giderilmeye çalışılmıştır (Bilir ve Aslan, 2005).

2005 yılında onaylanan 5326 sayılı Kabahatler Kanununun 39. Maddesine göre kamu hizmet binalarının kapalı olan kısımlarında, toplu ulaşım araçlarında ve özel hukuk kişilerine ait olan ve umumi kullanılan binaların kapalı alanlarında tütün

ürünü kullanan bireylere 50 Türk Lirası para cezası verilmesi uygulaması yürürlüğe girmiştir.

1996 yılında çıkarılan Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'un ismi Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkındaki Kanun olarak 2008 yılında değiştirilmiş olup bu kanun tam anlamı ile 19 Temmuz 2009'da yürürlüğe girmiştir.

23 Kasım 2011 tarihli ve 28121 sayılı Resmî Gazete'de tütün bağımlılığı tedavisi sunan sağlık kuruluşlarının standardının oluşturulması amacıyla, Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Yönetmeliği yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelik bünyesinde; tütün bağımlılığı tedavisi sunan sağlık kurumları standardize edilmiş ve bu kurumlarda çalışan sağlık personellerinin nitelikleri belirlenmiştir. Bunlara ek olarak Sağlık Bakanlığı tütün bağımlılığı tedavisinde yaygın olarak kullanılan ve ülkemizde geri ödeme kapsamında olmayan farmakolojik preparatları 2010, 2015 ve 2017 yıllarında satın almıştır. Bu preparatlar sigara bırakmak isteyen hastalara, sigara bırakma polikliniklerinde görev alan hekimlerce tedavi amacıyla verilmiştir (Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı, 2018-2023).

2.2. Depresyon

2.2.1. Tarihçe

Depresyona ait öne sürülen en eski tanımlar tıbbın babası olarak nitelendirilen Hipokrat'a dayandırılmaktadır. Hipokrat'ın düşüncesine göre, mental hastalıkların temelinde doğal nedenler yatmaktaydı. Hipokrat vücutta bulunması gerekenden daha fazla üretilen siyah safranın melankolik durumu oluşturduğunu öne sürmüştür. Ayrıca O'na göre bu sıvı dalak tarafından üretilmekteydi. Bu düşüncesini "Melan" kelimesinin anlamının siyah, "koli" kelimesinin anlamının ise safra olmasıyla birlikte güçlendiriyordu (Aydın, 2004). Hipokrat'ın yaşamış olduğu MÖ dördüncü yüzyılda depresyonun bir rahatsızlık olarak düşünüldüğü Hipokrat'ın "eğer üzüntü uzun sürerse artık melankolidir" sözünden anlaşılmaktadır (Sadock BJ. ve Sadock, 2007).

Ortaçağda, ruhsal çökkünlük en iyi İbni Sina tarafından tanımlanmış ve ilginç olgular örnek olarak gösterilmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Milattan sonra 980-1037 yılları arasında yaşamış olan İbni Sina'ya göre, ruh beynin işlevlerinden biridir ve beyinde meydana gelen fonksiyonel bir bozukluk tarafından bu hastalık meydana gelmektedir. Modern nörotransmitter hipotezlerinin temelini oluşmasında İbni Sina'nın insanlardaki vücut sıvılarının farklı oranlarda karışımıyla birlikte farklı depresif görünümlerin meydana geldiğini ifade etmesi önemli olmuştur (Köknel, 2000).

On dokuzuncu yüzyılda Emil Kraepelin depresyonu ruhsal bir bozukluk olarak tanımlamıştır. Yine aynı yüzyılda Sigmund Freud tarafından kaleme alınan “Yas ve Melankoli” isimli kitapta depresyonun dinamiği üzerine açıklamalar yapılmış ve depresyonun gelişmesinde kişi tarafından sevilen herhangi bir objenin kaybının önemi olduğu üzerinde durulmuştur. Bu eserde ruhsal yaşantının depresyon üzerindeki önemi kadar bir yandan da depresyonun oluşmasında etkili olan kimyasal ve fizyolojik nedenlerden de bahsedilmiştir (Köknel, 2000).

Günümüzde depresyon üzerine yapılan çalışmalarda klinik görünümün, belirtilerin seyrinin ve tedaviye yanıtın etkili olduğu farklı sınıflandırma sistemleri kullanılmaktadır.

2.2.2. Tanım

Depresyon, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, fizyolojik işlevler ve hareketlerde yavaşlama, durağanlaşma ve bunlara ek olarak değersizlik, isteksizlik, güçsüzlük, karamsarlık gibi duygu ve düşünceler ile kendini gösteren bir sendromdur (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Dünya üzerinde halk sağlığını en çok risk altına alan problemlerin başında depresyon yer almaktadır. Depresyon tanısında zorlukların yaşanması, dünyada prevalansının yüksek olması, kişilerde intihar etme riskinin ve hastalığın kronikleşme ihtimalinin yüksek olması, fonksiyonel işlevlerde kayıplara neden olması ve bu hastalığın getirdiği ekonomik yükün artması ile birlikte depresyon üzerine yapılacak olan çalışmaların önemi gün geçtikçe artmaktadır (Stein ve ark., 2015).

Depresyon Latince’de “depressus” kelimesinden gelmektedir. Bu kavram dibe doğru itmek, durgunlaştırmak, üzgünleştirmek ve cesaretini kırmak anlamlarını da kapsamaktadır. Bizim dilimizde ise ruhsal çökkünlük anlamına karşılık gelmektedir (Köknel, 2005).

2.2.3. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü tarafından düzenlenen dünyadaki en önemli hastalıklar listesinde yer alan depresyon, bu listede dördüncü sırada olup dünya üzerinde iş gücü kaybı yapan hastalıkların başında geldiği belirtilmiştir (WHO, 2001). Dünyada, depresyon semptomlarından şikayet eden insan sayısı bir hayli fazladır. Anlamlı depresif semptom prevalans oranları %13-20 olup majör depresif bozukluk prevalansı hem adolesan kadınlarda hem de yetişkin kadınlarda, erkeklere oranla 2-3 kat daha sık görülmektedir. Yaş dağılımına bakıldığında erkek ve kadınlar arasında prevalansın en fazla olduğu yaş aralığı 25-44 yaş grubu olarak tespit edilmiştir (Leckman JF, 2000). Depresyon semptomlarının görülme sıklığı farklı popülasyonlarda %13-20 arasında değişirken, yapılan çalışmalarda gelişmiş ülkelerde klinik depresyon prevalansı erkeklerde %3, kadınlarda %4-9 arasında bulunmuştur (Bostanci ve ark., 2005, Marakoglu ve ark., 2006). Türk toplumunda ise bu oran %10 ile %20 arasındadır (Bostanci ve ark., 2005).

Özellikle genç nüfusta psikososyal ve akademik işlevlerde anlamlı oranda kötüleşmeye neden olan ve gelişimsel problemlerin çözülmesini engelleyen en sık görülen ruhsal bozukluk depresyondur. Depresyon insan yaşamının herhangi bir döneminde başlayabilirse de sıklıkla 20’li yaşların ortalarında başladığı görülmektedir (Özmen ve ark., 1997).

2.2.4. Klinik ve Seyir

Depresyondaki kişiler duygusal anlamda üzüntü, anksiyete, irritabilite hissedebilirken bilişsel olarak ise umutsuzluk, karamsarlık, değersizlik, kendini küçük görme, suçluluk duyguları, bellek bozuklukları, dikkat eksikliği, konsantrasyon zorlukları yaşayabilmektedirler. Bunlarla birlikte ölüm ve intihar düşüncelerinde de belirgin artışlar görülebilmektedir. Depresyon dönemlerinde fiziksel açıdan yorgunluk, bitkinlik, enerji azlığı, uyku bozuklukları, kilo değişiklikleri ve sosyal etkinliklere katılma isteğinde belirgin azalma, sosyal

ilişkilerden uzaklaşma, iş, okul, özel yaşamda fonksiyonelliğın etkilenmesi gibi belirti ve bulgular görülebilir (Tezcan E., 2000). Bu duygudurum bozukluğundan etkilenen kişiler derin üzüntü içerisinde olup sosyal etkinlik ve iletişime karşı olan ilgilerinde azalma meydana gelmiştir. Ayrıca bu kişilerde abartıya kaçan suçluluk duygusu, kendini değersiz görme gibi durumlar da hakim olmaya başlamıştır. Depresyon sebebiyle kişiler kendilerini olduğundan daha yorgun hissederler. Daha önce kendilerine zevk veren faaliyetlerden artık zevk alamaz hale gelirler. Günlük hayatlarında karşılaşacakları sıkıntı ve problemlerde kendilerini tamamen başarısız gibi hissedebilmekte ve yaşanan sorunların kaynağı olarak kendilerini görmekteirler. En küçük kararları almakta bile sorun yaşarlar. Uykuya dalmada zorlanırlar ve cinselliğe olan ilgilerini kaybederler. Düşünme ve dikkatini toplamada güçlük çekebilirler. Hatta ciddi boyutlarda depresyonu olan bireyler ölüm düşüncelerini bir türlü akıllarından silemeyip intihara teşebbüs edebilirler (Morris, 2002).

Depresyon tanısı alan hastaların yaklaşık 2/3'ü intihar etmeyi düşünür fakat tüm hastalar içinde sadece %10-15 kadarı kendilerinde intihar girişiminde bulunacak gücü bulabilir ve bunu gerçekleştirebilir. Depresyon tanılı hastaların %97'sinde görülen şikayet, enerji azlığı olup bu hastaların iş ve okul hayatlarındaki başarıları düşmüştür. Hastaların %80'inde uyku bozukluğu, pek çoğunda da iştah ve kilo kaybı olur. Depresyonun sık görülen belirtilerinden olan anksiyete hastaların %90'ını etkiler (Sadock BJ. ve ark., 2014). Bu hastaların çoğu sabahın erken saatlerinde daha yoğun olarak anksiyete içerisindeirler. Depresyon tanılı kişiler gün içinde özellikle ikinci vaktinden akşama doğru ilerleyen saatlerde kendilerini daha olağan hissederler (Tan, 2008).

Depresyonun beraberinde görülen kaygı, alkol bağımlılığı ve bedensel yakınmalar sebebiyle kişi bu durumdan kötü etkilenebilir ve tedavinin etkinliği azalabilir. Ayrıca kişide depresyon görülmesi de diyabet, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları ve kalp hastalığı gibi komorbid hastalıkların olağan seyrini değiştirebilmektedir (Sadock BJ. ve ark., 2014).

2.2.5. Sınıflandırma ve Tanı Kriterleri

Dünya genelinde depresif hastalıkların tanısında en çok onaylanan sınıflandırma sistemi, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan DSM'dir. Bu sınıflama 2013 yılında 'American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', beşinci baskı (DSM-V) olarak güncellenmiştir (Dsm-V, 2013).

DSM-V'e göre depresif bozukluk alt grupları içindeki tanılar:

1. Majör depresif bozukluk
2. Distimik bozukluk
3. Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu
4. Premenstrüel disforik bozukluk
5. Madde/ilaç kaynaklı depresif bozukluk
6. Başka medikal duruma bağımlı depresif bozukluk
7. Diğer belirtilen depresif bozukluk
8. Tanımlanmamış depresif bozukluk

Majör depresif bozukluğun DSM-V tanı kriterleri:

A. Majör depresyon diyebilmek için aşağıdaki bulgulardan en az 5 tanesi, en az iki haftadır, her gün olmalı ve gün boyu devam etmelidir. Bu maddelerden en az bir tanesi 1. veya 2. maddede belirtilen bulgulardan olmalıdır.

1. Hastanın kendi ifadesi ile belirlenen ya da dışardan gözlenmiş olan, hemen her gün gün boyu süren zevk alamama ve ilgi kaybı
2. Hastanın kendi ifadesi ile belirlenen ya da dışardan gözlenmiş olan, hemen her gün gün boyu süren çökkünlük, depresif duygudurum
3. Hemen her gün aşırı uyuma ya da uykusuzluk
4. Kilo kaybetme ya da alma

5. Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
6. Hemen her gün bitkinlik-yorgunluk ya da enerji kaybı
7. Hemen her gün uygunsuz suçluluk duygularının olması ya da değersizlik
8. Hemen her gün düşüncelerini belli bir konu üzerine yoğunlaştırmada zorlanma veya karar verememe
9. Yineleyen ölüm veya intihar düşünceleri ya da girişimde bulunma

B. Bu belirtilerin klinik açıdan bir sıkıntıya neden olması ya da toplumsal, mesleki ve önemli alanlarda işlevsellikte bozulmaya yol açması

C. Bu belirtilerin genel tıbbi bir duruma ve madde kullanımına bağlı olmaması.

Not: A ve C ölçütleri bir majör depresif atak hakkındadır.

D. Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı şizofreni, şizofreniform bozukluk, şizoaffektif bozukluk, sanrılı bozukluk ve diğer bozukluklarla açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman mani veya hipomanik dönemin geçirilmemiş olması

2.3. Nikotin Bağımlılığı ve Depresyon İlişkisi

Günümüzde ciddi sağlık sorunlarına yol açan ve toplum sağlığı açısından önemli bir risk oluşturan sigara bağımlılığının altında yatan nedenlerin belirlenmesi ve ortaya konulması, sigara bağımlılığının önlenmesinde büyük önem taşımaktadır. Nikotin bağımlılığı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu bilinmektedir. Sebep olarak depresyon semptomları bulunan kişilerin bu şikayetlerinden kurtulmak amacıyla daha çok sigara kullanmaları, nikotin bağımlılığına neden olan çevresel ve ruhsal faktörlerin depresyona yatkınlık oluşturmaları sayılabilir. Sigara kullanımı geçici bir kendini iyi hissetme hali sağlıyor olsa bile uzun vadede düzenli sigara tüketiminin nörotransmitter yollarında çeşitli değişiklikler vasıtasıyla depresyon riskini arttırabileceği gösterilmiştir (Munafò ve Araya, 2010). Taylor ve arkadaşlarının 2014 yılında çeşitli çalışmalardan derleyip hazırladığı makalede sigara

kullanımına devam eden kişilere oranla sigarayı bırakan kişilerde depresyon semptomlarında azalma olduğu gösterilmiştir (Taylor ve ark., 2014). Beck Depresyon Ölçeği başta olmak üzere çeşitli depresyon ve anksiyete ölçeklerinin kullanıldığı çalışmaları değerlendiren bir meta analiz çalışmasında depresif semptomları yüksek olan bireylerin sigarayı bırakma olasılıklarının yüksek olmayanlara göre anlamlı derecede daha az olduğu bulunmuştur (Ho ve ark., 2015). Bir diğer meta analiz çalışmasında ise sigara içen kişilerde, içmeyen ya da sigarayı bırakmış kişilere oranla yaklaşık 2 kat daha fazla depresyon riski belirlenmiştir (Luger ve ark., 2014).

Yapılan bazı çalışmalarda, sigara içen bireyler arasında yaşam boyu daha yüksek depresif dönem oranları görüldüğü belirtilmiştir (Hall ve ark., 1993, Son ve ark., 1997). Çoğu kesitsel çalışmada, sigara içen kişilerde daha yüksek oranlarda depresif semptomlar gözlenmiştir (Perez-Stable ve ark., 1990).

Öğrenciler arasında yapılan çalışmalarda depresyon semptomları sigara içenlerde sigara içmeyenlere oranla yaklaşık iki kat daha yüksek görülmüş olup depresyonun varlığının da öğrencilerin sigara içmeyi bırakmalarını zorlaştırdığı görülmektedir (Bostanci ve ark., 2005). Bu sebeple sigara tüketimi ve bağımlılığının toplum içinde yayılmasını önlemek, daha bilinçli olarak nitelendirebileceğimiz öğrenci nüfusunu eğitmek ve farkındalığı arttırabilmek için; özellikle ülkemizde bu açıdan risk grubunda olan gençlerin de katılımıyla çeşitli programlar ve kampanyalar düzenlenmelidir (Marakoğlu ve ark., 2012).

Yapılan tüm bu ve buna benzer çalışmaların ışığında sigara bağımlılığı ve major depresyon birlikteliğinin sebepleri araştırılmaya devam etmektedir fakat kesin bir sonuca ulaşılamamıştır. Bu iki sorunun arasındaki pozitif ilişkiyi ortaya koymak tedavi stratejileri geliştirmek açısından da bilim dünyasına büyük katkı sağlayacaktır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışma, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulunun 18.04.2018 tarihli ve 2018/142 sayılı kararı ile onaylanmıştır. Çalışmamıza Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2017-2018 eğitim öğretim yılı Nisan-Mayıs aylarında öğrenim gören Dönem 1, 2, 3, 4, 5 ve 6 öğrencileri dahil edilmiştir. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenim gören 228 Dönem 1 öğrencisi, 226 Dönem 2 öğrencisi, 203 Dönem 3 öğrencisi, 206 Dönem 4 öğrencisi, 190 Dönem 5 öğrencisi ve 161 Dönem 6 öğrencisi mevcuttur. Çalışmada örneklem seçilmedi, evrenin tümüne ulaşılması hedeflendi. Çalışma sürecinde öğrenime devam eden 1214 öğrenciden 1064 öğrenciye ulaşıldı. Bu, toplam sayının %87'sine tekabül etmektedir. Çalışmamızda 228 Dönem 1 öğrencisinden 210 tanesine (%92), 226 Dönem 2 öğrencisinden 183 tanesine (%80), 203 Dönem 3 öğrencisinden 170 tanesine (%83), 206 Dönem 4 öğrencisinden 178 tanesine (%86), 190 Dönem 5 öğrencisinden 168 tanesine (%88) ve 161 Dönem 6 öğrencisinden 155 tanesine (%93) ulaşılmıştır.

3.2. Veri Toplama Süreci

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara bağımlılık düzeyi ve depresyon semptomatoloji durumlarının ilişkisini belirlemek için hazırlanan anket formu öğrencilere uygulanarak tamamlanmıştır. Öğrencilere anket öncesi araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Anket yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Sorular açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır. Öğrencilere anket sonuçlarının gizli olarak saklanacağı teminatı verildi. Öğrencilerden anket üzerine isim yazmamaları ve soruları rahat bir şekilde cevaplamaları istendi. Anket bitiminde araştırmacı tarafından anket formları kontrol edilerek toplandı.

3.3. Veri Toplama Aracı

Öğrencilere sosyodemografik özelliklerini de içeren 47 soruluk anket yapıldı. Sigara içme durumunun tasnifi için ABD'de kullanılan soruların Türkçe uyarlaması kullanıldı. Sigara içenlerin ve bırakanların bırakmada aşamalı değişim süreci yönünden tasnifi için, Prochaska ve arkadaşlarının önerdiği soru takımının Türkçe uyarlaması kullanıldı. Sigara kullanan öğrencilerin bağımlılık düzeylerini

değerlendirmek için Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), depresyon semptomatolojilerini değerlendirmek için 21 soruluk Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanıldı. Beck Depresyon Ölçeği, depresyonda görülen duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçen bir ölçektir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak sayılara dökmektir. Ölçekten alınan puanlar 0-63 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır. Beck Depresyon Ölçeği'nin Türk toplumu için kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Bu çalışmada BDÖ'de alınacak 17 ve üstündeki puanın Türk Üniversite öğrencileri arasında depresyona işaret ettiği, bir risk grubu oluşturabileceği ileri sürülmüştür (Hisli, 1989).

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Çalışmaya katılan öğrencilerin hazırlamış olduğumuz anket formunu cevaplaması istenmiştir. Anket formumuzda öğrencilerin sosyodemografik özellikleri, sigara kullanım ve depresyon semptomatoloji durumlarına yönelik çoktan seçmeli sorular yer almaktadır. Çalışmada kullanılan anket formu Ek-1'de verilmiştir.

3.3.2. Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi

Fagerström ve Schneider 1989 yılında nikotin kullanımına bağlı gelişen nikotin bağımlılığının değerlendirilmesini amaçlayarak 'Nikotin Bağımlılığı için Fagerström Testi'ni (Fagerström Tolerance Test for Nicotine Dependency, FTND) geliştirmişlerdir. Bu ölçekte 6 maddeden oluşan sorular bulunmaktadır. Testte uyandıktan sonraki ilk sigara, sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigarasız olma durumu, içmeden durulamayan sigara, günde tüketilen sigara sayısı, uyanıldığında günün ilk saatlerinde içilen sigara miktarı, çok şiddetli hasta olduğunda sigara içme durumu yer almaktadır. Bu ölçekte yer alan sorular ile sigara bağımlılığı değerlendirilmektedir. Kullanılan test nikotin bağımlılığını taramak için iyi bir testtir. Test sonuçlarından elde edilen verilere göre tedavi planı belirlenebilir (Buhl ve Farmer, 2005). Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde 2004 yılında Uysal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Uysal ve ark., 2004). Nikotin bağımlılığı elde edilen toplam puanlara göre çok az (0-2 puan), az (3-4 puan), orta (5 puan), yüksek (6-7 puan) ve çok yüksek (8-10 puan) olarak beş grupta değerlendirilmektedir (Fagerstrom ve Schneider, 1989).

3.3.3. Beck Depresyon Ölçeği

Depresyon semptomatolojilerini değerlendirmek için kullanılan Beck Depresyon Ölçeği 21 sorudan oluşmaktadır. Beck depresyon ölçeği depresyonda görülen motivasyonel, bilişsel ve duygusal belirtileri değerlendirmektedir. Bu ölçek depresyon tanısı koymak amacıyla uygulanmamaktadır. Beck depresyon ölçeğinin amacı kişide bulunan depresyon semptomlarının derecesini sayısal olarak ifade etmektir. Beck depresyon ölçeğinin değerlendirilmesinde toplamda 0-63 arası puan alınabilmektedir. Ülkemizde Beck depresyon testinin güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır. Türk toplumunda Beck depresyon ölçeğinin kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada BDÖ den 17 ve üzerinde puan alan Türk Üniversite Öğrencilerinde depresyon olabileceğine dikkat çekilmiştir (Hisli, 1989).

3.4. İstatistiksel Analiz

Araştırmaya dahil edilen kişilere ait bilgilerin kaydedildiği formdaki veriler IBM SPSS Versiyon 21.0 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin normal dağılım uygunlukları görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak incelendi. Normal dağılım gösteren sayısal değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenler medyan (minimum-maksimum) şeklinde, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde ile ifade edildi. Gruplar arasındaki kategorik verilerin karşılaştırılmasında Chi-Square testi veya Fischer Exact testi kullanıldı. Parametrik koşulları taşımayan iki gruptaki karşılaştırmalar Mann Withney-U testi ile; üç ve daha fazla sayıdaki gruplardaki karşılaştırmalar ise Kruskal -Wallis testi ile yapıldı. Sigara ve depresyon için risk faktörlerini hesaplamak için Binary lojistik regresyon analizi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık için p değeri $<0,05$ olarak alındı.

4. BULGULAR

4.1. Çalışma Grubunun Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Çalışmaya dahil edilen toplam 1064 öğrencinin %56,8'i (n=604) kadın, %43,2'si (n=460) erkekti. Katılımcıların yaşlarına bakıldığında minimum 18, maksimum 34 olduğu görülmekte olup yaş ortalaması $22,15 \pm 2,1$ olarak hesaplandı. Çalışmaya katılan öğrencilerin %42,9'unun (n=456) 23 ve üzeri yaş aralığında olduğu görülmüştür. Katılımcıların %1,7'si (n=18) evli, %98,3'ü (n=1046) bekardı. Çalışmaya katılan öğrencilerin %19,7'si (n=210) 1. Sınıfta, %17,2'si (n=183) 2. Sınıfta, %16,0'ı (n=170) 3. Sınıfta, %16,7'si (n=178) 4. Sınıfta, %15,8'i (n=168) ve %14,6'sı (n=155) 6. Sınıfta öğrenim görmektedir. Aile yapıları incelendiğinde %79,5'inin (n=846) çekirdek aile, %15,7'sinin (n=167) geniş aile, %2,6'sının (n=28) parçalanmış aile ve %2,2'sinin (n=23) anne veya babasının öldüğü görülmüştür. Katılımcıların kaldığı yer ve ekonomik yapılarına ait sosyodemografik verileri tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1: Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri
(n=1064)

	n	Ort±SS (ortanca, min, max)	%
Cinsiyet			
Erkek	460		43,2
Kadın	604		56,8
Medeni Hal			
Bekar	1046		98,3
Evli	18		1,7
Yaş (yıl)		22,15±2,1(ortanca 22,00,min 18,max 34))	
Yaş (kategorik)			
18-19	136		12,8
20-22	472		44,3
23 ve üzeri	456		42,9
Okuduğu Sınıf			
1. sınıf	210		19,7
2. sınıf	183		17,2
3. sınıf	170		16,0
4. sınıf	178		16,7
5. sınıf	168		15,8
6. sınıf	155		14,6
Kaldığı Yer			
Ailesi ile	330		31,0
Üniversite yurdu	88		8,3
Devlet yurdu	156		14,7
Özel yurt	109		10,2
Akrabaları ile	13		1,2
Evli, kendi ailesiyle	13		1,2
Arkadaşlar ile beraber	251		23,6
Yalnız başına evde	104		9,8
Aile Yapısı			
Çekirdek aile	846		79,5
Geniş aile	167		15,7
Parçalanmış aile	28		2,6
Anne veya baba ölmüş	23		2,2
Ekonomik Durum			
Çok iyi	37		3,5
İyi	402		37,8
Orta	599		56,2
Kötü	21		2,0
Çok kötü	5		0,5
Toplam	1064		100,0

Çalışmaya katılan öğrencilerin %13,1'i (n=140) her gün sigara içmekte, %8,3'ü (n=88) ara sıra sigara içmekteydi. Öğrencilerin %72,2'si (n=768) hiç sigara içmemişken, %6,4'ü (n=68) sigarayı bırakmıştı. Sigara içen toplam %21,4 (n=228) öğrencinin sigara içme süresi ortalama $4,3 \pm 3,1$ yıl ve $51,7 \pm 36,9$ ay olarak hesaplandı. Öğrencilerin %51,8i (n=118), 48 aydan uzun süredir sigara içmekteydi. Fagerström Bağımlılık Puanı ortalama değeri $2,1 \pm 2,5$ (min:0, max:10) olarak hesaplandı. Katılımcıların tercih ettikleri sigara türüne bakıldığında birinci sırada %34,1 ile (n=78) mentollü sigara, ikinci sırada %33,8 ile (n=77) kısa sigara ve üçüncü sırada %12,3 ile (n=28) light sigara gelmekteydi. Öğrencilerin içtikleri sigara türünü tercih etme nedenleri değerlendirildiğinde ilk sırada %55,7 ile (n=127) tadı, ikinci sırada %21,5 ile (n=49) hafif olması ve üçüncü sırada %14,0 ile (n=32) fiyatı cevabı alındı. Öğrencilerin en çok sigara içme zamanları incelendiğinde birinci sırada %34,6 ile (n=79) arkadaşlarıyla beraberken, ikinci sırada %27,2 ile (n=62) sinirli ve stresli zamanlarında, üçüncü sırada %7,0 ile (n=16) sınav zamanlarında sigara içtikleri belirlendi. Katılımcıların sigara içme durumu ile ilgili günlük sigara tüketimi, sigara türünü tercih sebebi gibi veriler tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2: Öğrencilerin Sigara İçme ile İlgili Özellikleri

	n	Ort±SS (ortanca, min, max)	%
Sigara İçme Durumu (n=1064)			
Her gün sigara içen	140		13,1
Ara sıra sigara içen	88		8,3
Hiç içmeyen	768		72,2
Bırakan	68		6,4
Günlük Sigara Tüketimi (n=228)			
Fagerström puanı		2,1±2,5 (ortanca 1,00,min 0,max 10)	
0-10	154		67,5
11-20	55		24,1
21-30	14		6,1
31 ve üzeri	5		2,3
Sigara İçme Süresi (yıl) (n=228)			
		4,3±3,1 (ortanca 4,00,min 0,max 180)	
Sigara İçme Süresi (ay) (n=228)			
		51,7±36,9 (ortanca 48,0,min 1,max 180))	
Sigara İçme Süresi (ay) (kategorik)			
1-12	39		17,1
13-23	6		2,6
24-47	65		28,5
48 ve üzeri	118		51,8
Tercih Edilen Sigara Türü (n=228)			
Light	28		12,3
Slim	17		7,5
Mentollü	78		34,1
Kısa	77		33,8
Uzun	11		4,8
Slender	2		0,9
Hepsi	15		6,6
Sigara Türünü Tercih Nedeni (n=228)			
Fiyatı	32		14,0
Tadı	127		55,7
Hafif olması (Daha az nikotin içermesi)	49		21,5
Daha fazla nikotin içermesi	2		0,9
Daha sık, estetik görünmesi	8		3,5
Çok içilen bir marka olması	2		0,9
Farketmiyor	8		3,5
En Çok Sigara İçme Zamanı (n=228)			
Evde yalnızken	11		4,8
Arkadaşlarla beraberken	79		34,6
Mutlu zamanlarda	5		2,3
Sinirli ve stresli zamanlarda	62		27,2
Ders çalışırken	15		6,6
Sınav zamanlarında	16		7,0
Sigaranın tadını özlediğinde	11		4,8
Hiçbir iş yokken	10		4,4
Zaman farketmiyor	19		8,3

Öğrencilerin 139'u (%61) tıp fakültesine başlamadan önce, %39'u (n=89) tıp fakültesine başladıktan sonra sigaraya başlamıştı. Katılımcıların sigara içmeye başlama sebepleri değerlendirildiğinde, %29,4 (n=67) kişi ile 'stres, üzüntü' ilk sırada yer alırken, bunu %28,5 (n=65) kişi ile 'arkadaşların etkisi' ve %21,9 (n=50) kişi ile 'merak, özentisi' takip etmekteydi. Katılımcıların sigara içmeye başlama ile ilgili diğer özellikleri tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Tablo 4.3: Öğrencilerin Sigara İçmeye Başlama ile İlgili Özellikler (n=228)

	n	Ort±SS (ortanca, min, max)	%
Sigara İçmeye Başlama Yaşı (yıl)		17,2±3,1 (ortanca 17, min 5,max 24)	
Sigara İçmeye Başlama Yaşı (yıl) (Kategorik)			
10 ve altı	6		2,6
11-20	188		82,5
20 ve üzeri	34		14,9
Sigara İçmeye Başlama Zamanı			
Tıp fakültesinden önce	139		61,0
Tıp fakültesinde	89		39,0
Sigara İçmeye Başlama Sebebi			
Yakın çevrenin etkisi(anne, baba, kardeş)	5		2,2
Arkadaşların etkisi(yakın, özel arkadaş)	65		28,5
Stres, üzüntü	67		29,4
Merak, özentisi	50		21,9
Özgürlük, büyüdüğünü hissetmek	28		12,3
Hiçbir şey	9		3,9
Hepsi	4		1,8
Toplam	228		100,0

Çalışmaya katılan öğrencilerden sigara içenlerin ortalama sigaraya başlama yaşı 17,2±3,1 'di. Kadınlarda (n=69, %30,3) sigaraya başlama yaşı 18±2,5, erkeklerde (n=159, %69,7) ise 16,9±3,2 olarak hesaplandı (p=0,022) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre İlk Sigara İçme Yaş Ortalamaları

Cinsiyet	Sayı (n)	Ortalama	SD	Ortanca	Min	Max	p
Erkek	159	16,96	3,281	17,0	5	24	0,022
Kadın	69	18,03	2,584	18,0	11	24	
Toplam	228	17,28	3,12	17,0	5	24	

*Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

Öğrencilerin yakın çevrelerinde sigara kullanımı ile ilgili özellikleri değerlendirildiğinde, %9,8'nin (n=104) annesinin, %28,1'inin (n=298) babasının, %19'unun (n=193) kardeşinin, %25,5'inin (n=271) en yakın arkadaşının, %32,1'inin (n=191) oda arkadaşının ve %14,7'sinin (n=87) eş veya flörtünün sigara içtiği tespit edildi (Tablo 4.5).

Tablo 4.5: Öğrencilerin Yakın Çevrelerinde Sigara Kullanımı ile ilgili Özellikler

Yakın Çevrede Sigara İçme Durumu	n	%
Anne (n=1064)		
İçmiyor	820	77,1
İçiyor	104	9,8
Bıraktı	125	11,7
Bilmiyorum	15	1,4
Baba (n=1059)*		
İçmiyor	382	36,1
İçiyor	298	28,1
Bıraktı	361	34,1
Bilmiyorum	18	1,7
Kardeş (n=1014)*		
İçmiyor	734	72,4
İçiyor	193	19,0
Bıraktı	71	7,0
Bilmiyorum	16	1,6
En Yakın Arkadaş (n=1064)		
İçmiyor	719	67,5
İçiyor	271	25,5
Bıraktı	50	4,7
Bilmiyorum	24	2,3
Oda Arkadaşı (n=595)*		
İçmiyor	369	62,0
İçiyor	191	32,1
Bıraktı	21	3,5
Bilmiyorum	14	2,4
Eş veya Flört (n=593)*		
İçmiyor	389	65,5
İçiyor	87	14,7
Bıraktı	52	8,8
Bilmiyorum	65	11,0

**Babası ölmüş, kardeşi veya oda arkadaşı olmayan katılımcılar olması sebebiyle n'ler 1064'e tamamlanamadı.*

Çalışmaya katılan öğrencilerin tütün ve tütün ürünleri deneme ile ilgili özellikleri değerlendirildiğinde, halen %21,4'ünün (n=228) sigara, %1,2'sinin (n=13) elektronik sigara, %14,9'unun (n=159) nargile, %1,9'unun (n=20) puro, %0,4'ünün (n=4) pipo ve %0,1'inin (n=1) çiğneme tütün kullandığı tespit edildi. Öğrencilerin tütün ve tütün ürünleri deneme ile ilgili diğer özellikleri tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6: Tütün ve Tütün Ürünleri Deneme ile İlgili Özellikler (n=1064)

Tütün ürünleri	n	%
Sigara		
Hiç denemedim	545	51,2
Denedim, sürdüremedim	223	21,0
Halen kullanıyorum	228	21,4
Kullanıyordum, bıraktım	68	6,4
Elektronik Sigara		
Hiç denemedim	917	86,2
Denedim, sürdüremedim	123	11,6
Halen kullanıyorum	13	1,2
Kullanıyordum, bıraktım	11	1,0
Nargile		
Hiç denemedim	544	51,1
Denedim, sürdüremedim	321	30,2
Halen kullanıyorum	159	14,9
Kullanıyordum, bıraktım	40	3,8
Puro		
Hiç denemedim	894	84,0
Denedim, sürdüremedim	139	13,1
Halen kullanıyorum	20	1,9
Kullanıyordum, bıraktım	11	1,0
Pipo		
Hiç denemedim	1001	94,1
Denedim, sürdüremedim	49	4,6
Halen kullanıyorum	4	0,4
Kullanıyordum, bıraktım	10	0,9
Çiğneme Tütün		
Hiç denemedim	1032	97,0
Denedim, sürdüremedim	29	2,7
Halen kullanıyorum	1	0,1
Kullanıyordum, bıraktım	2	0,2
Toplam	1064	100,0

Sigara içen 228 öğrencinin sigarayı bırakma düşüncesi ile ilgili özellikleri değerlendirildiğinde, %65,4'ünün (n=149) sigarayı bırakmayı daha önce düşündüğü, %52,2'sinin (n=119) önümüzdeki 6 ay içerisinde düşündüğü, %35,1'inin (n=80) önümüzdeki 1 ay içerisinde düşündüğü ve %46,5'inin (n=106) geçen yıl içerisinde sigarayı bırakmayı denediği tespit edildi. 'Önümüzdeki yıl içinde devam etmeyi düşünüyor musunuz?' sorusuna sigara içen öğrencilerin %18,8'inin (n=43) 'Kesinlikle içmem', %61,0'ı (n=139) 'Belki içerim' ve %20,2'si (n=46) ise 'Kesinlikle içerim' cevabını verdi. Öğrencilerin sigara bırakma istekleri Transteorik Modele göre değişim aşaması ile değerlendirildiğinde, %34,6'sının (n=79) 'Bırakmayı düşünmeyen', %31,2'sinin (n=71) 'Bırakmayı düşünen' ve %34,2'sinin (n=78) 'Hazırlık aşamasında' olduğu tespit edildi (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: Sigarayı Bırakma Düşüncesi ile İlgili Özellikler (n=228)

Sigara Bırakma Düşüncesi	n	%
Sigarayı Bırakmayı Hiç Düşündünüz Mü?		
Evet	149	65,4
Hayır	79	34,6
Önümüzdeki 6 Ay İçinde Düşünüyor Musunuz?		
Evet	119	52,2
Hayır	109	47,8
Önümüzdeki 1 Ay İçinde Düşünüyor Musunuz?		
Evet	80	35,1
Hayır	148	64,9
Geçen Yıl İçinde Sigarayı Bırakmayı Denediniz Mi?		
Evet	106	46,5
Hayır	122	53,5
Önümüzdeki Yıl İçinde Devam Etmeyi Düşünüyor Musunuz?		
Kesinlikle içmem	43	18,8
Belki içerim	139	61,0
Kesinlikle içerim	46	20,2
Transteorik Modele Göre Değişim Aşaması		
Bırakmayı düşünmeyen	79	34,6
Bırakmayı düşünen	71	31,2
Hazırlık aşamasında	78	34,2
Toplam	228	100,0

Halen sigara içen 228 öğrencinin, sigara bırakmayı denemeleri ile ilgili özellikleri değerlendirildiğinde, %42,5'inin (n=97) sigara bırakmayı hiç denemediği, %18,4'ünün (n=42) 1 kez, %22,8'inin (n=52) 2-3 defa ve %16,3'ünün (n=37) 4 ve daha fazla sayıda sigara bırakmayı denediği tespit edildi (Tablo 4.8).

Öğrencilerin sigara bırakmayı deneme nedenleri sorgulandığında ilk sırada %24,4 ile (n=32) 'Özel bir nedeni yok', ikinci sırada %23,7 ile (n=31) 'Sağlık problemleri' ve üçüncü sırada %16,0 ile (n=21) 'Üniversitede alınan eğitimler' cevapları alındı. Sigara bırakmayı deneyenlerin %13,7'si (n=18) son denemesinde sağlık çalışanı yardımı almıştı. Sigara içenlerin %18,4'ünde (n=42) sigarayı bırakmak için yardım alma isteği mevcuttu (Tablo 4.8).

Tablo 4.8: Sigara Bırakmayı Deneme ile İlgili Özellikler

	n	%
Sigara Bırakmayı Deneme Sayısı (n=228)		
Hiç	97	42,5
1 kez	42	18,4
2-3 defa	52	22,8
4 ve daha fazla	37	16,3
Sigara Bırakmayı Deneme Nedeni (n=131)		
Ailemin etkisi	16	12,2
Arkadaşlarımın etkisi	3	2,3
Özel arkadaşımın etkisi	10	7,6
Sağlık problemleri	31	23,7
Özel bir nedeni yok	32	24,4
Ekonomik problemler	13	9,9
İlkokul ve lisede alınan eğitimler	1	0,8
Üniversitede alınan eğitimler	21	16,0
Basın ve medyanın etkisi	1	0,8
Dumansız hava sahası uygulaması	1	0,8
Doktor veya sağlık çalışanı önerisi	2	1,5
En Sonuncu Denemede Sağlık Çalışanı Yardımı Alma (n=131)		
Evet	18	13,7
Hayır	113	86,3
Sigara Bırakmak İçin Yardım Alma İsteği (n=228)		
Evet	42	18,4
Hayır	186	81,6

Sigarayı bırakmış olan 68 öğrencinin özellikleri incelendiğinde, sigara bırakma süresi ortalama $11,5 \pm 28,9$ (ortanca 22,5, min 1, max 136) ay olarak hesaplandı. Sigara bırakma nedeni sorusuna öğrencilerin %20,6'sı (n=14) 'Özel bir nedeni yok' cevabını verdi. %14,7'seri ise (n=10) 'Ailemin etkisi', 'Sağlık problemleri' ve 'Üniversitede alınan eğitimler' cevaplarını verdi. En sık kullanılan sigara bırakma yöntemi %82,3 (n=56) ile 'Birden bire' idi. Bunu %10,3 (n=7 ile 'Azaltarak yavaş yavaş' ve %4,4 (n=3) ile 'Nikotin bandı' yöntemi takip etmekteydi. Öğrencilerin sigara bırakma durumları Transteorik Modele göre değişim aşamasına göre değerlendirildiğinde, %44,1'inin (n=30) deneme aşamasında, %55,9'unun ise (n=38) sürdürme aşamasında olduğu tespit edildi (Tablo 4.9).

Tablo 4.9: Sigarayı Bırakmış Olan Öğrenciler ile İlgili Özellikler (n=68)

	n	Ort $\pm$ SS (ortanca, min, max)	%
Sigara Bırakma Süresi (Ay)		11,5 $\pm$ 28,9 (ortanca 22,5, min 1, max 136)	
Sigara Bırakma Nedeni			
Ailemin etkisi	10		14,7
Arkadaşlarının etkisi	1		1,5
Özel arkadaşımın etkisi	9		13,2
Sağlık problemleri	10		14,7
Özel bir nedeni yok	14		20,6
Ekonomik problemler	6		8,8
İlkokul ve lisede alınan eğitimler	3		4,4
Üniversitede alınan eğitimler	10		14,7
Dini inancım gereği	1		1,5
Dumansız hava sahası uygulaması	1		1,5
Doktor veya sağlık çalışanı önerisi	3		4,4
Sigara Bırakma Yöntemi			
Birden bire	56		82,3
Azaltarak yavaş yavaş	7		10,3
Nikotin bandı	3		4,4
Mora terapi	1		1,5
Akupunktur	1		1,5
Transteorik Modele Göre			
Değişim Aşaması			
Deneme aşaması (0-6 ay)	30		44,1
Sürdürme aşaması (7 ay ve üzeri)	38		55,9
Toplam	68		100,0

Çalışmaya katılan öğrencilerin sosyal hayatta sigara kullanımı ile ilgili düşünceleri iki soru ile değerlendirildi. ‘Sigaranın zararları konusunda medyada yeterince yayın yapılıyor mu?’ sorusuna katılımcıların %60,9’u (n=648) ‘evet’ yanıtı verdi. ‘Kapalı alanlarda sigara içilmeme kanununa yeterince uyuluyor mu?’ sorusuna ise öğrencilerin %62,9’u (n=669) ‘hayır’ cevabını verdi (Tablo 4.10).

Tablo 4.10: Öğrencilerin Sosyal Hayatta Sigara Kullanımı ile İlgili Düşünceleri (n=1064)

	n	%
Sigaranın Zararları Konusunda Medyada Yeterince Yayın Yapılıyor Mu?		
Evet	648	60,9
Hayır	416	39,1
Kapalı Alanlarda Sigara İçilmeme Kanununa Yeterince Uyuluyor Mu?		
Evet	395	37,1
Hayır	669	62,9
Toplam	1064	100,0

Öğrencilerin alışkanlık ve bağımlılıkları ile ilgili özellikleri değerlendirildiğinde, %9,9’unun (n=105) alkol, %0,8’inin (n=9) madde kullandığı tespit edildi. Öğrencilerin egzersiz yapma durumları sorgulandığında %10,8’inin (n=114) düzenli egzersiz yaptığı, %44,5’inin (n=474) düzensiz olarak egzersiz yaptığı ve % 44,7’sinin ise (n=476) egzersiz yapmadığı tespit edildi (Tablo 4.11).

Tablo 4.11: Öğrencilerin Alışkanlık ve Bağımlılıkları ile İlgili Özellikleri (n=1064)

	n	%
Alkol Kullanımı		
Var	105	9,9
Yok	959	90,1
Madde Kullanımı		
Var	9	0,8
Yok	1055	99,2
Egzersiz Yapma Durumu		
Evet, düzenli	114	10,8
Evet, düzensiz	474	44,5
Hayır	476	44,7
Toplam	1064	100,0

Öğrencilerin hastalık durumları ve kullandıkları ilaçlar ile ilgili özellikleri değerlendirildiğinde, %8,6'sında (n=91) depresyon tanısı olduğu, %91,4'ünün (n=973) ise depresyon tanısının olmadığı tespit edildi. Çalışmaya katılan öğrencilerin %7,9'unun (n=84) kronik bir hastalığı vardı. Kronik bir hastalığı olanların %19,0'ını (n=16) astım, %17,9'ını (n=15) hipotiroidi, %9,5'ini (n=8) alerjik rinit, %9,5'ini (n=8) depresyon ve %44,1'ini (n=37) diğer hastalıklar oluşturmaktaydı. Çalışmaya katılan öğrencilerin %5,7'si (n=61) düzenli olarak ilaç kullanıyordu. Düzenli olarak kullanılan bu ilaçların %23'ünü (n=14) levotiroksin , %17,8'ini (n=9) izotiretinoin, %13,1'ini (n=8) antidepresan ve %49,2'sini (n=30) diğer ilaçlar oluşturmaktaydı. (Tablo 4.12).

Tablo 4.12: Öğrencilerin Hastalık Durumları ve Kullandıkları İlaçlar ile İlgili Özellikler (n=1064)

	n	%
Depresyon Tanısı Alma		
Evet	91	8,6
Hayır	973	91,4
Kronik Hastalık Öyküsü		
Var *	84	7,9
Astım	16	19,0
Hipotiroidi	15	17,9
Alerjik rinit	8	9,5
Depresyon	8	9,5
Diğer	37	44,1
Yok	980	92,1
Düzenli İlaç Kullanımı		
Var *	61	5,7
Levotiroksin	14	23,0
İzotiretinoin	9	14,8
Antidepresan	8	13,1
Diğer	30	49,2
Yok	1003	94,2
Toplam	1064	100,0

*Bu soruda katılımcılar birden fazla yanıt vermiştir.

4.2. Öğrencilerin Sigara İçme Durumuna Göre Özelliklerinin Karşılaştırılması

Öğrenciler sigara içme durumuna göre ‘Sigara içen’, ‘Hiç içmeyen’ ve ‘Bırakan’ şeklinde üç gruba ayrılarak sosyodemografik ve klinik özellikleri karşılaştırıldı. ‘Ara sıra sigara içen’ öğrenciler de ‘Sigara içen’ öğrenci grubuna dahil edildi. Cinsiyetlere göre sigara içme durumu karşılaştırıldığında erkeklerin %34,6’sı (n=159), kadınların %11,4’ü (n=69) sigara içiyordu. Cinsiyetle sigara içme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardı ($p<0.001$). Öğrencilerin okudukları sınıfa göre sigara içme sıklıkları incelendiğinde 1. sınıfların %19,5i (n=41), 2. sınıfların %24,0’ı (n=44), 3. sınıfların %17,1’i (n=29), 4. sınıfların %20,8’i (n=37), 5. sınıfların %24,4’ü (n=41)ve 6. sınıfların %23,2’si (n=36) sigara içiyordu. En yüksek sıklık %24,4 ile (n=41) 5. sınıfta tespit edildi fakat sınıflar arasında sigara içme sıklıkları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktu ($p=0,336$). Medeni duruma göre sigara içme sıklıkları karşılaştırıldığında, bekarların %21,5’i (n=225), evlilerin ise %16,7’si (n=3) sigara içmekteydi. Çalışmaya katılan öğrencilerin medeni durumlarına göre sigara içmeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktu ($p=0,192$). Öğrencilerin sigara içme sıklıkları yaşa göre ‘18-19 yaş’, ‘20-22 yaş’ ve ‘23 yaş ve üzeri’ şeklinde kategorize edilip karşılaştırıldığında, ‘23 yaş ve üzeri’ grupta sigara içme sıklığı %25,9 ile (n=118) diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p<0,007$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13: Öğrencilerin Demografik Özelliklerine Göre Sigara İçme Durumu (n=1064)

Öğrencide Sigara İçme Durumu										
	Sigara içen		Hiç içmeyen		Bırakan		Toplam		X^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet										
Erkek	159	34,6	256	55,6	45	9,8	460	100,0	110,513	<0,001
Kadın	69	11,4	512	84,8	23	3,8	604	100,0		
Okuduğu Sınıf										
1. sınıf	41	19,5	160	76,2	9	4,3	210	100,0	11,282	0,336
2. sınıf	44	24,0	125	68,3	14	7,7	183	100,0		
3. sınıf	29	17,1	134	78,8	7	4,1	170	100,0		
4. sınıf	37	20,8	129	72,5	12	6,7	178	100,0		
5. sınıf	41	24,4	112	66,7	15	8,9	168	100,0		
6. sınıf	36	23,2	108	69,7	11	7,1	155	100,0		
Medeni Hal										
Bekar	225	21,5	756	72,3	65	6,2	1046	100,0	3,296	0,192
Evli	3	16,7	12	66,6	3	16,7	18	100,0		
Yaş										
18-19	24	17,6	104	76,5	8	5,9	136	100,0	14,233	0,007
20-22	86	18,2	362	76,7	24	5,1	472	100,0		
23 ve üzeri	118	25,9	302	66,2	36	7,9	456	100,0		
Toplam	228	21,4	768	72,2	68	6,4	1064	100,0		

Öğrencilerin ikamet ettikleri yerlere göre sigara içme durumları karşılaştırıldığında, tek başına evde kalanlarda sigara içme yüzdesi (%27,9) ailesiyle veya eşi ile kalanlara, akrabalarıyla veya yurttaki kalanlara ve arkadaşlarıyla evde kalanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p=0,002$).

Öğrencilerin ailelerinin gelir durumu 'kötü', 'orta' ve 'iyi' şeklinde kategorize edilip öğrencilerin sigara içme durumlarıyla kıyaslandığında, gelir durumu kötü olanlarda sigara içme sıklığı (%26,9) daha yüksek olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,112$).

Öğrenciler, aile yapılarına göre 'çekirdek aile', 'geniş aile', 'parçalanmış aile' ve 'anne veya baba ölmüş' şeklinde gruplara ayrılıp sigara içme durumları karşılaştırıldığında, en yüksek sigara içme yüzdesi (%28,6) parçalanmış aile grubunda tespit edildi. Ancak, gruplar arasında sigara içme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p=0,886$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14: Öğrencilerin Aile Yapısı ve İkamet Yerlerine Göre Sigara İçme Durumları (n=1064)

	Öğrencide Sigara İçme Durumu									
	Sigara İçen		Hiç İçmeyen		Bırakan		Toplam		X^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Kaldığı Yer										
Ailesiyle + evli	62	18,1	259	75,5	22	6,4	343	100,0		
Arkadaşlarıyla evde	66	26,3	168	66,9	17	6,8	251	100,0		
Akrabada + yurttaki	71	19,4	279	76,2	16	4,4	366	100,0		
Tek Başına evde	29	27,9	62	59,6	13	12,5	104	100,0	20,356	0,002
Aile gelir durumu										
Kötü	7	26,9	17	65,4	2	7,7	26	100,0		
Orta	115	19,2	438	73,1	46	7,7	599	100,0		
İyi	106	24,1	313	71,3	20	4,6	439	100,0	7,494	0,112
Aile Yapısı										
Çekirdek aile	178	21,0	615	72,7	53	6,3	846	100,0		
Geniş aile	37	22,2	119	71,2	11	6,6	167	100,0		
Parçalanmış aile	8	28,6	17	60,7	3	10,7	28	100,0		
Anne / baba ölmüş	5	21,7	17	73,9	1	4,4	23	100,0	2,339	0,886
Toplam	228	21,4	768	72,2	68	6,4	1064	100,0		

Aile bireylerinin (anne, baba, kardeş) sigara içme durumlarına göre öğrencilerin sigara içme oranları karşılaştırıldığında sigara içme yüzdesi, annesi sigarayı bırakanlarda (%29,6), annesi hiç sigara içmemiş olanlara (%19,8) ve halen içenlere (%25,0) göre daha yüksekti, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,119$).

Babasının sigara içme durumuna göre öğrencilerin sigara içmeleri karşılaştırıldığında, babası halen sigara içenlerin sigara içme yüzdesi (%24,5) babası hiç sigara içmemiş (%17,3) ve sigarayı bırakmış (%23,8) olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p=0,002$).

Kardeşinin sigara içme durumuna göre öğrencilerin sigara içmeleri karşılaştırıldığında, kardeşi halen sigara içenlerin sigara içme yüzdesi (%33,7) kardeşi hiç sigara içmemiş (%17,7) ve sigarayı bırakmış (%28,2) olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p<0,001$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15: Ailede Sigara İçen Kişi Durumuna Göre Öğrencilerde Sigara İçme Durumları

Öğrencide Sigara İçme Durumu										
	Sigara İçen		Hiç İçmeyen		Bırakan		Toplam			
Yakın Çevrede Sigara İçme Durumu	n	%	n	%	n	%	n	%	X ²	p
Anne										
İçmiyor	165	19,8	617	73,9	53	6,3	835	100,0		
İçiyor	26	25,0	71	68,3	7	6,7	104	100,0		
Bıraktı	37	29,6	80	64,0	8	6,4	125	100,0	7,338	0,119
Baba										
İçmiyor	69	17,3	312	78,0	19	4,7	400	100,0		
İçiyor	73	24,5	196	65,8	29	9,7	298	100,0		
Bıraktı	86	23,8	255	70,6	20	5,6	361	100,0	16,461	0,002
Kardeş										
İçmiyor	133	17,7	570	76,0	47	6,3	750	100,0		
İçiyor	65	33,7	117	60,6	11	5,7	193	100,0		
Bıraktı	20	28,2	44	62,0	7	9,8	71	100,0	27,347	<0,001

*Babası ölmüşve/veya kardeşi olmayan katılımcılar olması sebebiyle n'ler 1064'e tamamlanamadı.

Öğrencilerin sigara içme durumlarına göre yakın çevrede (en yakın arkadaş, oda arkadaşı, eş veya flört) sigara içme oranlarını incelediğimizde, sigara içen öğrencilerin en yakın arkadaşlarında halen sigara içme yüzdesi (%59,6) sigarayı bırakmış (%3,5) ve hiç içmemişlere (%36,9) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p<0,001$).

Öğrencilerin sigara içmesine göre oda arkadaşlarının sigara içme durumları karşılaştırıldığında sigara içen öğrencilerin oda arkadaşlarında halen sigara içme yüzdesi (%56,8) sigarayı bırakmış (%1,5) ve hiç içmemişlere (%41,7) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p<0,001$).

Öğrencilerin sigara içmesine göre eş veya flörtlerinin sigara içme durumları karşılaştırıldığında sigara içen öğrencilerin eş veya flörtlerinde hiç sigara içmeyenlerin yüzdesi (%65,2) sigarayı bırakmış (%11,6) ve halen içenlere (%23,2) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p=0,003$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16: Öğrencilerin Sigara İçme Durumuna Göre Yakın Çevrede Sigara İçme Durumlarının Değerlendirilmesi

Öğrencide Sigara İçme Durumu										
	Sigara İçen		Hiç İçmeyen		Bırakan		Toplam			
Yakın Çevrede Sigara İçme Durumu	n	%	n	%	n	%	n	%	X ²	p
En Yakın Arkadaş										
İçmiyor	84	36,9	628	81,7	31	45,6	743	69,8		
İçiyor	136	59,6	111	14,5	24	35,3	271	25,5		
Bıraktı	8	3,5	29	3,8	13	19,1	50	4,7		
Toplam	228	100,0	768	100,0	68	100,0	1064	100,0	232,847	<0,001
Oda Arkadaşı										
İçmiyor	55	41,7	313	72,6	15	46,8	383	64,4		
İçiyor	75	56,8	102	23,7	14	43,8	191	32,1		
Bıraktı	2	1,5	16	3,7	3	9,4	21	3,5		
Toplam	132	100,0	431	100,0	32	100,0	595	100,0	57,335	<0,001
Eş veya Flört										
İçmiyor	101	65,2	317	80,7	36	80,0	454	76,5		
İçiyor	36	23,2	46	11,7	5	11,1	87	14,7		
Bıraktı	18	11,6	30	7,6	4	8,9	52	8,8		
Toplam	155	100,0	393	100,0	45	100,0	593	100,0	16,049	0,003

* Oda arkadaşı ve/veya flörtü olmayan katılımcılar olması sebebiyle n'ler 1064'e tamamlanamadı.

Öğrencilerin depresyon tanısı varlığına göre sigara içme durumları karşılaştırıldı. Depresyon tanısı almış olan 91 öğrencinin %29,7'si (n=27) halen sigara içerken, %61,5'i (n=56) hiç sigara içmemiş ve %8,8'i (n=8) sigarayı bırakmıştı. Depresyon tanısı almamış olanların %20,7'si (n=201) halen sigara içerken, %73,1'i (n=712) hiç sigara içmemiş ve %6,2'si (n=60) sigarayı bırakmıştı. Depresyon tanısı alan öğrencilerde almayanlara göre sigara içme oranı daha yüksek olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,06).

Öğrencilerin kronik hastalık öyküsü varlığına göre sigara içme durumları karşılaştırıldı. Kronik hastalık öyküsü olan 84 öğrencinin %16,7'si (n=14) halen sigara içerken, %77,3'ü (n=65) hiç sigara içmemiş ve %6,0'ı (n=5) sigarayı bırakmıştı. Kronik hastalık öyküsü olmayanların %21,8'ü (n=214) halen sigara içerken, %71,7'si (n=703) hiç sigara içmemiş ve %6,5'i (n=63) sigarayı bırakmıştı. Kronik hastalık öyküsü olmayan öğrencilerde olanlara göre sigara içme oranı daha yüksek olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,513).

Öğrencilerin düzenli ilaç kullanım öyküsü varlığına göre sigara içme durumları karşılaştırıldı. Düzenli ilaç kullanım öyküsü olan 61 öğrencinin %13,1'i (n=8) halen sigara içerken, %78,7'si (n=48) hiç sigara içmemiş ve %8,2'si (n=5) sigarayı bırakmıştı. Düzenli ilaç kullanım öyküsü olmayanların %21,9'u (n=220) halen sigara içerken, %71,8'i (n=720) hiç sigara içmemiş ve %6,3'ü (n=63) sigarayı bırakmıştı. Düzenli ilaç kullanım öyküsü olmayan öğrencilerde olanlara göre sigara içme oranı daha yüksek olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,247) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17: Hastalık ve İlaç Kullanım Durumlarına Göre Öğrencilerde Sigara İçme Durumu (n=1064)

Öğrencide Sigara İçme Durumu										
	Sigara İçen		Hiç İçmeyen		Bırakan		Toplam		X^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Depresyon Tanısı Alma										
Tanı almış	27	29,7	56	61,5	8	8,8	91	100,0	5,613	0,060
Tanı almamış	201	20,7	712	73,1	60	6,2	973	100,0		
Kronik Hastalık Öyküsü										
Var	14	16,7	65	77,3	5	6,0	84	100,0	1,334	0,513
Yok	214	21,8	703	71,7	63	6,5	980	100,0		
Düzenli İlaç Kullanımı										
Var	8	13,1	48	78,7	5	8,2	61	100,0	2,797	0,247
Yok	220	21,9	720	71,8	63	6,3	1003	100,0		
Toplam	228	21,4	768	72,2	68	6,4	1064	100,0		

Öğrencilerin sigara içme durumuna göre madde kullanma oranları karşılaştırıldı. Sigara içenlerin %1,3'ünde (n=3), hiç içmeyenlerin %0,4'ünde (n=3), sigarayı bırakanların da %4,4'ünde (n=3) madde kullanımı mevcuttu. Sigarayı bırakan grupta madde kullanım oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (p=0,002) (Tablo 4.18).

Öğrencilerin sigara içme durumuna göre alkol kullanma oranları karşılaştırıldı. Sigara içenlerin %26,3'ünde (n=60), hiç içmeyenlerin %4,4'ünde (n=34), sigarayı bırakanların da %16,2'sinde (n=11) alkol kullanımı mevcuttu. Halen sigara içen grupta alkol kullanım oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (p<0,001) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18: Sigara Kullanma Alışkanlığına Göre Bağımlılık Yapıcı Madde ve Alkol Kullanım Durumu (n=1064)

	Madde Kullanım Durumu				Toplam		X^2	p
	Kullanıyor n	%	Kullanmıyor n	%				
Sigara İçen	3	1,3	225	98,7	228	100,0		
Hiç İçmeyen	3	0,4	765	99,6	768	100,0		
Bırakan	3	4,4	65	95,6	68	100,0		
Toplam	9	0,8	1055	99,2	1064	100,0	12,807	0,002
	Alkol Kullanım Durumu				Toplam		X^2	p
	Kullanıyor n	%	Kullanmıyor n	%				
Sigara İçen	60	26,3	168	73,7	228	100,0		
Hiç İçmeyen	34	4,4	734	95,6	768	100,0		
Bırakan	11	16,2	57	83,8	68	100,0		
Toplam	105	9,9	959	90,1	1064	100,0	97,950	<0,001

Sigara içen öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflara göre Fagerström bağımlılık testi düzeyleri karşılaştırıldı. Sınıflar arasında Fagerström bağımlılık testi düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunamadı (Tablo 4.19).

Tablo 4.19: Sigara İçen Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Sınıflara Göre Fagerström Bağımlılık Testi Düzeyleri (n=228)

Fagerström Bağımlılık Düzeyleri								
	Çok Düşük- Düşük		Orta- Yüksek- Çok Yüksek		Toplam		X^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Okuduğu Sınıf								
1. sınıf	33	80,5	8	19,5	41	100,0		
2. sınıf	31	70,5	13	29,5	44	100,0		
3. sınıf	20	69,0	9	31,0	29	100,0		
4. sınıf	27	73,0	10	27,0	37	100,0		
5. sınıf	36	87,8	5	12,2	41	100,0		
6. sınıf	33	91,7	3	8,3	36	100,0	9,941	p=0,077
Toplam	180	78,9	48	21,1	228	100,0		

4.3. Öğrencilerin Depresyon Semptomatolojisine Göre Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan öğrencilerin Beck Depresyon Ölçeğine verdikleri yanıtlar değerlendirildi. Öğrenciler ölçek puanlarına göre '16 ve altı' (depresif semptom yok) ve '17 ve üstü' (depresif semptom var) şeklinde iki gruba ayrıldı ve öğrencilerin sosyodemografik ve klinik özellikleri karşılaştırıldı.

Gruplar cinsiyete göre karşılaştırıldığında, depresyon semptomatolojisi sıklığı kadınlarda %17,7, erkeklerde ise %17,4 tespit edildi ($p=0,891$). Medeni hali bekar olan öğrencilerde evli olanlara göre depresyon semptomatolojisi sıklığı anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (%17,9'a karşın %0, $p=0,048$). Gruplar yaş kategorilerine göre karşılaştırıldığında, yaşı '23 ve üzeri' olan öğrencilerde yaşı '18-19' ve '20-22' aralığında olanlara göre depresyon semptomatolojisi sıklığı anlamlı düzeyde daha düşük bulundu (%12,9'a karşın %20,6 ve %21,2, $p=0,003$). Gruplar öğrencilerin okuduğu sınıf kategorilerine göre karşılaştırıldığında, 6. sınıfta okuyan öğrencilerin diğer sınıflarda okuyan öğrencilere göre depresyon semptomatolojisi sıklığı anlamlı düzeyde daha düşük bulundu (%9, $p<0,001$). Aile yapısı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,506$). Gruplar öğrencilerin kaldıkları yer kategorilerine göre karşılaştırıldığında, 'ailesiyle veya eşiyle evde' ve 'arkadaşlarıyla evde' kalan öğrencilerde, diğer ikamet yerlerine göre depresyon semptomatolojisi sıklığı anlamlı düzeyde daha düşük tespit edildi (sırasıyla %14,9 ve %13,1, $p<0,001$) (Tablo 4.20).

Tablo 4.20: Beck Depresyon Semptomatolojisi Durumlarının Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=1064)

Beck Depresyon Envanterine Göre Depresyon Durumu								
	16 ve Altı (Dep. Semp. Yok)		17 ve Üstü (Dep. Semp. Var)		Toplam			
	n	%	n	%	n	%	X ²	p
Cinsiyet								
Erkek	380	82,6	80	17,4	460	100,0	0,019	0,891
Kadın	497	82,3	107	17,7	604	100,0		
Medeni Hal								
Bekar	859	82,1	187	17,9	1046	100,0	3,904	0,048
Evli	18	100,0	0	0,0	18	100,0		
Yaş								
18-19	108	79,4	28	20,6	136	100,0	11,869	0,003
20-22	372	78,8	100	21,2	472	100,0		
23 ve üzeri	397	87,1	59	12,9	456	100,0		
Okuduğu Sınıf								
1. sınıf	161	76,7	49	23,3	210	100,0	26,104	0,001
2. sınıf	141	77,0	42	23,0	183	100,0		
3. sınıf	132	77,6	38	22,4	170	100,0		
4. sınıf	151	84,8	27	15,2	178	100,0		
5. sınıf	151	89,9	17	10,1	168	100,0		
6. sınıf	141	91,0	14	9,0	155	100,0		
Aile yapısı								
Çekirdek aile	701	82,9	145	17,1	846	100,0	2,332	0,506
Geniş aile	138	82,6	29	17,4	167	100,0		
Parçalanmış aile	21	75,0	7	25,0	28	100,0		
Anne/ baba ölmüş	17	73,9	6	26,1	23	100,0		
Kaldığı Yer								
Ailesiyle + evli	292	85,1	51	14,9	343	100,0	11,515	0,009
Arkadaşlarıyla evde	218	86,9	33	13,1	251	100,0		
Akrabalarıyla + yurttta	284	77,6	82	22,4	366	100,0		
Tek Başına evde	83	79,8	21	20,2	104	100,0		
Toplam	877	82,4	187	17,6	1064	100,0		

Sigara içen öğrencilerin günlük sigara tüketimleri ve Fagerström bağımlılık puanlarına göre Beck Depresyon semptomatoloji durumları karşılaştırıldı. Günlük sigara tüketimi '31 ve üzeri' olan öğrencilerde, günlük sigara tüketimi '0-10', '11-20' ve '21-30' aralıklarında olan öğrencilere göre depresyon semptomatolojisi sıklığı anlamlı düzeyde daha yüksekti (%80'e karşın sırasıyla %23,4, %25,5 ve %42,9, $p<0,001$). Fagerström bağımlılık puanı 5-10 aralığında olan öğrencilerde '0-4' aralığında olanlara göre, depresyon semptomatolojisi sıklığı istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen daha yüksekti (%35,4'e karşın %23,9, $p=0,107$) (Tablo 4.21).

Tablo 4.21: Günlük Sigara Tüketimine ve Fagerström Bağımlılığı Puanlarına Göre Depresyon Belirtileri (n=228)

Beck Depresyon Envanterine Göre Depresyon Durumu								
	16 ve Altı (Dep. Semp. Yok)		17 ve Üstü (Dep. Semp. Var)		Toplam		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Günlük Sigara Tüketimine Göre								
0-10	118	76,6	36	23,4	154	100,0	10,114	0,018
11-20	41	74,5	14	25,5	55	100,0		
21-30	8	57,1	6	42,9	14	100,0		
31 ve üzeri	1	20,0	4	80,0	5	100,0		
Fagerström Bağımlılık Puanlarına Göre								
0-4 (çok düşük-düşük)	137	76,1	43	23,9	180	100,0	2,597	0,107
5-10 (orta-yüksek-çok yüksek)	31	64,6	17	35,4	48	100,0		
Toplam	168	73,7	60	26,3	228	100,0		

Tüm öğrencilerin sigara, alkol ve madde kullanma, hastalık tanısı olma ve egzersiz yapma durumlarına göre depresyon semptomatolojisi durumları karşılaştırıldı. Tüm öğrenciler arasında sigara içenlerde, alkol kullananlarda, hastalık tanısı olanlarda ve egzersiz yapmayan öğrencilerde depresyon semptomatolojisi sıklığı anlamlı düzeyde daha yüksekti (sırasıyla; $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,014$ ve $p=0,004$). Madde kullanan öğrencilerde, kullanmayan öğrencilere göre depresyon semptomatolojisi sıklığı istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen daha yüksekti (%33,3' karşın %17,4, $p=0,212$) (Tablo 4.22).

Tablo 4.22: Beck Depresyon Semptomatolojisi Durumlarının Tıp Öğrencilerinin Sigara ve Diğer Tütün Ürünleri Kullanımı ve Diğer Alışkanlıklarına Göre Dağılımı (n=1064)

Beck Depresyon Envanterine Göre Depresyon Durumu								
	16 ve Altı (Dep. Semp. Yok)		17 ve Üstü (Dep. Semp. Var)		Toplam		X^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Sigara Durumu								
Sigara içen	168	73,7	60	26,3	228	100,0	15,353	0,001
Hiç içmeyen	652	84,9	116	15,1	768	100,0		
Bırakan	57	83,8	11	16,2	68	100,0		
Hastalık Tanısı								
Yok	816	83,3	164	16,7	980	100,0	6,053	0,014
Var	61	72,6	23	27,4	84	100,0		
Alkol Kullanımı								
Yok	804	83,8	155	16,2	959	100,0	13,384	0,001
Var	73	69,5	32	30,5	105	100,0		
Madde Kullanımı								
Yok	871	82,6	184	17,4	1055	100,0	1,556	0,212
Var	6	66,7	3	33,3	9	100,0		
Egzersiz Yapma								
Evet düzenli	99	86,8	15	13,2	114	100,0	10,949	0,040
Evet düzensiz	406	85,7	68	14,3	474	100,0		
Hayır	372	78,2	104	21,8	476	100,0		
Toplam	877	82,4	187	17,6	1064	100,0		

Öğrencilerin sigara içme durumlarına göre BDÖ puanları karşılaştırıldı. BDÖ puan ortanca değeri sigara içenlerde 10, hiç içmeyenlerde 7 ve bırakanlarda 7,5 olarak hesaplandı ($p<0,001$) (Tablo 4.23).

Tablo 4.23: Öğrencilerin Sigara içme Durumlarına Göre BDÖ Puan Dağılımları

	Öğrencide Sigara İçme Durumu			X^2	p
	Sigara İçen Ortanca (Ort $\pm$ SD)	Hiç İçmeyen Ortanca (Ort $\pm$ SD)	Bırakan Ortanca (Ort $\pm$ SD)		
BDÖ Puanı	10 (11,97 $\pm$ 9,6)	7 (8,73 $\pm$ 8,11)	7,5 (9,87 $\pm$ 11,71)	23,747	$p<0,001$

*Kruskal Wallis testi yapılmıştır.

4.4. Regresyon Analizi

Öğrencilerin sigara içme durumunu etkileyen ve ki-kare testinde anlamlı bulunan cinsiyet, yaş, kaldıkları yer, okudukları sınıf ve yakın çevrede sigara içme durumu faktörleri kullanılarak lojistik regresyon analizi uygulandı (sadece mevcut sigara içenler ve hiç içmeyenler arasında). Erkek cinsiyette sigara içme riski kadın cinsiyete göre 4,6 kat fazlaydı ($p<0,001$). Öğrencilerde sigara içme riski, yaşı ‘23 ve üzeri’ olanlarda yaşı ‘18-19’ aralığında olanlara göre 1,7 kat fazlaydı ($p=0,036$). Sigara içme riski; ailesiyle veya eşiyle evde kalan öğrencilere göre tek başına evde kalanlarda 1,9 kat ($p=0,012$), arkadaşıyla evde kalanlarda 1,6 kat ($p=0,015$) artmış bulundu. Sigara içme riski; babası hiç sigara içmemiş olanlara göre babası halen sigara içenlerde 1,7 kat ($p=0,006$), babası sigarayı bırakanlarda ise 1,5 kat ($p=0,021$) fazlaydı. Sigara içme riski; kardeşi hiç sigara içmemiş olanlara göre kardeşi halen sigara içenlerde 2,3 kat ($p<0,001$), kardeşi sigarayı bırakanlarda ise 1,9 kat ($p=0,020$) fazlaydı. Sigara içme riski; en yakın arkadaşı hiç sigara içmemiş olanlara göre en yakın arkadaşı halen sigara içenlerde 9,1 kat ($p<0,001$), en yakın arkadaşı sigarayı bırakanlarda ise 2,0 kat ($p=0,082$) fazlaydı. Sigara içme riski; oda arkadaşı sigarayı bırakanlara göre oda arkadaşı halen sigara içenlerde 5,8 kat ($p=0,021$), oda arkadaşı hiç sigara içmemiş olanlarda ise 1,4 kat ($p=0,656$) fazlaydı. Sigara içme riski; eş veya flörtü hiç sigara içmemiş olanlara göre eş veya flörtü halen sigara içenlerde 2,4 kat ($p<0,001$), eş veya flörtü sigarayı bırakanlarda ise 1,8 kat ($p=0,047$) daha fazlaydı (Tablo 4.24).

Tablo 4.24: Sigara İçme Durumunun Varlığını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi

Değişken	Odds Ratio (95% CI)	p
Cinsiyet		
Kadın	1,000	
Erkek	4,609 (3,347- 6,346)	p<0,001
Yaş (Kategorik)		
18-19	1,000	
20-22	1,029 (0,623- 1,701)	p=0,910
23 ve üzeri	1,693 (1,035- 2,770)	p=0,036
Kaldığı Yer		
Aile + evli	1,000	
Arkadaşıyla evde	1,641 (1,103- 2,442)	p=0,015
Yurtta + akrabalarıyla	1,063 (0,727- 1,555)	p=0,753
Tek başına	1,954 (1,161- 3,289)	p=0,012
Okuduğu Sınıf		
1.sınıf	1,000	
2.sınıf	1,374 (0,845- 2,232)	p=0,200
3.sınıf	0,845 (0,498- 1,432)	p=0,531
4.sınıf	1,119 (0,678- 1,848)	p=0,659
5.sınıf	1,429 (0,870- 2,345)	p=0,158
6.sınıf	1,301 (0,781- 2,166)	p=0,312
Yakın Çevrede Sigara Durumu		
Baba hiç içmemiş	1,000	
Baba halen içiyor	1,684 (1,158- 2,449)	p=0,006
Baba sigarayı bırakmış	1,525 (1,067- 2,180)	p=0,021
Yakın Çevrede Sigara Durumu		
Kardeş hiç içmemiş	1,000	
Kardeş halen içiyor	2,381 (1,666- 3,403)	p<0,001
Kardeş sigarayı bırakmış	1,948 (1,111- 3,415)	p=0,020
Yakın Çevrede Sigara Durumu		
En yakın arkadaş hiç içmemiş	1,000	
En yakın arkadaş halen içiyor	9,160 (6,528- 12,852)	p<0,001
En yakın arkadaş sigarayı bırakmış	2,062 (0,913- 4,660)	p=0,082
Yakın Çevrede Sigara Durumu		
Oda arkadaşı sigarayı bırakmış	1,000	
Oda arkadaşı hiç içmemiş	1,406 (0,314- 6,285)	p=0,656
Oda arkadaşı halen içiyor	5,882 (1,313- 26,360)	p=0,021
Yakın Çevrede Sigara Durumu		
Eş veya flört hiç içmemiş	1,000	
Eş veya flört halen içiyor	2,456 (1,504- 4,011)	p<0,001
Eş veya flört sigarayı bırakmış	1,883 (1,007- 3,521)	p=0,047

Tüm öğrencilerin Beck depresyon semptomatolojisi puan durumunu ('16 ve altı', '17 ve üstü') etkileyen ve ki-kare testinde anlamlı bulunan okuduğu sınıf, yaş, ikamet yerleri, sigara kullanma durumu, kronik hastalık tanısı, alkol kullanımı ve egzersiz yapma durumu faktörlerinin lojistik regresyon analizi gerçekleştirildi. Okudukları sınıf değerlendirmesinde, depresyon semptomatolojisi sıklığı en düşük altıncı sınıfta bulunduğu için diğer sınıfların kıyaslamasında 6. sınıf temel alındı. Altıncı sınıfta okuyan öğrencilere göre, depresyon semptomu varlığı riski 1. sınıfta olanlarda 3,0 kat ($p=0,001$), 2. sınıfta olanlarda 3 kat ($p=0,001$), 3. sınıfta olanlarda 2,8 kat ($p=0,001$) artmış bulundu. Öğrenci yaşlarının kategorik değerlendirilmesinde, depresyon semptomu varlığı riski '18-19' yaş aralığında bulunan öğrencilerde '23 ve üzeri' yaş aralığında olan öğrenci grubuna göre 1,7 kat artmış bulundu ($p=0,028$). '20-22' yaş aralığında bulunan öğrencilerin depresyon semptomu varlığı riski yaşı 23 ve üzeri olan öğrenci grubuna göre 1,8 kat artmış bulundu ($p=0,001$). Öğrencilerin kaldıkları yer değerlendirmesinde depresyon semptomu varlığı riski; arkadaşıyla evde kalanlara göre, tek başına evde kalanlarda 1,6 kat ($p=0,095$), akrabalarıyla veya yurttaki kalanlarda 1,9 kat ($p=0,004$) artmış bulundu. Depresyon semptomu varlığı riski; hiç sigara içmemiş olanlara göre halen sigara içen öğrencilerde 2,0 kat ($p<0,001$) artmış bulundu. Depresyon semptomu varlığı riski; kronik hastalık tanısı olanlarda olmayanlara göre 1,8 kat artmış bulundu ($p=0,015$). Depresyon semptomu varlığı riski; alkol kullananlarda kullanmayanlara göre 2,2 kat artmış bulundu ($p<0,001$). Depresyon semptomu varlığı riski; düzenli egzersiz yapanlara göre egzersiz yapmayanlarda 1,8 kat ($p=0,040$) artmış bulundu (Tablo 4.25).

Tablo 4.25: Beck Depresyon Semptomatolojisi Puan Durumunu Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi

Değişken	Odds Ratio (95% CI)	p
Okuduğu Sınıf		
6.sınıf	1,000	
1.sınıf	3,065 (1,624-5,787)	p=0,001
2.sınıf	3,000 (1,569-5,737)	p=0,001
3.sınıf	2,889 (1,503-5,594)	p=0,001
4.sınıf	1,801 (0,908-3,573)	p=0,092
5.sınıf	1,134 (0,539-2,385)	p=0,741
Yaş (Kategorik)		
23 ve üzeri	1,000	
18-19	1,745 (1,061-2,869)	p=0,028
20-22	1,809 (1,273-2,571)	p=0,001
Kaldığı Yer		
Arkadaşlarıyla evde	1,000	
Aile + evli	1,154 (0,720-1,849)	p=0,552
Yurtta + akrabalarıyla	1,907 (1,227-2,964)	p=0,004
Tek başına	1,671 (0,915-3,054)	p=0,095
Sigara Kullanma Durumu		
Hiç içmemiş	1,000	
Sigarayı bırakmış	1,085 (0,552-2,130)	p=0,813
Halen içiyor	2,007 (1,408-2,862)	p<0,001
Hastalık Tanısı		
Yok	1,000	
Var	1,876 (1,129-3,118)	p=0,015
Alkol Kullanımı		
Yok	1,000	
Var	2,274 (1,450-3,565)	p<0,001
Egzersiz Yapma		
Evet düzenli	1,000	
Evet düzensiz	1,105 (0,606-2,016)	p=0,744
Hayır	1,845 (1,028-3,312)	p=0,040

5. TARTIŞMA

Sigara ve tütün ürünleri, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de en yaygın kullanılan bağımlılık yapıcı maddelerdir. Ayrıca, sigara önlenabilir hastalık ve ölüm nedenleri içerisinde ilk sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, sigarayı dünya üzerinde şimdiye kadar karşılaşılan en tehlikeli halk sağlığı tehditlerinden biri olarak tanımlanmaktadır. Sigara, prenatal dönemden başlayarak, yaşamının bütün dönemlerinde ölüm ile de sonuçlanabilen birçok sağlık problemine sebep olmaktadır. Sadece sigara içenler değil, sigara dumanına maruz kalanlar da benzer şekilde etkilenmektedir. Dünya genelinde yılda 7 milyondan fazla, ülkemizde ise 100.000'den fazla insan sigara ve tütün ürünü kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle yaşamını kaybetmektedir. Maalesef, bu ölümlerin yaklaşık 1 milyonu sigara kullanımı sonucu değil, sigara dumanına maruz kaldığı için gerçekleşmektedir (Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı, 2018, WHO, 2019).

Dünyada ve ülkemizde sigara ile mücadele çalışmaları; politika yapıcılar, kamu otoritesi, yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları ve medyanın iş birliği ile kararlılıkla devam ettirilmektedir. Başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının sigara ile mücadelede anahtar role sahip oldukları unutulmamalıdır. Bağımlılıkla mücadele çalışmalarında temel prensip koruma ve önlemedir. Sigara bırakma politikaları belirlenirken, sağlık çalışanları arasında mevcut olan tütün bağımlılığı gerçeği göz ardı edilmemelidir. Bu grup üzerine detaylı çalışmalar yapılması ve bu grubun sigara ile mücadelede ilk sırada olacak şekilde hedef kitle seçilmesi, sigara ile mücadelenin başarısını artıracaktır. Bu nedenle bu çalışmada, meslek hayatlarında sigara ile mücadelede en ön cephede bulunacak olan tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumları ve depresyon semptomatolojileri incelendi ve başta depresyon olmak üzere bu durumu etkileyen faktörler araştırıldı.

Çalışmamıza katılan öğrencilerinin %21,4'ünün halen sigara içtiği tespit edildi. Erkeklerde bu sıklık %34,6, kadınlarda ise %11,4 idi. Türkiye'de yetişkinlerde tütün kullanımı alanındaki ilk çalışma 1988 yılında yapılmış olup 15 ve üzeri yaş grubu genel popülasyonda sigara kullanım sıklığı %44, aynı yaş grubu erkeklerde %62 ve kadınlarda ise %24 olarak bulunmuştur (PIAR, 1998). Ülkemizde 15 yaş ve üzeri yetişkin bireylerin dahil edildiği diğer bir çalışma olan Küresel

Yetişkin Tütün Araştırması, 2008 ve 2012 yıllarında olmak üzere iki kez yapılmıştır. KYTA verilerine göre Türkiye’de 2008 yılında sigara içme sıklığı genel popülasyonda %31,2, erkeklerde %47,9, kadınlarda %15,2’dir. KYTA’nın 2012 verilerine göre ise Türkiye’de 15 yaş ve üzeri yetişkinler arasındaki tütün kullanım sıklığı %27,1, erkeklerde %41,5, kadınlarda %13,1’dir. Genel olarak tütün kullanım sıklığında, hem erkeklerde hem de kadınlarda tedrici bir azalma mevcuttur (Sağlık Bakanlığı, 2014). Ülkemize ait bir diğer tütün kullanım prevalans verisi 2016 yılında yayınlanan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) (Global Adult Tobacco Survey - GATS) sonuçlarına aittir. Bu araştırmaya göre yetişkinlerin %31,6’sı halen tütün ürünü kullanmaktadır. Erkekler için bu sıklık %44,1, kadınlar için ise %19,2 olarak bildirilmiştir (GATS, 2016, Öntaş ve Aslan, 2016). Çalışmamıza ait sigara içme prevalansı, hem cinsiyet bazında hem de genel değerlendirildiğinde Türkiye ortalamasından düşüktür. Buna sebep olarak Türkiyede yaşlı nüfusun fazla olması fakat bizim çalışmamıza genç nüfusun dahil edilip yaşlı bireylerin yer almaması gösterilebilir. KYTA verileri yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, ülkemizdeki 15-24 yaş arası bireylerde tütün kullanım sıklığı %20,0, erkeklerde %33,0 ve kadınlarda 7,4 olarak bildirilmiş olup bizim çalışmamızla hem yaş grubu hem de sonuç itibarıyla benzerdir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Çalışmamızda erkeklerde sigara içme sıklığı kız öğrencilere göre 4,6 kat daha fazlaydı. Benzer şekilde Marakoğlu ve arkadaşlarının 3 farklı tıp fakültesi’nde birinci sınıftan altıncı sınıfa kadar öğrenim gören 1170 öğrenci ile bildirdikleri çalışmada, erkek öğrencilerde sigara içme sıklığı kız öğrencilere göre 6,2 kat daha fazla bulunmuştur (Marakoğlu ve ark., 2012). Buna sebep olarak Türkiye genelinde 15-24 yaş arası grupta erkeklerde sigara içme sıklığının kadınlara göre daha fazla olması gösterilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması’na göre Türkiyede ara sıra sigara içme sıklığı 2008 yılında %3,8, 2012 yılında %3,3 olarak bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Çalışmamızda ise bu sıklık %8,3 bulunmuştur ve Türkiye ortalamasından oldukça yüksektir. Bu kitlenin sigara bırakma destek ve eğitim programlarında hedef alınarak sigarayı bırakmaları sağlanır ise tıp fakültesi öğrencileri arasında sigara içme prevalansı çok daha düşük seviyelere indirilebilir.

Dünya genelinde 1976-2006 yılları arasında tıp fakültesi öğrencileri ile gerçekleştirilmiş toplam 66 çalışmanın değerlendirildiği bir uluslararası derlemede, tıp fakültesi öğrencileri arasında sigara içme sıklığı %2-44 aralığında bildirilmiştir ve ülkeler arasında ciddi farklılıklar vardır. Bu derlemenin sonucuna göre en düşük sigara içme prevalansı ABD (%2-7), Avustralya (%3), Çin (%3) ve Hindistan'da (%4) bildirilmiştir. Hemen hemen tüm çalışmalarda, erkek öğrencilerde sigara içme sıklığı kadınlara göre daha yüksek bulunmuş. Yazarlar, ülkeler arasındaki prevalans farklılığının, ülkelerin genel popülasyonundaki sigara içme alışkanlığını yansıttığını, sigara içme sıklığının yüksek olduğu Türkiye, Yunanistan ve İspanya gibi ülkelerde tıp öğrencilerinde de sigara kullanımının yaygın olduğunu bulmuşlardır. Bu derlemede dikkat çeken diğer bir husus ise çalışmaların büyük bir kısmında okunan sınıf arttıkça sigara içme sıklığının artmasıdır (Smith ve Leggat, 2007). Martins ve arkadaşlarının 2008-2012 yılları arasında Brezilya'da tıp fakültesi 3. sınıfta okuyan 556 öğrenci ile yaptıkları bir çalışmada sigara içme sıklığı %5,2 olarak bildirilmiştir (Martins ve ark., 2017). Mısır'da 2014-2015 yılları arasında, dört tıp fakültesi'nde okuyan toplam 1715 öğrenci ile gerçekleştiren bir anket çalışmasında sigara içme prevalansı %5,6 bulunmuş (Kabbash ve ark., 2018). Yakın zamanda Çin'den bildirilen bir meta-analizde, 68.253 tıp fakültesi öğrencisinin sigara içme durumunu inceleyen 79 çalışma değerlendirilmiş ve sigara içme sıklığı %10,9 bulunmuş. Çalışmaların değerlendirildiği dönem içerisinde (1988-2014) sigara içme prevalansının azaldığı tespit edilmiş. Spesifik olarak incelendiğinde, erkek öğrencilerde sigara içme sıklığının zamanla progresif olarak azaldığı, kadın öğrencilerde ise nispeten sabit seyrettiği görülmüş. Smith ve arkadaşlarının bildirdiği derlemeye benzer şekilde, okunan sınıf büyüdükçe sigara içme sıklığının arttığı tespit edilmiş (Niu ve ark., 2018).

Dünya genelinde sigara içme prevalansı açısından bir orantısızlık vardır. Gelişmiş ülkelerde sigara içme sıklığı azalırken, gelişmekte olan ülkelerde artmaktadır. Ancak, sigara içenlerin %84'ünün gelişmekte olan ülkelere yaşadığı gerçeği bazen göz ardı edilebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ile tütün ile mücadelenin küresel hale getirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca, DSÖ'nün MPOWER bildirisinde sigara bırakmayı kolaylaştırmak için hekimlerin danışmanlık yapması önerilmiştir. Ancak, meslek hayatlarında bu görevi

üstlenecek olan tıp fakültesi öğrencilerinin sigara kullanım alışkanlıkları ile ilgili çalışmaların yetersiz ve heterojen olması ve çok azının düşük ve orta gelirli ülkelerde yapılmış olması nedeniyle, 2005-2008 yılları arasında DSÖ öncülüğünde “Global Sağlık Meslekleri Öğrenci Çalışması” gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaya, tıp, eczacılık, diş hekimliği ve hemşirelik öğrencileri dahil edilmiş ve sigara içme prevalansının yaklaşık %7-21 arasında değiştiği bildirilmiştir (Warren ve ark., 2008). Yine 2005-2008 yılları arasında büyük çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelere olan 48 ülkedeki tıp fakültesi üçüncü sınıf öğrencilerinin katılımıyla yapılan çalışmada üç ülkede sigara içme sıklığı %40’ın üzerinde bulunmuş (Arnavutluk 2005 yılında %43,3, Bosna Hersek 2006 yılında %40,3, Bolivya 2006 yılında %41,1). Üç ülkede ise %5’in altında bulunmuş (Uganda 2005 yılında %2,8, Sri Lanka 2006 yılında %4,1, Tayland 2006 yılında %2,1). 48 ülkenin 37’sinde erkeklerde sigara içme sıklığı kadınlardan daha fazla hesaplanmış. Ortadoğu bölgesinde sigara içme sıklığı Filistin’de 2007 yılında %22,7 ve Lübnan’da 2006 yılında %28,2 iken diğer ülkelerde (İran, Sudan ve Tunus) 2007 yılında %10’un altında bildirilmiş. Avrupa bölgesinde, Ermenistan, Çekya, Litvanya ve Slovenya hariç %30’un üzerinde bulunmuş. Amerika bölgesinde, Brezilya, Jamaika ve Panama hariç %20’nin üzerinde bulunmuş (Warren ve ark., 2011). Çalışmamız özelinde ülkemizin verilerini dünya geneli ile kıyasladığımızda, tıp fakültesi öğrencileri arasında sigara içme sıklığı sıralamasında orta sıralarda olduğumuz yorumunu yapabiliriz.

Ülkemizde tıp fakültesi öğrencileri arasında sigara içme sıklıklarını değerlendiren pek çok çalışma yapılmış ve çeşitli sonuçlara ulaşılmıştır. Nacar ve arkadaşlarının 2012 yılında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi 1 ve 6. sınıfta okuyan 339 öğrenci ile bildirdikleri bir çalışmada, katılımcıların %24,8’inin en az bir kez tütün kullandığı bildirilmiş (Nacar ve ark., 2015). Şenol ve arkadaşlarının bildirdikleri bir çalışmada, 1996 yılında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi’ne kayıt yaptıran 129 öğrenciden çalışmaya katılan 119 öğrenci 6 yıl boyunca sigara içme durumu açısından takip edilmiş. Kayıt anında öğrencilerin %21,8’i sigara içmekteymiş ve altı yılın sonunda sigara içme sıklığı %27’ye yükselmiş. Ayrıca sigara içmeyenlerin %32,3’ü sigara içmeye başlamış (Senol ve ark., 2006). Sönmez ve arkadaşlarının 2016-2017 öğretim yılında Düzce Üniversitesi Tıp fakültesi’nde 1. ve 6. sınıfta okuyan 212 öğrenci ile bildirdikleri çalışmada, 1. sınıfta sigara içme

sıklığı %18,2, 6. sınıfta ise %21,2 olarak bulunmuş (Sönmez ve ark., 2017). Marakoğlu ve arkadaşlarının 3 farklı tıp fakültesi'nde birinci sınıftan altıncı sınıfa kadar öğrenim gören 1170 öğrenci ile bildirdikleri çalışmada, sigara içme prevalansı %18,4 olarak bulunmuş (Marakoğlu ve ark., 2012). Bunlara ek olarak, ülkemizde tıp fakültesi öğrencilerinde sigara içme prevalansı konusunda yapılmış uluslararası literatürde yer alan çalışmalar ve önemli ulusal çalışmalar tablo 5.1'de kronolojik olarak özetlenmiştir.



Tablo 5.1: Ülkemizde Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Yapılmış Olan Sigara İçme Prevalansı Çalışmaları

Üniversite/ Hastane	Yıl	Sınıf	Halen içme (%)	Hiç içmeme (%)	Bırakma (%)	Arasıra içme
Turgut Özal Tıp Merkezi (Güneş ve ark., 1997)	1992	1-6	26,8	60,6	3,5	9,1
Hacettepe Üni. Tıp Fak. (Arsava ve ark., 2013)	2002	1 2 3 4 5 6	7,6 12,5 15,8 26,3 25,8 33,3	88,1 78,6 77,3 69,5 68,8 61,7	4,3 8,9 6,9 4,2 5,4 5,0	
İzmir, Trabzon, Van (Akvardar ve ark., 2003)	2003	1 6	26,4 44,1			
Derleme (9 çalışma) (Tezcan S. ve Yardim, 2003)	2003	1-6	15,1-36,6			
Ankara Üni. Tıp Fak. (Çalışkan ve ark., 2005)	2004	1 2 3 4 5 6	8,0 7,4 31,7 37,5 26,3 29,1	46,0 50,0 43,0 35,0 42,0 39,0	-	-
Dicle Üni. Tıp Fak. (Özen ve ark., 2005)	2005	1 6	35 56			
Kayseri Erciyes Üniversitesi, (Aykut ve ark., 2009)	2005	1-6	17,7	71,4	10,9	
Gülhane ATF (Güleç ve ark., 2005)	2005	1-6	32,6			
Afyon Kocatepe Üni. Tıp Fak. (Marakoğlu ve ark., 2006)	2006	1 2 3 4	3,7 14,3 5,4 16,1	94,4 85,7 86,5 80,6	1,9 0,0 8,1 3,2	-
Trakya Üni. Tıp Fak. (Karlıkaya ve Ozdemir, 2011)	2006		25,9	69,2	4,9	
Uludağ Üni. Tıp Fak. (Vatan ve ark., 2009)	2006 2007	1 2 3 4 5 6	10,9 15,8 11,9 18,2 29,4 22,7	89,1 84,2 88,1 81,8 70,6 77,3		
Düzce Tıp Fakültesi (Mayda ve ark., 2007)	2007	1-6	31,3			

Tablo 5.1: Ülkemizde Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Yapılmış Olan Sigara İçme Prevalansı Çalışmaları (Devam)

Üniversite/ Hastane	Yıl	Sınıf	Halen içme (%)	Hiç içmeme (%)	Bırakma (%)	Arasıra içme (%)
19 Mayıs Üni. Tıp Fak. (Kartal ve ark., 2012)	2007	1 2 3 4 5	20,4 23,4 38,7 42,9 26,0	79,6 76,6 61,3 57,1 74,0	-	-
Ankara Üniv. Tıp Fak. (Ocaktan ve ark., 2008)	2008	1-6	37			
12 Tıp Fakültesi (Turhan ve ark., 2016)	2008	3	28,5			
Selçuk Üni. Tıp Fak. (Kutlu ve ark., 2009)	2009	1-6	19	76	5	
Ankara Üniv. Tıp Fak. (İcli ve ark., 2014)	2012	1-6	11			
Selçuk Üni. Tıp Fak. (Marakoğlu ve ark., 2012)	2012	1 2 3 4 5 6	12,1 13,9 19,7 18,7 25,6 20,9	86,5 77,8 74,8 73,9 69,2 74,4	1,4 8,2 5,6 7,4 5,1 4,7	-
Kayseri Erciyes Üni. Tıp Fak. (Baykan ve Naçar, 2014)	2012 2013	1	23	73	4	9,5
Uludağ Üni. Tıp Fak. (Emiroğlu ve ark., 2014)	2014	1-6	22,8			
Mustafa Kemal Üni. Tıp Fak. (Yengil ve ark., 2014)	2014	1-6	25,6			
Yüzüncü Yıl Üni. Tıp Fak. (Günbatır ve ark., 2014)	2014	1-6	20,9			
Adnan Menderes Üni. Tıp Fak. (Arslan ve ark., 2016)	2015	1	18,1	75,2	6,4	7,6
Düzce Üni. Tıp Fak. (Sönmez ve ark., 2017)	2016	1 ve 6	19,7	47,5	3,5	-
Kocaeli Üni. Tıp Fak. (Baydemir ve ark., 2018)	2016	1 ve 3	27,7			
Afyonkarahisar Tıp Fak. (Çilekar ve ark., 2019)	2019	1 ve 6	17,1	51,4	2,1	
Osmangazi Üni. Tıp Fak. (Dagtekin G, 2019)	2019	1-6	28,3			

Tablo 5.1'e bakıldığında ülkemizde tıp fakültesi öğrencileri arasında sigara içme sıklığının genel olarak 1. sınıftan 6. sınıfa doğru bir artış gösterdiği görülmektedir. Bu tabloya göre Hacettepe Üniversitesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Ankara Üniversitesi, Uludağ Üniversitesi, 19 Mayıs Üniversitesi ve Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültelerinde yapılan farklı çalışmalarda sigara içme sıklıkları tıp fakültesi birinci sınıfta okuyan öğrencilerde %7,6-20,4; altıncı sınıfta okuyan öğrencilerde ise %20,9-33,3 arasında değişmektedir. Bizim çalışmamızda da bu sonuçlara benzer olarak sigara içme sıklığı birinci sınıfta okuyan öğrencilerde %19,5, altıncı sınıfta okuyan öğrencilerde ise %23,2 olarak bulunmuştur. Yine bu tabloya bakıldığında Türkiye'deki tıp fakültesi öğrencilerinde sigara içme sıklığının ortalama %11 ile %37 arasında olduğunu ve yıllara göre sigara içme sıklığının azalmadığını, yine aynı sıklıkla devam ettiğini görebiliriz. Bizim sonuçlarımızı bu çalışmalar ile kıyasladığımızda, öğrencilerimizde sigara içme prevalansını (%21,4) genel olarak orta düzeyde kabul edebiliriz.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından 2007 yılında DSÖ, ABD Hastalıkları Kontrol ve Koruma Merkezi ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile yapılan çalışmada, sigara kullanım sıklığı pratisyen doktorlarda %30,5, uzman doktorlarda %22,1, hemşire ve ebelerde %29,5 ve sağlık teknisyenlerinde ise %33,8 olarak tespit edilmiştir. Yine HASUDER tarafından aynı ekip işbirliğiyle 2011 yılında yapılan çalışmada, sigara kullanım sıklığı pratisyen doktorlarda %23,9, uzman doktorlarda %12,7, hemşire ve ebelerde %21,9 ve sağlık teknisyenlerinde ise %23,5 olarak hesaplanmıştır. İki veri karşılaştırıldığında Sağlık Bakanlığı sağlık çalışanları arasında sigara içme sıklığının belirgin azaldığı görülmektedir (Ertem ve Çan, 2014). Bizim çalışmamızın katılımcılarının önemli bir kısmı birkaç sene içerisinde pratisyen hekim olarak göreve başlayacaktır. Bu açıdan çalışmanın sigara içme sıklığı pratisyen hekimler ile benzerdir.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasına göre ülke genelinde ortalama günlük içilen sigara sayısı 19,2'dir (Sağlık Bakanlığı, 2014) . 2016 yılı KYTA verilerine göre ülkemizde sigara içenlerin ortalama günlük sigara tüketimi 18 adettir (GATS, 2016, Öntaş ve Aslan, 2016). Marakoğlu ve arkadaşlarının üç tıp fakültesi öğrencileri ile yaptıkları çalışmada sigara içen öğrencilerde günde 0-10 adet arası sigara tüketenlerin sıklığı %43,3 olarak bildirilmiştir (Marakoğlu ve ark., 2012).

Bizim çalışmamızda ise sigara içen öğrencilerin %67,5'i günde 0-10 adet arası sigara tüketmekteydi ve günlük tüketilen sigara miktarı, Türkiye ortalamasından oldukça düşüktü.

Son yıllarda birçok sigara firması, sigaranın akciğer kanseri gelişmesi üzerine etkilerinin ortaya çıkması ile sigara için daha masum ve az zararlı algısı oluşturmak için 'filtreli', 'düşük katranlı', 'light', 'slim' ve 'mentollü' gibi farklı pazarlama stratejileri geliştirmiştir. Böylelikle, sigara raflarında ürün çeşitliliği artmış ve verilerle uyumlu olacak şekilde ülkemizde sigaranın pazar payı artmıştır. Ancak, bu değişime rağmen sigara akciğer kanserlerinin %80-90'ının sebebini oluşturmaya devam etmektedir. Bu pazarlama stratejisinin sonuçlarını kendi sonuçlarımızda da net bir şekilde görmekteyiz. Zira, çalışmaya katılan öğrencilerin yarısından fazlası 'light', 'slim' ve 'mentollü' gibi sigara formlarını tercih etmişti. Ayrıca, sigara türünü tercih sebebi değerlendirildiğinde, %21'inin 'hafif olması' cevabını vermesi, sigara şirketlerinin satış stratejilerinin tıp fakültesi öğrencilerinde kısmen başarılı olduğunu düşündürmüştür. Dahası farklı formlarda sunulan sigaranın akciğer kanserine bağlı mortaliteyi değiştirmediği bulunmuştur. Tanner ve arkadaşlarının 2002-2004 yılları arasında 53.456 katılımcıyla gerçekleştirilen Ulusal Akciğer Tarama Denemesi çalışmasındaki katılımcılardan ayrıntılı sigara içme anketini tamamlayan 14.213 akciğer kanseri hastası ile yaptıkları bir çalışmada, filtresiz sigara kullanmanın akciğer kanseri gelişme riskini yaklaşık %40 artırdığı, klasik sigara ile light/ultra light veya aromalı sigara kullananlar arasında mortalite açısından fark olmadığı ortaya konmuştur (Aberle ve ark., 2011, Tanner ve ark., 2019). Ancak, sigara içenlerin büyük kısmı light/ultra light sigara içmenin akciğer kanseri riskini azalttığını düşünmektedir ve bu yanlış algı sigara bırakma fikrinden vazgeçirmektedir (Shiffman ve ark., 2001). Sigara ambalajlarının oluşturduğu yanlış algıyı ortaya koymak amacıyla Fransa'da 15-30 yaş arası sigara içen ve içmeyen 998 kişiyle yapılan çalışmada marka belirtilmeyen düz paket ile klasik, slim ve pembe paketlerin oluşturdukları algı (tat, kalite) sigaranın zararları ve gençler üzerine sigaraya başlamama açısından motive edici etkisi anket ile değerlendirilmiş. Düz paketlere göre markalı sigaraların her biri daha cazip, daha az zararlı, gençler üzerine sigaraya başlama açısından motive edici bulunmuş. Ayrıca sigara içenleri tüketimi

azaltma ve sigara bırakma açısından caydırıcı bulunmuş (Gallopel-Morvan ve ark., 2019).

Çalışmamıza katılan öğrenciler sigarayı en çok arkadaşlarıyla beraber iken içtiklerini ifade etmişlerdir. İkinci sırada ise sinirli ve stresli zamanlarda içtiklerini ifade etmişlerdir. Arslan ve arkadaşlarının 2015 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci sınıfta öğrenim gören 188 öğrenci ile yaptıkları çalışmada, sigara içmeyi en çok artıran faktör ‘moral bozukluğu’ (%64,1) iken ikinci sırada ‘arkadaş ortamı’ olarak bildirilmiştir (Arslan ve ark., 2016). Bu durum, ‘arkadaş ortamı’ olarak tanımlanan sosyal çevrenin sigaraya başlamanın yanında, sigara içme sıklığı ve sigara içmeye devam üzerine olası etkilerine işaret etmektedir. Bu veriler sigara bırakma tedavi modalitelerinde tedavi hedef kitlesine başta sigara içen en yakın arkadaş olmak üzere sosyal çevrenin de dahil edilmesinin, sigara bırakmayı kolaylaştırıcı bir faktör olarak değerlendirilebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, öğrencilerin yaklaşık %60’ı tıp fakültesine başlamadan önce sigara içmeye başlamıştır. Sigaraya başlama yaşı ortalama 17 olarak hesaplanmıştır ve erkekler kadınlardan yaklaşık 1 yıl önce sigara içmeye başlamaktadır (erkek:17,0, kadın:18,0). KYTA 2012 verilerine göre sigara içenlerin yarısından fazlası (%58,7) sigara içmeye 18 yaşından önce başlamıştır. Ortalama sigaraya başlama yaşı erkeklerde 16,8 kadınlarda 17,9 olup erkekler kadınlara göre 1 yaş daha erken sigara içmeye başlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014). 2016 yılında yayınlanan KYTA raporuna göre ülkemizde ortalama sigaraya başlama yaşı 17 ve düzenli sigara içmeye 18 yaşında önce başlama sıklığı %57,5 olarak bildirilmiştir (GATS, 2016, Öntaş ve Aslan, 2016). Sonuçlarımız Türkiye verileri ile oldukça benzerdir. Aslında ülkemizde 18 yaşın altındakilere sigara satışı yasalar ile yasaklanmıştır. Ulaşılan sonuçlar, bu yasağın uygulanmasında problemler olduğuna işaret etmektedir. Bu verileri, ülkemizde sigara ile tanışma yaşının oldukça erken olduğu şeklinde de yorumlayabiliriz. Bu durum, kişilik yapısının gelişmeye başladığı ergenlik döneminde gençlerin sigaraya başlama konusunda risk altında olduğunu ve sigara karşıtı politikalarda bu grubun özellikle hedef alınması gerektiğini göstermektedir. Zira ergenlik döneminde sigarayı deneyenlerde bağımlı olma ihtimali de oldukça yüksektir. Ayrıca, bu veriler tıp fakültesi öğrencilerinin %60’ında sigaraya başlama nedeninin, tıp eğitim hayatı ile ilişkili özellikler değil, toplumsal risk faktörleri

olduğuna işaret etmektedir. Bu yorumu destekleyecek şekilde, çalışmamızda öğrencilerin yaklaşık %30'unda sigara içmeye başlama sebebi yakın arkadaşların ve ailenin etkisi olarak bulunmuştur. Bu sonuçları diğer bir açıdan yorumlar isek, öğrencilerin %40'ı sigara içmeye tıp fakültesi yıllarında, yani sigara ve zararları hakkında daha fazla bilgi edinmiş olmaları gereken dönemde ve toplum açısından örnek teşkil etmeye başladığı süreçte başlamıştır. Bu durum, tıp eğitimi içerisinde erken dönemlerde sigaranın zararları ve bağımlılık konusuna daha fazla önem verilmesi gerekliliğine ve kurum bazında tıp fakültesi öğrencilerinin de ilk yıllardan itibaren sigara bırakma politikalarında hedef kitle olarak tespit edilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Çalışmamızda, sigara içen öğrencilerde sigara içmeye başlama sebebi olarak en sık tespit edilen faktör stres ve üzüntü idi. Bunu 'yakın arkadaşlar' ve 'merak, özentî' takip etmekteydi. Bu veriyi, öğrencilerin büyük bölümünün fakülte yıllarından önce sigaraya başlamış olması durumu ile birlikte değerlendirmek daha isabetli olacaktır. Bu süreçte, başta üniversite sınavına hazırlık stresi olmak üzere, ergenlik döneminin etkisiyle aile ile fikir ayrılıklarının başlaması ve sosyal çevrenin karakter ve davranışlar üzerine etkisinin artması gibi faktörler bir araya gelmektedir. Çalışmamızda, bu faktörler öğrencilerin sigara içmeye başlama sebeplerinin %80'ini oluşturmaktadır. Sonuçlarımıza benzer şekilde, Marakoğlu ve arkadaşlarının 2006 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi'nde birinci sınıftan beşinci sınıfa kadar öğrenim gören tıp fakültesi öğrencileriyle yaptığı çalışmada da tıp fakültesi öğrencilerinde sosyal faktörler, stres, kaygı ve özentî sigaraya başlama sebeplerinin %90'ına tekabül etmiş (Marakoğlu ve ark., 2006). Bu durum, ülke olarak sigara ile mücadelede daha iyi noktalara gelmek için, toplumun büyük bölümünün sigara içmeye başladığı lise yıllarının önemine işaret etmektedir. İnsanların sigaraya başlamasına engel olabilmek, bir bağımlılık olan sigarayı bıraktırmaktan daha kolay, daha ucuz ve daha etkili yöntem olarak kabul edilebilir. Bu sebeple, özellikle lise döneminde öğrencilerin sınav kaygısının azaltılması, sigara ve zararları konusunda daha etkin eğitimler verilmesi ve bunların müfredata dahil edilmesi, 18 yaşından küçüklere sigara satış yasağının etkin bir şekilde uygulanması gibi tedbirler anahtar role sahiptir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaklaşık yarısı sigara içmeyi denemiş ve beşte biri halen sigara içmekteydi. Bağımlılık yapma ihtimali olan maddeleri deneyimlemek, bağımlı olma yolunda atılan ilk ve en önemli adımdır. Aslında, çalışmamızda sigara deneyimle sıklığının yüksek olması hem halen sigara içme sıklığının nispeten yüksek olmasının bir sebebi hem de gelecekte olası sigara içme artışı açısından bir risk faktörü olarak değerlendirilebilir.

Çalışmada öğrencilerin %1,2'si elektronik sigara içmekteydi. Balogh ve arkadaşlarının, 2014 yılında Almanya ve Macaristan'da dört tıp fakültesinin bir, üç ve beşinci sınıflarında okuyan 2925 öğrenci ile yaptıkları çalışmada, bu sıklık %0,9 bulunmuş (Balogh ve ark., 2018). Kutlu ve arkadaşlarının 2017-2018 eğitim yılında Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesinde birinci sınıftan altıncı sınıfa kadar eğitim gören 993 öğrenci ile yaptıkları çalışmada ise bu sıklık bizim çalışmamıza benzer olarak %1,6 bulunmuştur (Kutlu ve ark., 2019). Ülkemizde özellikle son bir yıl içerisinde elektronik sigara kullanımının arttığı göze çarpmaktadır. Son dönemlerde sigara vergilerindeki artış, bu cihazların maliyetinin nispeten daha az olması ve internet üzerinden bu cihazlara ulaşımın kolay olması bu duruma katkıda bulunan faktörler olarak sıralanabilir. Bununla birlikte, Şubat 2020'de yayınlanan Cumhurbaşkanlığı kararnamesi ile bu cihazların ve likitlerinin ithalatı yasaklanmıştır. İlerleyen dönemlerde, bu cihazların kullanım sıklığının çok düşük seviyelere inmesi beklenmektedir.

Çalışma sonuçlarında dikkat çekici bir husus da sigara kullanımına yakın olarak, öğrencilerin %14,9'unun nargile kullanmasıdır. Balogh ve arkadaşlarının çalışmasında nargile kullanan öğrenci sıklığı %4,8 olarak bildirilmiştir (Balogh ve ark., 2018). Ülkemizde de üniversite öğrencilerinde nargile kullanım sıklığıyla ilgili farklı çalışmalar yapılmıştır. Aktaş ve arkadaşlarının İstanbul'da bir devlet üniversitesinde 94 tıp fakültesi öğrencisinin katılımıyla yaptıkları çalışmada bu sıklık %34 olarak bildirilmiştir (Aktaş ve ark., 2018). Buna benzer olarak 2008-2009 eğitim döneminde Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinin ilk yılında öğrenim gören 360 tıp fakültesi öğrencisiyle yapılan çalışmada nargile içme sıklığı %28,6 olarak bildirilmiştir (Poyrazoğlu ve ark., 2010). Kutlu ve arkadaşlarının 2017-2018 eğitim yılında Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesinde eğitim gören 993 öğrenci ile yaptıkları çalışmada ise nargile kullanım sıklığı %9,5 bulunmuştur (Kutlu ve ark.,

2019). Nargile, daha çok Ortadoğu bölgesinde tüketilen bir tütün ürünüdür ve sigara ile benzer risklere sahiptir. Ancak, nargilede ortak hortum (marpuç) ve bazen ortak ağızlık kullanılması, başta tüberküloz ve herpes olmak üzere enfeksiyon hastalıkları açısından ciddi riskler getirmektedir ve bu durum son yıllarda Sağlık Bakanlığı'nın kamu spotlarında etrafıca yer almaktadır. Bununla birlikte artan nargile kafe sayısı, nargilenin daha da yaygınlaşmasına sebep olmaktadır. Bu konunun, tıp fakültelerinin ilk yıllarında verilmesi gereken tütün ile mücadele eğitim müfredatına dahil edilmesi önem arz etmektedir.

Çalışmaya dahil edilen öğrenciler arasında puro (%1,9), pipo (%0,4) ve çiğneme tütün (%0,1) kullanım durumu düşük düzeylerde bulunmuştur. Bu ürünler ülkemizde yaygın kullanılan tütün ürünleri değildir. Çilekar ve arkadaşlarının 2018 yılında Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde birinci sınıftan altıncı sınıfa kadar öğrenim gören 516 öğrenci ile bildirdikleri çalışmada, katılımcıların %17,1'i sigara, %10,1'i nargile, %0,6'sı elektronik sigara, %1,9'u puro, %0,8'i pipo kullanmaktaydı (Çilekar ve ark., 2019). Verilerimizin bu çalışma ile uyumlu olduğu yorumu yapılabilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %65'i daha önce sigarayı bırakmayı düşündüğünü ve geçen yıl içerisinde %46'sının bırakmayı denediği belirlendi. Ayrıca, %53'si 6 ay ve %35'i 1 ay içerisinde sigara bırakmayı düşündüğünü ifade etti. Bu sonuçları iki şekilde yorumlayabiliriz. İlk olarak, sigara ve zararları konusunda eğitim almış ve mezuniyet sonrası hastalara bu konuda eğitim verebilecek pozisyonda olması gereken tıp fakültesi öğrencileri arasında geçmişte ve gelecekte sigarayı bırakma düşüncesi ve teşebbüsünün çok daha yüksek olması gerekmektedir. Bu durum fakülte yıllarında alınan eğitimin ve sigarayı bırakma konusunda teşvik edilme durumunun yetersiz olduğunu düşündürmektedir. İkinci olarak, öğrencilerin yaklaşık üçte ikisinde sigara bırakma düşüncesi olması ve yaklaşık yarısında sigara bırakma teşebbüsü olması, bu gruba yeterli eğitim ve sigara bırakma konusunda psikolojik ve medikal destek sağlanması durumunda çok sayıda öğrencinin potansiyel olarak sigarayı bırakabileceğini düşündürmüştür. Çalışmamızda sigarayı bırakmayı deneyen öğrencilerin bu kararlarında, üniversitede alınan eğitimlerin etkisi sadece %16'dır. Bu durum da diğer veriler ile uyumlu olacak şekilde, fakülte yıllarında verilecek sigara karşıtlığı eğitimlerinin önemine işaret etmektedir. İlginç

olarak, çalışmamızda sigara bırakmayı deneme nedeni olarak en sık ‘özel bir nedeni yok’ cevabı alınmıştır. Bu durum, öğrencilerin sigara bırakma konusunda bilinç düzeyinde yeterli ikna olmadan girişimde bulunduğunu veya bu öğrencilerin bağımlılık puanlarının düşük olup sigara bırakmaya niyeti olan öğrenciler olduğunu düşündürmektedir. Zira çalışmamızda genel olarak öğrencilerin bağımlılık puanı düşük bulunmuştur. Öğrencilerin %39’unda sigarayı bırakma deneme sayısının 2 ve üzerinde olması, diğer bir ifade ile tekrarlayan başarısızlık sayısının yüksek olması da öğrencilerin sigara bırakmaya tam hazır olmadıklarını desteklemektedir.

Sigara bırakma konusunda yardım alma isteği ve bu yardımı sağlık çalışanlarından talep ederek gerekli durumlarda ilaç desteği almak sigara bırakma başarısına katkı sağlayan önemli faktörlerdir. Çalışmamızda yardım alma isteği (%18) ve sağlık çalışanlarından yardım alma sıklığı (%13,7) oldukça düşüktür. Gün içerisinde genel olarak hastane ortamında bulunan ve sağlık çalışanlarına kolayca ulaşma imkanı olan bu grupta, özellikle yardım almanın bu kadar düşük olması dikkat çekicidir. Bu durum, öğrencilerin sigara bırakma yöntemleri ve sağlık çalışanlarının rolü hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadıklarını düşündürmüştür. Bu durumun diğer bir açıklaması ise, bağımlılık düzeyi düşük olan bireylerde yardım alma isteğinin düşük olması olabilir. Çalışmamızda nikotin bağımlılık düzeyinin düşük olması bu yorumu desteklemektedir. Ayrıca, öğrenciler kendilerini hali hazırda sağlık sisteminin içerisinde hissediyor ve bu durumla kendi başlarına baş edebileceklerini düşünüyor olabilirler.

Öğrencilerde sigara bırakma denemelerinde fakülte öncesi alınan eğitimlerin etkisi %0,8 gibi çok düşük oranda bulundu. Bu durum, sigara ve zararları konusunda ilk ve ortaöğretim düzeyinde eğitimlerin yetersiz ve etkisiz olduğuna işaret etmektedir. Zira, tıp fakültesi öğrencilerinin %60’ının fakülteye başlamadan önce sigara içiyor olmaları bu durumu desteklemektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün önerdiği MPOWER politikalarında özellikle sağlık çalışanlarından hastalarına sigarayı bırakmayı tavsiye etmeleri önerilmektedir (M-Power, 2008). Bizim çalışmamızda, sigara bırakmayı deneme nedenleri arasında doktor veya sağlık çalışanlarının önerisi ile girişimde bulunan öğrenci yüzdesi oldukça düşüktür (%4,4). Çalışma grubunun genç olması, kronik hastalık oranının oldukça düşük olması ve bunların neticesinde hasta olarak sağlık kuruluşuna başvurma sıklığının düşük

olması bu duruma katkıda bulunan faktörler olarak sıralanabilir. Ayrıca tıp öğrencilerinin kendi kendilerine sigara içme sorunlarıyla baş edebileceklerini düşünmüş olmaları da bunda etkili olmuş olabilir.

Yapılan çeşitli araştırmalar sigara içenlerin %40'ının her yıl sigara bırakmayı denediklerini göstermiştir. Fakat bu kişilerin pek çoğu profesyonel bir yardım almadıkları takdirde tekrar sigara kullanmaya başlamaktadır (Ingoglia ve ark., 2010). Sigarayı bırakma isteği ile herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuran hasta öncelikli olarak sigara bırakma dönemine hazırlanmalıdır. Bu sebeple öncelikle kişinin sigara bağımlılığının tanısı gerekli olup, tanı konulduktan sonra hastanın hazırlık dönemine geçilmelidir. Bu dönemlerin tasnifi için transteorik modelden faydalanılabilir (Prochaska ve Diclemente, 1983). Transteorik Modele göre sigara içen öğrencilerin %31'i sigara bırakmayı (6 ay içerisinde) düşünüyordu ve %34'ü hazırlık aşamasında (1 ay içerisinde) idi. Diğer bir ifade ile öğrencilerin yaklaşık %65'i sigara bırakmaya eğilimliydi. Bu modele göre hazırlık aşamasında olan öğrencilere özellikle sigara bırakma desteği verilmesi tütün ile mücadelede başarıyı arttıracaktır. Sigara bırakmayı düşünmelerine rağmen öğrencilerin yardım alma isteğinin düşük olması burada tekrar dikkat çekmektedir. Öğrencilerin tıp fakültesi'nde okuyor olması kendi başlarına bu durumun üstesinden gelebilecekleri düşüncesine sebep olmuş olabilir.

Sigarayı bırakan öğrenciler, bırakma nedeni sorusuna en sık özel bir nedeni yok cevabını vermişlerdi (%20). Bunu ailenin etkisi (%14), sağlık problemleri (%14) ve üniversitede alınan eğitimler (%14) takip etmekteydi. Üniversitede alınan eğitimlerin etkisinin bu derece az olması, verilen eğitimin yeterli düzeyde etkili olmadığını düşündürmektedir. Sigara bırakma yöntemleri arasında olan medikal tedavilerden sadece nikotin bandı öğrencilerin az bir kısmında (%4,4) tercih edilmiştir. Nikotin replasman tedavilerinden daha etkili olduğu gösterilen vareniklin ve bupropion etken maddelerinin hiç kullanılmamış olması dikkat çekicidir. Bu öğrencilerin sigara bırakma dönemlerinde bu ilaçların ulaşılabilirliği (örn; geri ödeme kapsamı, ücretsiz temin) ve daha önemlisi öğrenciler arasında tıbbi yardım/öneri ile sigara bırakma sıklığının (%4,4) oldukça düşük olması bu durumun olası sebepleri olarak değerlendirilmiştir.

Ülkemizde tütün ile etkin mücadelenin başladığı 2000’li yıllarda tüm nüfusun yaklaşık %37’si sigara içmekte iken, alınan önlemler neticesinde sigara içme prevalansı 2012 yılında %27,1’e kadar düşmüştür. Ancak, 2012 yılından 2016 yılına gelindiğinde bu sayının hem erkeklerde hem de kadınlarda artarak genel nüfusta %31,6’ya yükseldiği görülmüştür. Bu artışın sebebinin açığa kavuşturulması ve gerekli önlemlerin alınması ile tekrar sigara içme prevalansında düşüşe geçilmesi mümkündür. Yıllar içerisinde vatandaşların sigara ve sigara bırakma konusundaki tutum ve davranışlarını incelemek gerekmektedir. Bu amaçla, 2012 ve 2016 yıllarında yayınlanan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması raporları karşılaştırıldığında; Türkiye’de sigara bırakma sıklığının %27,2’den %13,6’a, sağlık çalışanlarının bırakma tavsiyesi yapmasının %42,9’dan %40,1’e, sigara bırakmayı düşünmenin %55,2’den %32,8’e, televizyon ya da radyoda sigara karşıtı uyarı görmenin %92,0’dan %73,7’e, sigara paketleri üzerinde sağlık uyarısı görmenin %94,3’den %83,3’e gerilediği, ama sigara satış mağazalarında reklam görmenin %4,0’dan %6,2’e ve satış mağazası dışında sigara reklamı görmenin %14,1’den %16,2’e yükseldiği görülmektedir (GATS, 2016, Öntaş ve Aslan, 2016). Bizim çalışmamızda, öğrencilerin %60’ı medyada sigaranın zararları hakkında yeterince yayın yapıldığını düşünmekteydi ve bu sayı toplumun genelinden bir miktar daha düşüktü. Fakülte yıllarında alınan eğitim neticesinde öğrencilerin bu konuda daha hassas düşünmüş olabilirler ve topluma göre algıda seçicilik oranının daha yüksek olabileceği yorumu yapılabilir.

Çalışmamızda, öğrencilerin büyük bir kısmı (%60) kapalı ortamlarda sigara içme yasağına uyulmadığını ifade etmişlerdi. 2016 KYTA verilerine göre, halka açık kapalı ortamlardan olan kafelerde sigara dumanı maruziyeti sıklığı %28, restoranlarda %12,7 ve devlet binalarında %4,7 olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızın verileri ülke verilerinden oldukça yüksektir. Medyada yeterince sigara karşıtı yayın yapılması ve kapalı ortamlarda sigara içme yasağı başlıkları birlikte değerlendirildiğinde, kamu otoritesi olan devlet eliyle sigara karşıtı propagandanın artırılması ve yasakların daha sıkı denetlenmesi gerektiği sonucu çıkarılabilir. Bu konuda gerekli girişimlerin yapılmaması neticesinde ülke genelinde artan sigara içme sıklığının, meslek hayatlarında sigara ile mücadelede örnek pozisyonda olacak tıp fakültesi öğrencilerinde daha da artacağı gerçeği unutulmamalıdır. Bu durumun,

uzun vadede sigara ile mücadelede ülkemizin elini zayıflatacak en önemli faktörlerden biri olarak değerlendirilmesinin gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %7,9’unda kronik hastalık öyküsü mevcuttu. Çalışmada genç bir grup değerlendirildiği için kronik hastalık sıklığı düşük bulundu. Bu beklenen bir durumdur, zira yaş ilerledikçe kronik hastalıkların ortaya çıkma ihtimali artmaktadır.

Öğrencilerin okudukları sınıflara göre sigara içme durumları incelendiğinde en yüksek sigara içme sıklığı 5. sınıfta idi. Genel olarak tıp fakültesinde 5. sınıfta staj yükünün ve bununla ilişkili olacak şekilde sınav stresinin fazla olması bu duruma katkıda bulunan bir faktör olarak değerlendirilebilir. Sınıf değerlendirmesinde dikkat çeken bir husus da 1. sınıftan 2. sınıfa geçişte sigara içme sıklığının yaklaşık %5 artmasıdır. Bu durum tıp fakültesine başlar başlamaz sigara ve zararları konusunda öğrencilere eğitim verilmesinin önemine işaret etmektedir. Ayrıca, yeni bir eğitim sistemine başlamanın ve bazı öğrenciler için aileden uzaklaşmanın stresi ve yeni, daha özgür bir sosyal çevre içine girmenin de bu duruma katkısı olmuş olabilir. Tıp fakültesine başlama ve bitirme arasında sigara içme durumlarını kıyasladığımızda yaklaşık %4’lük bir artış görmekteyiz. Marakoğlu ve arkadaşlarının 3 farklı tıp fakültesi’nde okuyan 1170 öğrenci ile bildirdikleri çalışmada da bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bildirilmiştir (Marakoğlu ve ark., 2012). Bu durumla ilişkili olabilecek şekilde sigara içme sıklığını yaş gruplarına göre değerlendirdiğimizde, yaş arttıkça sigara kullanımının arttığı görülmektedir. Özellikle 23 yaş ve üzeri grupta anlamlı düzeyde sigara içme sıklığı artmaktadır (Marakoğlu ve ark., 2012).

Öğrencilerin ikamet yerlerine göre sigara içme durumları değerlendirildiğinde, en yüksek sigara kullanımı tek başına evde kalanlarda, en düşük ise ailesiyle veya akrabalarıyla kalanlarda görüldü. Tek başına evde kalan öğrenciler, ailesiyle birlikte yaşayanlara göre 2 kat daha fazla sigara içmekteydi. Bu durum sosyal desteğin daha az olduğu yalnız yaşama gibi durumların sigara içme sıklığını artırdığını düşündürmüştür. Bu durumu destekleyecek şekilde, aile yapılarına göre en yüksek sigara içme sıklığı parçalanmış aileye sahip öğrencilerde tespit edildi. İkamet yerlerine göre ikinci sırada arkadaşıyla kalanlar yer almaktaydı

ki bu durum yakın sosyal çevrenin etkisine işaret etmektedir. Zira, sigara içenlerin oda arkadaşlarının ve en yakın arkadaşlarının da sigara kullanımının daha yüksek olduğu tespit edilmişti. Dahası en yakın arkadaşın sigara içmesi, sigara içme riskini 9,1 kat, oda arkadaşının sigara içmesi ise riski 5,8 kat artırmaktaydı. Çalışmamızda, yakın çevrenin sigara içme davranışı üzerine olumsuz etkisini gördüğümüz diğer bir veri de baba ve kardeşleri sigara içenlerde sigara kullanımının daha yüksek bulunmasıdır. Verilerimizle uyumlu olacak şekilde, Çilekar ve arkadaşlarının 516 tıp fakültesi öğrencisi ile bildirdiği çalışmada, sigara içenlerin 16'sının (%25) annesinin, 29'unun (%19.3) babasının, 22'sinin (%31.4) 1 kardeşinin, 12'sinin (%32.4) 2 kardeşinin, 3'ünün (%14.3) 3 kardeşinin sigara içtiği bildirilmiş. Sigara içen öğrencilerin 71'inin (%83.5) en yakın arkadaşı, 29'unun (%31.2) ise ev arkadaşı da sigara bağımlısı olduğu tespit edilmiş (Çilekar ve ark., 2019). Kutlu ve arkadaşlarının 2017-2018 eğitim yılında Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesinde birinci sınıftan altıncı sınıfa kadar eğitim gören 993 öğrenci ile yaptıkları çalışmada da bizim çalışmamızla uyumlu olacak şekilde annenin sigara içmesi öğrencinin sigara içmesini etkilemez iken babanın, kardeşlerin, en yakın arkadaş çevresinin sigara içmesi etkili bulunmuş (Kutlu ve ark., 2019).

Öğrencilerin sigara içme alışkanlığına göre bağımlılık yapıcı madde ve alkol tüketme alışkanlıklarını değerlendirdiğimizde, sigara içen ve bırakanlarda hiç içmeyenlere göre bu maddelerin daha yüksek oranda kullanıldığı görüldü. Bir şekilde sigaraya bulaşmış kişilerde bağımlılık yapıcı madde kullanma sıklığının fazla olduğu düşünüldü. Bağımlılıkla mücadele çalışmalarında temel prensip koruma ve önlemedir. Yürütülen koruyucu önleyici çalışmalarla başta çocuk ve gençler olmak üzere tüm bireylerin tütün ürünü kullanımına başlamalarının önlenmesi temel prensiptir. Tütün kullanımı diğer bağımlılık yapıcı maddelere geçiş açısından bir basamaktır. Tütün ürünü kullanımının önlenmesi ile diğer bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımının önüne geçilmesine yönelik en önemli birincil önleme faaliyeti yürütülmüş olacaktır.

Depresif hastalıklar önemli bir halk sağlığı konusudur ve bu hastalıkların dünya nüfusunun yaklaşık %4'ünü etkilediği düşünülmektedir (Bert ve ark., 2020). Yakın zamanda yapılan çalışmalarda, tıp fakültesi öğrencisi olmak ve depresif semptomlar arasındaki ilişki dikkat çekmiştir ve tıp fakültesi öğrencilerinin yüksek

riskli popülasyonda olduğu anlaşılmıştır. Dünya genelinde tıp fakültesi öğrencilerinde depresif semptom prevalansı %27, Avrupa bölgesinde ise %20,1 olarak bildirilmiştir (Tam ve ark., 2019). Ancak, çalışmalarda kullanılan sınıflandırma ölçeklerinin farklı olması ve kesme değerlerinin standardize olmaması nedeniyle farklı sonuçlar bildirilmektedir. Çalışmamıza katılan öğrencilerin %17,5'inde depresif semptomlar mevcuttu. Marakoğlu ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmada, BDÖ skoru 17 ve üzeri olan öğrenci sıklığı %13,4, Bostancı ve arkadaşlarının Pamukkale Üniversitesi öğrencileri ile yaptıkları çalışmada %26,2, Güleç ve arkadaşlarının askeri tıp öğrencilerinde bildirdiği çalışmada ise olarak %34,8 bildirilmiştir (Bostancı ve ark., 2005, Güleç ve ark., 2005, Marakoğlu ve ark., 2012). Bizim üniversitemizde tıp fakültesi öğrencilerinde 2006 yılında Marakoğlu ve arkadaşları tarafından bildirilen çalışmada, depresyon prevalansı %19 olarak bildirilmiştir. Clark ve arkadaşlarının ABD'den bildirdikleri bir çalışmada ilk dört sınıfta okuyan tıp fakültesi öğrencilerinin %12'sinde depresif semptomların olduğu (BDÖ kesme değeri; 14 ve üzeri) ve ikinci sınıfın sonunda bu sayının %25'e çıktığı bildirilmiştir (Clark ve Zeldow, 1988). Öğrenciler depresyon semptomatolojisine göre değerlendirildiğinde, özellikle 1., 2. ve 3. sınıfta depresyon semptomu olan kişi prevalansı yüksek iken (yaklaşık %23), ilerleyen sınıflarda azaldığı ve 6. sınıfta anlamlı düzeyde düşük (%9) olduğu tespit edildi. Bu durum ile uyumlu olacak şekilde yaş ilerledikçe depresif semptomu olma sıklığı düşmekteydi. Clark ve arkadaşları ile Güleç ve arkadaşlarının bildirdikleri çalışmalarda, ilk iki yıl içerisinde depresyon sıklığı iki kat yüksek bulunmuş (Clark ve Zeldow, 1988, Güleç ve ark., 2005). Marakoğlu ve arkadaşlarının bildirdiği çalışmada, tıp fakültesi ikinci sınıf öğrencilerinde depresyon sıklığı en yüksek (%22,2) diğer sınıflarda anlamlı düzeyde düşük bulunmuş ve bu durumun ikinci sınıf ders programının yoğunluğu ile ilişkili olabileceği yorumu yapılmış (Marakoğlu ve ark., 2012). Bizim çalışmamızda ilk 3 yıl depresyon sıklığının yüksek olmasını derslerin yoğunluğu, yeni bir eğitim sistemine geçiş ve özellikle aileden ayrı kalma ile ilişkilendirebiliriz. Zira ilk üç yıl boyunca depresyon prevalansı tedrici olarak artmaktaydı, öğrencilerin yaklaşık %85'i ailesinden ayrı ikamet etmekteydi ve muhtemelen sosyal destekten mahrum kalmışlardı. Bu yorumu destekleyecek şekilde, ailesiyle ve eşiyle yaşayanlar ile arkadaşlarıyla kalan öğrencilerde depresif semptomu olma sıklığı daha düşük bulundu. Bu durum, sosyal dayanışmanın depresyon karşısında önleyici etkisine

işaret etmektedir. Bu durumu destekleyecek şekilde evli olanlarda bekarlara göre depresif semptom sıklığı anlamlı düzeyde düşük bulundu. Öyle ki, evli olanlarda depresif semptomu olan öğrenci yoktu.

Çalışmamızda, sigara içen öğrencilerde depresif semptom sıklığı (%26,3), sigara içmeyenlere (%15,1) göre daha yüksekti. Depresyon semptomatolojisi riski, sigara içen öğrencilerde, içmeyenlere göre 2 kat daha fazla bulundu. Öğrencilerin günlük sigara tüketimine göre depresif semptom varlığı değerlendirildiğinde, sigara adeti arttıkça depresif semptom sıklığının arttığı görüldü. Marakoğlu ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencileri ile bildirdikleri çalışmada, sonuçlarımız ile uyumlu olacak şekilde, sigara içenlerde (%24,2) içmeyenlere (%10,5) göre depresyon sıklığı daha yüksek bulunmuş, ancak günlük sigara tüketim miktarı ile depresyon varlığı arasında ilişki gösterilmemiş ($p=0,669$) (Marakoğlu ve ark., 2012). Literatürde, sigara içen öğrencilerde içmeyenlere göre depresif hastalık öyküsü iki kat fazla bildirilmiş. Örneğin, Güleç ve arkadaşlarının 779 askeri tıp fakültesi öğrencisi ile BDÖ ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada, sigara içenlerde içmeyenlere göre depresif semptomlar 2,2 kat fazla bulunmuş. Ayrıca, majör depresyon tanısı olan kişilerde sigara bırakma sıklığı daha düşük bulunmuş (Güleç ve ark., 2005).

Sigara içme, özellikle nedenleri açısından önemli bir psikososyal sorundur. Sigara içenlerde depresyonun yüksek olması ile birlikte, depresyonun bulunması da sigaranın bırakılmasını zorlaştırmaktadır (Marakoğlu ve ark., 2006). Aynı zamanda, depresyon insanların sigara içmeye başlaması açısından önemli bir olası sebep olarak değerlendirilmektedir. Depresyon ve sigara birlikteliği birçok çalışmada bildirilmesine rağmen, depresyonun mu sigara içmeye başlamaya sebep olduğu, yoksa sigara içiyor olmanın mı depresyona sebep olduğu konusu net değildir (Kear, 2002).

Çalışmamızda düzenli egzersiz yapan öğrencilerde depresif semptom sıklığı daha düşük bulundu. Benzer şekilde, Küçükdağ ve arkadaşlarının Düzce Üniversitesi Tıp fakültesi 4, 5 ve 6. sınıf öğrencisi 222 kişi ile bildirdikleri çalışmada depresif semptom sıklığı ($BDÖ \geq 17$) %14,9 tespit edilmiş ve yeterli fiziksel aktivite düzeyi olanlarda BDÖ puanı daha düşük bulunmuş (Küçükdağ ve ark., 2018). İtalya'dan

bildirilen bir çalışmada, 12 farklı tıp fakültesi'nde okuyan 2513 öğrencinin depresif semptomları BDÖ ölçeği ($BDÖ \geq 14$) ile değerlendirilmiş ve depresif semptom prevalansı %29,5 olarak bulunmuş. Depresif semptom varlığı açısından, düzenli egzersiz yapmama, kronik hastalık öyküsü, yaş, kadın cinsiyet ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü risk faktörleri olarak bildirilmiş (Bert ve ark., 2020). Bu çalışmaya benzer şekilde, bizim çalışmamızda da kronik hastalık tanısı olanlarda depresif semptom sıklığı yaklaşık 2 kat daha yüksek bulundu.

Sonuç olarak, önlenebilir bir halk sağlığı sorunu olan sigara bağımlılığının azaltılmasında başarılı olmak için insanların sigaraya başlamaması konusunda örnek pozisyonda olacak ve sigara içenlerin bırakmasında rol alacak hekimler arasında sigara içme sıklığının en düşük seviyelerde tutulması anahtar role sahiptir. Ülkemizde de sigaraya karşı etkin mücadele yapabilmek için sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları ve sigara bırakmaya karşı olan tutumlarının bilinmesi önem arz etmektedir. İlgili çalışmaların özellikle birinci sınıfta yapılması hekim adaylarının sigara ile ilgili doğru tutumu erken bir dönemde geliştirmelerine katkı sağlayacaktır. Bu açıdan çalışmamız önem arz etmektedir. Ancak, bu çalışmaların dinamik bir şekilde belirli aralıklar ile tekrar edilmesi gerekmektedir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

1. Çalışmamıza katılan tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme sıklığının %21,4, erkeklerde %34,6, kadınlarda %11,4 olduğu ve bu değerlerin ülke genelinde bu yaş dilimindeki gençlerin sigara içme sıklıklarıyla benzer olduğu bulundu. Çalışmamıza ait sigara içme sıklığı, hem Türkiye’de hem de dünya genelinde tıp fakültesi öğrencileri arasında sigara içme sıklığında orta sıralarda bulundu.

2. Çalışmamıza katılan tıp fakültesi öğrencilerinin günlük içtiği sigara adedi Türkiye ortalamasından oldukça düşüktü.

3. Çalışmaya katılan öğrencilerin yarısından fazlası ‘light’, ‘slim’ ve ‘mentollü’ gibi sigara formlarını tercih etmekteydi.

4. Çalışmamıza katılan öğrencilerin en çok arkadaşlarıyla beraber iken sigara içtikleri tespit edildi. Bu durum, ‘arkadaş ortamı’ olarak da tanımlanan sosyal çevrenin sigaraya başlamanın yanında, sigara içme sıklığı ve sigara içmeye devam üzerine olası etkilerine işaret etmektedir.

5. Çalışmamızda, öğrencilerin büyük çoğunluğu tıp fakültesine başlamadan önce sigara içmeye başlamıştı. Sigaraya başlama yaşı ortalaması ülke ortalaması ile benzer şekilde hesaplandı. Bu sonuçlar 18 yaş altı sigara satış yasağın uygulanmasında problemler olduğuna işaret etmektedir.

6. Öğrencilerin %40’ı sigara içmeye tıp fakültesi yıllarında, yani sigara ve zararları hakkında daha fazla bilgi edinmiş olmaları gereken dönemde ve toplum açısından örnek teşkil etmeye başladığı süreçte başlamıştı.

7. Çalışmamızda öğrencilerin sigara içmeye başlama sebepleri değerlendirildiğinde ağırlıklı olarak yakın arkadaşların ve ailenin etkisi olduğu bulundu.

8. Öğrencilerin sigara kullanımına yakın oranda, bir tütün ürünü olan nargile kullanması dikkat çekiciydi.

9. Çalışmaya katılan öğrencilerin %65'i daha önce sigarayı bırakmayı düşünmüş ve geçen yıl içerisinde %46'sı bırakmayı denemişti. Sigara ve zararları konusunda eğitim almış olması gereken tıp fakültesi öğrencileri arasında geçmişte ve gelecekte sigarayı bırakma düşüncesi ve teşebbüsü olma oranının çok daha yüksek olması gerekmektedir. Çalışmamızda sigara bırakmayı deneyen öğrencilerin bu kararlarında, üniversitede alınan eğitimlerin etkisinin az olduğu görülmekteydi.

10. Çalışmamızda, sigara bırakmak için yardım alma isteği ve sağlık çalışanlarından yardım alma sıklığı oldukça düşük bulundu.

11. Çalışmamızda, sigara bırakmayı deneme nedenleri arasında doktor veya sağlık çalışanlarının önerisi ile girişimde bulunan öğrenci sıklığı oldukça düşüktü.

12. Sigara bırakma yöntemleri arasında olan medikal tedavilerden sadece nikotin bandı öğrencilerin az bir kısmında tercih edilmişti. Nikotin replasman tedavilerinden daha etkili olduğu gösterilen vareniklin ve bupropion etken maddelerinin hiç kullanılmamış olması dikkat çekicidir. Öğrenciler genellikle medikal tedavi almadan sigara kullanmayı bırakmışlardı.

13. Öğrencilerin okudukları sınıflara göre sigara içme sıklıkları incelendiğinde en yüksek sıklığın 5. sınıf öğrencilerinde olduğu bulundu. Tıp fakültesine başlama ve bitirme arasında sigara içme oranları kıyaslandığında yaklaşık %4'lük bir artış saptandı.

14. Öğrencilerin ikamet yerlerine göre sigara içme durumları değerlendirildiğinde, birinci sırada tek başına evde kalanlarda, en son sırada ise ailesiyle veya akrabalarıyla kalanlarda bulundu.

15. öğrencilerin sigara içmesinde yakın çevrenin etkisinin büyük olduğu özellikle babası veya kardeşleri sigara içenlerde sigara içme sıklığının daha yüksek olduğu bulundu. En yakın arkadaşın sigara içmesi, sigara içme riskini 9,1 kat, oda arkadaşının sigara içmesi ise riski 5,8 kat artırmaktaydı.

16. Sigara içen ve bırakanlarda hiç içmeyenlere göre bağımlılık yapıcı madde ve alkol kullanımının daha yüksek olduğu bulundu.

17. Çalışmamıza katılan öğrencilerin %17,5'inde depresif semptomlar mevcuttu.

18. Özellikle 1., 2. ve 3. sınıfta depresyon semptomu olan öğrenci sıklığı yüksek iken, ilerleyen sınıflarda depresyon semptomatolojisi sıklığının azaldığı ve 6. sınıfta anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edildi.

19. Çalışmamızda, sigara içen öğrencilerde depresif semptom sıklığı, sigara içmeyenlere göre daha yüksekti. Ayrıca, alkol kullanımı olanlarda depresif semptom sıklığı daha yüksek bulundu.

6.2. Öneriler

1. Tıp fakültesi öğrencilerinin özellikle lise döneminde sigara içmeye başlamaları sebebiyle bu dönemlerde hem okulda hem de aile içinde sigaraya başlamalarının engelleyici tedbirlerin alınması önerilebilir.

2. Çalışmamızda ara sıra sigara içme sıklığı nispeten yüksek olduğu için bu kitlenin sigara bırakma destek ve eğitim programlarında hedef alınarak sigarayı bırakmaları sağlanır ise tıp fakültesi öğrencileri arasında sigara içme sıklığı çok daha düşük seviyelere indirilebilir.

3. Sigara raflarında ürün çeşitliliğinin azaltılması ve tek paket uygulaması sigara kullanım sıklığını azaltabilir.

4. Sigara bırakma tedavi modalitelerinde tedavi hedef kitlesine, başta sigara içen en yakın arkadaş olmak üzere sosyal çevrenin de dahil edilmesi, sigara bırakmayı kolaylaştırıcı bir faktör olarak değerlendirilmelidir.

5. Ülkemizde 18 yaşın altındakilere sigara satışı yasağı daha sıkı denetlenmelidir.

6. Öğrencilerin %40'ı tıp fakültesinde sigara içmeye başladığı için tıp eğitimi içerisinde erken dönemlerde tütün ürünlerinin zararları ve bağımlılık konusu anlatılmalı ve kurum bazında tıp fakültesi öğrencileri de ilk yıllardan itibaren sigara

bırakma politikalarında hedef kitle olarak tespit edilmelidir. Bu eğitimlere nargile ve zararları da dahil edilmelidir.

7. Öğrencilerin yaklaşık üçte ikisinde sigara bırakma düşüncesi ve yaklaşık yarısında sigara bırakma teşebbüsü olması nedeniyle, bu gruba yeterli eğitim ve sigara bırakma konusunda psikolojik ve medikal destek sağlanır ise çok sayıda öğrenci sigarayı bırakabilir.

8. Fakülte öncesi alınan eğitimlerin sigara bırakma davranışı üzerinde çok az etkili bulunması nedeniyle, sigara ve zararları konusunda ilk ve ortaöğretim düzeyinde eğitimlerin artırılması gerekmektedir.

9. Sigara bırakma aşamasında medikal tedavilerin daha yaygın kullanılması başarı oranını artırabilir.

10. Öğrencilere sağlanacak sosyal destek programları sigara içme sıklığını azaltabilir.

7. KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association 1996. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *Am J Psychiatry*. 153;1-31.
- Aberle DR, Berg CD, Black WC, et al. 2011. The National Lung Screening Trial: overview and study design. *Radiology*. 258;243-53.
- Akan H, Hayran O, Özcan M , Acar U. 2010. Üniversite Öğrencileri Arasında Sigara İçme Sıklığı: Kesitsel Bir Çalışma. *Türk Aile Hek Derg*. 14;71-6.
- Aktaş A, Hıdıroğlu S , Karavuş M. 2018. Üniversite Öğrencilerinin Nargile İçme Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Fırat Tıp Dergisi*. 23;69-72.
- Akvardar Y, Demiral Y, Ergor G, Ergor A, Bilici M , Akil Ozer O. 2003. Substance use in a sample of Turkish medical students. *Drug Alcohol Depend*. 72;117-21.
- Alberg AJ , Samet JM. 2003. Epidemiology of lung cancer. *Chest*. 123;21-49.
- Ambrose JA , Barua RS. 2004. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: an update. *J Am Coll Cardiol*. 43;1731-7.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. 2013. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Çeviri editörü: Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Anczak JD , Nogler RA, 2nd. 2003. Tobacco cessation in primary care: maximizing intervention strategies. *Clin Med Res*. 1;201-16.
- Arsava A, Demir A, Yüksek Ü, Atalay K, Aydemir A , Çöplü L. 2013. Tıp Fakültesi Öğrencilerindeki Sigara İçme Prevalansı ve Tıp Eğitiminin Etkisi. *Türkiye Klinikleri Arch Lung*. 14;61-5.
- Arslan Y, Pirinççi S, Okyay P , Döğer F. 2016. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinde Sigara Kullanımı ve İlişkili Faktörler. *Meandros Med Dent J*. 17;146-52.
- Aslan D, Bilir N, Özcebe H , Ergüder T. 2008. Türkiye’de sağlık çalışanlarının sigara içme durumları ve etkileyen faktörler. Ankara: Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi.
- Aydın H. 2004. Depresyon Nedir. Bozkurt, A, editor. Ankara: Güneş Kitabevleri.
- Aykut M, Günay O, Öztürk Y, Çıtıl R, Akpınar F , Borlu A. 2009. Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara İçme Durumunun 1985-2005 Yılları Arasındaki Değişimi. *Erciyes Medical Journal*. 31;126-34.
- Balogh E, Faubl N, Riemenschneider H, et al. 2018. Cigarette, waterpipe and e-cigarette use among an international sample of medical students. Cross-sectional multicenter study in Germany and Hungary. *BMC Public Health*. 18;591.
- Barış Yİ. 2009. Tütün Kullanımının Tarihçesi [Online]. Available: http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/Tütün_Kullanımın_Tarihçesi. Erişim tarihi: 07.05.2018.
- Baydemir C, Ozgur EG , Balci S. 2018. Evaluation of adherence to Mediterranean diet in medical students at Kocaeli University, Turkey. *J Int Med Res*. 46;1585-94.

- Baykan Z , Naçar M. 2014. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara kullanımı ve tütün kanununa ilişkin görüşleri. Dicle Tıp Dergisi. 41;483-90.
- Beck GJ, Doyle CA , Schachter EN. 1981. Smoking and lung function. Am Rev Respir Dis. 123;149-55.
- Behr J , Nowak D. 2002. Tobacco smoke and respiratory disease. First ed. D'amato, G, Holgate, S, editors. Sheffield: ERS Journals Ltd. Eur Respir Mon.
- Bert F, Lo Moro G, Corradi A, et al. 2020. Prevalence of depressive symptoms among Italian medical students: The multicentre cross-sectional "PRIMES" study. PLoS One. 15:e0231845.
- Bilir N. 2012. Türkiye'de Tütün Kontrolünün Dünü-Bugünü ve Yarını, HASUDER Türkiye Sağlık Raporu.
- Bilir N , Aslan D. 2005. Dünyada, Türkiye'de ve Hacettepe'de Tütün Kontrolü. Hacettepe Tıp Dergisi. 36;75-9.
- Bostanci M, Ozdel O, Oguzhanoglu NK, et al. 2005. Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates. Croat Med J. 46;96-100.
- Buhl R , Farmer SG. 2005. Future directions in the pharmacologic therapy of chronic obstructive pulmonary disease. Proc Am Thorac Soc. 2;83-93.
- Clark DC , Zeldow PB. 1988. Vicissitudes of depressed mood during four years of medical school. JAMA. 260;2521-8.
- 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;124-31.
- Çilekar Ş, Dumanlı A, Öz G , Gunay E. 2019. Hastanemizde Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tütün Kullanma Durumları. Bozok Tıp Dergisi. 9;22-6.
- Dagtekin G AE, Kilinc a, Eyuboglu M, Eyuboglu D, Unsal a, Arslantas D. 2019. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Cinsiyete Göre Sigara Tüketimi, Algılanan Stres ve Yaşam Kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi.
- Demir B , Okutan M. 2014. Radyoaktif sigara: Tütün ve polonyum-210 + kurşun-210. Türk Onkoloji Dergisi. 29;37-1.
- Di Chiara G. 2000. Role of dopamine in the behavioural actions of nicotine related to addiction. Eur J Pharmacol. 393;295-314.
- DSM-V. 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5 [Online]. Available:<https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>. Erişim tarihi: 07.05.2020.
- Dubey S , Powell CA. 2008. Update in lung cancer 2007. Am J Respir Crit Care Med. 177;941-6.
- Emiroğlu P, Tanerî P, Yapa A, Göksal E, Çakır R , İrgil E. 2014. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara İçme Prevalansı ve Etkileyen Etmenler ile Sigara Yasağına Karşı Düşünceleri. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 40;57-61.
- Erdinç M, Gülmez İ , Yıldız P. 2013. Tütün kontrolü ve sigara bıraktırma tedavisi: Sentez Yayıncılık.

- Ertem M , Çan G. 2014. Türkiye Sağlık Raporu 2014 [Online]. Available: https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/component/booklibrary/119/view_bl/82/sagl-k-yonetimi-ve-sagl-k-politikalar/902/tuerkiye-sagl-k-raporu-2014?tab=getmybooksTab&is_show_data=1&Itemid=119. Erişim tarihi: 15.05.2020.
- Fagerstrom KO , Schneider NG. 1989. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med.* 12;159-82.
- Fidancı İ, Ozturk O , Unal M. 2017. Transtheoretic model in smoking cessation. *Journal of Experimental and Clinical Medicine (Turkey).* 34.
- Fiore MC , Baker TB. 2011. Clinical practice. Treating smokers in the health care setting. *N Engl J Med.* 365;1222-31.
- Fiore Mc JC, Baker Tb,. 2008. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. U.S. Department of Health and Human Services. Rockville, M, editor: Public Health Service.
- Gallopel-Morvan K, Moodie C, Guignard R, Eker F , Beguinot E. 2019. Consumer Perceptions of Cigarette Design in France: A Comparison of Regular, Slim, Pink and Plain Cigarettes. *Nicotine Tob Res.* 21;911-7.
- GATS. 2016. Global Adult Tobacco Survey - Fact Sheet - Turkey 2016 [Online]. Available:<https://nccd.cdc.gov/GTSSDataSurveyResources/Ancillary/DownloadAttachment.aspx?ID=3452>. Erişim tarihi 12.05.2020.
- Güleç M, Bakir B, Ozer M, Uçar M, Kiliç S , Hasde M. 2005. Association between cigarette smoking and depressive symptoms among military medical students in Turkey. *Psychiatry Res.* 134;281-6.
- Günbatar H, Sertoğullarından B , Ekin S. 2014. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerine Uygulanan Sigara Anket Sonuçları. *Van Tıp Dergisi.* 21;29-33.
- Güneş G, Pehlivan E, Eğri M , Genç M. 1997. Turgut Özal Tıp Merkezi Hekim, Hemşire ve Tıp Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı. *Journal of Turgut Özal Medical Center.* 4;407-12.
- Hall SM, Munoz RF, Reus VI , Sees KL. 1993. Nicotine, negative affect, and depression. *J Consult Clin Psychol.* 61;761-7.
- Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC , Fagerstrom KO. 1991. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* 86;1119-27.
- Hisli N. 1989. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi* 7;3-13.
- Ho SY, Alnashri N, Rohde D, Murphy P , Doyle F. 2015. Systematic review and meta-analysis of the impact of depression on subsequent smoking cessation in patients with chronic respiratory conditions. *Gen Hosp Psychiatry.* 37;399-407.
- Hughes Jr FS, Goldstein Mg. . 1996. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry.* 153;1-31.
- Icli F, Caliskan D, Gonullu U, et al. 2014. Fighting against cigarette smoking among medical students: a success story. *J Cancer Educ.* 29;458-62.
- Ingoglia JN, Werner M , Naccho. 2010. Guidelines to help local health departments plan, implement, and evaluate comprehensive tobacco control programs. *J Public Health Manag Pract.* 16;370-2.

- Kabbash IA, Sarsik SM, Kabbash MI, et al. 2018. Perception and practices of tobacco smoking among medical students in the Nile Delta, Egypt. *Environ Sci Pollut Res Int.* 25;30839-46.
- Karlıkaya C , Ozdemir L. 2011. Did unprogrammed tobacco control efforts over seven years decrease smoking prevalence in the medical school? *Tuberküloz ve Toraks Dergisi.* 59;18-26.
- Karlıkaya C, Öztuna F, Solak Z, Özkan M , Örsel O. 2006. Tütün Kontrolü. *Toraks Dergisi.* 7;51-64.
- Kartal M, Mıdık Ö , Büyükakkuş A. 2012. Tobacco Smoking and its Effect on Quality of Life of Medical Students in Ondokuz Mayıs University. *Tur Toraks Der.* 13;11-7.
- Kear ME. 2002. Psychosocial determinants of cigarette smoking among college students. *J Community Health Nurs.* 19;245-57.
- Kosku N, Kosku M, Çıkrıkçıoğlu U , Tümer Z. 2003. Toraks Derneği üyelerinin sigara konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Toraks Dergisi.* 4;223-30.
- Köknel Ö. 2000. Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi. *Duygu Durum Dizisi.* 1;5-11.
- Köknel Ö. 2005. Ruhsal Çöküntü: Depresyon. İstanbul: Altın Kitaplar.
- Kutlu R. 2008. Aktif ve pasif sigara içiciliğinin gebelik ve fetus üzerine etkileri. *TAF Prev Med Bull.* 7;445-48.
- Kutlu R, Çivi S , Şahinli A. 2009. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Depresif Belirti ve Sigara İçme Sıklığı. *TAF Prev Med Bull.* 8;489-96.
- Kutlu R, Marakoğlu K , Çivi S. 2005. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemşirelerinde Sigara İçme Durumu Ve Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Tıp Dergisi.* 27;29-34.
- Kutlu R, Vatansev C, Demirbaş N , Taşer S. 2019. The Frequency of Tobacco and Tobacco Product Use in Medical Faculty Students. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 13;219-26.
- Küçükdağ H, Sönmez C , Başer D. 2018. Tıp fakültesi öğrencilerinde fiziksel aktivite ile depresif semptomları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Aile Hek Derg.* 22;157-65.
- Larzelere MM , Williams DE. 2012. Promoting smoking cessation. *Am Fam Physician.* 85;591-8.
- Leung FW. 2008. Risk factors for gastrointestinal complications in aspirin users: review of clinical and experimental data. *Dig Dis Sci.* 53;2604-15.
- Luger TM, Suls J , Vander Weg MW. 2014. How robust is the association between smoking and depression in adults? A meta-analysis using linear mixed-effects models. *Addict Behav.* 39;1418-29.
- M-POWER 2008. The Monitor Protect Offer Warn Enforce Raise (M-POWER) Package. Who Report on The Global Tobacco Epidemic.
- Marakoglu K, Çivi S, Şahsivar Ş , Özdemir S. 2006. The Relationship between smoking status and depression prevalence among first and second year medical students. *Journal of Dependence.* 7;129- 34.
- Marakoğlu K, Toprak D , Şensoy N. 2006. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara İçme Prevelansı ve Depresyon Durumu Arasındaki İlişki. *Kocatepe Tıp Dergisi.* 7;1-8.
- Marakoğlu K, Toprak D, Taner Ş, Özdemir S, Erdem D , Bodur S. 2012. Smoking and Depression Symptoms Among Medical Students in Turkey. *Euras J Fam Med* 1;42-54.

- Marakoğlu K, Toprak D, Taner Ş, Özdemir S, Erdem D , Bodur S. 2012. Smoking and Depression Symptoms Among Medical Students in Turkey. *Euras J Fam Med* 1;42-54.
- Martins SR, Paceli RB, Bussacos MA, et al. 2017. Effective tobacco control measures: agreement among medical students. *J Bras Pneumol.* 43;202-7.
- Mayda A, Tufan N , Baştaş S. 2007. Düzce Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara Konusundaki Tutumları ve İçme Sıklıkları. *Kor Hek.* 6;364-70.
- Morris C. 2002. Psikolojiyi Anlamak. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Munafò MR , Araya R. 2010. Cigarette smoking and depression: a question of causation. *Br J Psychiatry.* 196;425-6.
- Nacar M, Cetinkaya F, Baykan Z, Yilmazel G , Elmalı F. 2015. Hazardous Health Behaviour among Medical Students: a Study from Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev.* 16;7675-81.
- Niu L, Liu Y, Luo D , Xiao S. 2018. Current Smoking Behavior Among Medical Students in Mainland China: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Asia Pac J Public Health.* 30;610-23.
- Ocaktan ME, Caliskan D, Kanyılmaz O , Yıldız A. 2008. [Frequency of light cigarette use on staff and students of Ankara University School of Medicine]. *Tuberk Toraks.* 56;304-9.
- Öntaş E , Aslan D. 2016. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2016 - HÜTF Halk Sağlığı AD Toplum İçin Bilgilendirme Serisi-(2018/2019-63) [Online]. Available: <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr>. Erişim tarihi :10.5.2020.
- Özen Ş, Ari M, Gören S, Palancı Y , A. S. 2005. Tıp fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde sigara ve alkol kullanım sıklığı. *Anatolian Journal of Psychiatry.* 6;92-8.
- Özge C. 2014. Sigara Birakma Tani ve Tedavi Uzlaşma Raporu. Ankara: Miki Matbaacılık.
- Özlü T, Metintaş M, Karadağ M , Kaya A. 2010. Solunum Sistemi ve Hastalıkları Temel Başvuru Kitabı. İzmir: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Özmen E, Aydemir Ö , Bayraktar E. 1997. Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Öztürk M , Uluşahin N. 2015. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13 ed. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Özyardımcı N. 2002. Sigara ve sağlık. Bursa.
- Perez-Stable EJ, Marin G, Marin BV , Katz MH. 1990. Depressive symptoms and cigarette smoking among Latinos in San Francisco. *Am J Public Health.* 80;1500-2.
- PIAR. 1998. Smoking habits and attitudes of Turkish population towards smoking and antismoking campaigns: a report of Turkish Health Ministry (Turkish). Ocak.
- Poyrazoğlu S, Sarlı S, Gencer Z , Günay O. 2010. Waterpipe (narghile) smoking among medical and non-medical university students in Turkey. *Ups J Med Sci.* 115;210-6.
- Prochaska JO , Diclemente CC. 1983. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 51;390-5.
- Pryor WA , Stone K. 1993. Oxidants in cigarette smoke. Radicals, hydrogen peroxide, peroxyacetaldehyde, and peroxyacetaldehyde. *Ann N Y Acad Sci.* 686;12-27; discussion -8.

- Raw M, Mcneill A , West R. 1998. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Health Education Authority. Thorax. 53 Suppl 5 Pt 1;S1-19.
- Ridker PM, Stampfer MJ , Rifai N. 2001. Novel risk factors for systemic atherosclerosis: a comparison of C-reactive protein, fibrinogen, homocysteine, lipoprotein(a), and standard cholesterol screening as predictors of peripheral arterial disease. JAMA. 285;2481-5.
- Sadock B, Ruiz P , Sadock V. 2014. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock B , Sadock V. 2007. Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. İstanbul: Güneş Kitabevleri.
- Sağlık Bakanlığı T. 2010. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) Yönetici Özeti: Türkiye.
- Sağlık Bakanlığı T. 2014. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Ankara.
- Samet JM. 2013. Tobacco Smoking: the Leading Cause of Preventable Disease Worldwide. Thoracic Surgery Clinics. 23;103-12.
- Senol Y, Donmez L, Turkay M , Aktekin M. 2006. The incidence of smoking and risk factors for smoking initiation in medical faculty students: cohort study. BMC Public Health. 6;128.
- Shiffman S, Pillitteri JL, Burton SL, Rohay JM , Gitchell JG. 2001. Smokers' beliefs about "Light" and "Ultra Light" cigarettes. Tob Control. 10 Suppl 1;i17-23.
- Smith DR , Leggat PA. 2007. An international review of tobacco smoking among medical students. J Postgrad Med. 53;55-62.
- Son BK, Markovitz JH, Winders S , Smith D. 1997. Smoking, nicotine dependence, and depressive symptoms in the CARDIA Study. Effects of educational status. Am J Epidemiol. 145;110-6.
- Sönmez CI, Başer DA , Aydoğan S. 2017. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Sıklığı ve Sigara ile İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları. Konuralp Tıp Dergisi. 9;160-6.
- Stein D, Kupfer D , Schatzberg A. 2015. Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi. Goodwin Rd, JF, Bittner A, editor. İstanbul: Sigma Yayıncılık.
- Sun X, Prochaska JO, Velicer WF , Laforge RG. 2007. Transtheoretical principles and processes for quitting smoking: a 24-month comparison of a representative sample of quitters, relapsers, and non-quitters. Addict Behav. 32;2707-26.
- Tam W, Lo K , Pacheco J. 2019. Prevalence of depressive symptoms among medical students: overview of systematic reviews. Med Educ. 53;345-54.
- Tan O. 2008. Depresyon. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Tanner NT, Thomas NA, Ward R, et al. 2019. Association of Cigarette Type With Lung Cancer Incidence and Mortality: Secondary Analysis of the National Lung Screening Trial. JAMA Intern Med.
- Taş F, Seviğ E , Güngörmüş Z. 2016. Sigara Bağımlılığında Davranış Değişimi için Transteoretik Model ile Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Kullanılması. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 8;380-93.
- Taylor G, Mcneill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N , Aveyard P. 2014. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. Bmj. 348;g1151.

- Tezcan E. 2000. Depresyonun Ayırıcı Tanısı. Duygudurum Dizisi. 1;77-98.
- Tezcan S , Yardim N. 2003. Türkiye’de Çeşitli Sağlık Kurumlarında Doktor, Hemşire ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Boyutu. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 51;390-7.
- Turhan E, Inandi T, Col M, Bugdayci R, Eker O , Ilhan M. 2016. Smoking Cessation and Attitudes, Belief, Observation, and Education of Medical Students, in Turkey. JNMA J Nepal Med Assoc. 54;55-62.
- Tütün Kontrolü Strateji Belgesi Ve Eylem Planı TC. 2018. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023 [Online]. Available: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadelebagimlilikdb/haberler/tutun_eylem_plani/Tutun_Kontrolu_Strateji_Belgesi_ve_Eyl em_Plani.pdf. Erişim tarihi: 12.05.2020.
- Uysal MA, Kadakal F, Karsidag C, Bayram NG, Uysal O , Yilmaz V. 2004. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuberk Toraks. 52;115-21.
- Uzaslan E. 2002. Sigarayı Bırakma Yöntemleri, Sigara ve Sağlık. Bursa
- Uzunca G. 2002. Tütünün Tarihi, Sigara ve Sağlık. Bursa.
- Vatan İ, Ocakoğlu H , İrgil E. 2009. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara İçme Durumunun Değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull. 8;43-8.
- Warren CW, Jones NR, Chauvin J, Peruga A , Group GC. 2008. Tobacco use and cessation counselling: cross-country. Data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005-7. Tob Control. 17;238-47.
- Warren CW, Sinha DN, Lee J, Lea V , Jones NR. 2011. Tobacco use, exposure to secondhand smoke, and cessation counseling among medical students: cross-country data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005-2008. BMC Public Health. 11;72.
- West R, McNeill A , Raw M. 2000. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. Thorax. 55;987-99.
- World Health Organization. 2001. The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope [Online]. Available: <https://www.who.int/whr/2001/en/>. Erişim tarihi: 07.05.2020.
- World Health Organization. 2015. World Health Organization. The History of Tobacco [Online]. Available: <http://www.who.int/tobacco/en/atlas2.pdf>, Erişim tarihi: 03.06.2017.
- World Health Organization. 2017. WHO report on the global tobacco epidemic 2017 [Online]. Available: www.who.int/tobacco/global_report/2017/en/. Erişim tarihi: 06.05.2020
- World Health Organization. 2019. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019. Geneva: World Health Organization [Online]. Available: https://www.who.int/tobacco/global_report/en/. Erişim tarihi:12.05.2020.
- Yengil E, Çevik C, Demirkıran G, Akkoca A, Özler G , Özer C. 2014. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu ve Sigara İle İlgili Tutumları. Konuralp Tıp Dergisi. 6;1-7.
- Yılmaz F. 2000. Tütünün macerası. Lombak Dergisi. 33;83-7.
- Yılmaz S, Benzer F, Ozan S , Yaralioglu Gurgoze S. 2008. Oxidative damage and arginase activity in tissues of rats exposed to cigarette smoke. Revue Méd. Vét. 159;19-86.

Zevin S, Saunders S, Gourlay SG, Jacob P , Benowitz NL. 2001. Cardiovascular effects of carbon monoxide and cigarette smoking. J Am Coll Cardiol. 38;1633-8.

Zwar NA , Richmond RL. 2006. Role of the general practitioner in smoking cessation. Drug Alcohol Rev. 25;21-6.



8. ÖZET

T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA KULLANIMI VE DEPRESYON SEMPTOMATOLOJİ DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hazırlayan: Dr. Esra YAŞKIRAN

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

TIPTA UZMANLIK TEZİ / Konya, 2020

Amaç: Bu çalışmada, ilerleyen yıllarda sigara ile mücadelede en ön safta olacak olan tıp fakültesi öğrencilerinde sigara kullanımı ve depresyon semptomatoloji durumlarını değerlendirilmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2017-2018 eğitim öğretim yılı Nisan-Mayıs aylarında öğrenim gören Dönem 1, 2, 3, 4, 5 ve 6 öğrencileri dahil edilmiştir. Öğrencilerin sigara bağımlılık düzeyi ve depresyon semptomatoloji durumlarının ilişkisini belirlemek için hazırlanan anket formu öğrencilere uygulandı. Sigara kullanan öğrencilerin bağımlılık düzeylerini değerlendirmek için Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, depresyon semptomatolojilerini değerlendirmek için 21 soruluk Beck Depresyon Ölçeği kullanıldı. Tüm veriler SPSS 21.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen toplam 1064 öğrencinin %56,8'i (n=604) kadın %43,2'si (n=460) erkekti ve yaş ortalaması 22,1 olarak hesaplandı (minimum 18, maksimum 34). Çalışmaya katılan öğrencilerin sigara içme sıklığı %21,4'tü. Öğrencilerin %13,1'i (n=140) her gün, %8,3'ü (n=88) ara sıra sigara içmekteydi. Öğrencilerin %6,4'ü (n=68) sigarayı bırakmış ve %72,2'si (n=768) hiç sigara içmemişti. Cinsiyete göre sigara içme sıklığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı (p<0,001). Sigara içen toplam 228 öğrencinin sigara içme süresi ortalama 4,3±3,1 yıl idi. Öğrencilerin %61'i (n=139) tıp fakültesine başlamadan önce sigara içmeye başlamıştı. Öğrencilerin ortalama sigaraya başlama yaşı 17,2'yd. Cinsiyete göre sigaraya başlama yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı (p=0,022). Öğrencilerin okudukları sınıfa göre sigara içme sıklıkları değerlendirildiğinde birinci sınıfta sigara içme sıklığı %19,5, altıncı sınıfta %23,2'yd. Sigara içme sıklığı %24,4 ile beşinci sınıfta pik yapmıştı. Ancak, sınıflar arasında sigara içme sıklığı açısından anlamlı düzeyde fark bulunamadı (p=0,336). Öğrencilerin yarısından fazlası 'light', 'slim' ve 'mentollü' gibi sigara formlarını tercih etmekteydi. Öğrencilerin %65,4'ünün (n=149) sigarayı bırakmayı daha önce düşündüğü, %52,2'sinin (n=119) önümüzdeki 6 ay içerisinde, %35,1'inin (n=80) önümüzdeki 1 ay içerisinde sigarayı bırakmayı düşündüğü ve %46,5'inin (n=106) geçen yıl içerisinde sigara bırakmayı denediği tespit edildi. Halen babası, kardeşi, en yakın arkadaşı, oda arkadaşı ve eş veya flörtü sigara içenlerde, bu yakınları hiç sigara içmemiş ve sigarayı bırakmış olanlara göre sigara içme oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (sırasıyla; p=0,002, p<0,001, p<0,001, p<0,001, p=0,003). En yakın arkadaşın sigara içmesi, sigara içme riskini 9,1 kat, oda arkadaşının sigara içmesi ise riski 5,8 kat artırmaktaydı. Çalışmamıza katılan erkek öğrencilerin %17,4'ünde, kız öğrencilerin %17,7'sinde depresif semptomlar mevcuttu. Öğrencilerin

okudukları sınıfa göre depresyon semptomatolojisi durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardı ($p<0,001$). Depresyon semptomatoloji sıklığı %23,3 ile en yüksek birinci sınıfta, %9,0 ile en düşük altıncı sınıftaydı. Sigara içen öğrencilerde içmeyenlere göre depresyon semptomatolojisi sıklığı anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Sigara içenlerde BDÖ puanı ortalama 11,97, içmeyenlerde 8,73 ve bırakanlarda 9,87 olarak hesaplandı. Öğrencilerin sigara içmesi depresyon semptomu gösterme riskini 2 kat arttırmaktaydı.

Sonuçlar: Öğrencilerin yaklaşık üçte ikisinde sigara bırakma düşüncesi ve yaklaşık yarısında sigara bırakma teşebbüsü olması nedeniyle, bu gruba yeterli eğitim ve sigara bırakma konusunda psikolojik ve medikal destek sağlanır ise çok sayıda öğrenci sigarayı bırakabilir. Bu eğitim, özellikle fakülte hayatının ilk yıllarından itibaren verilmelidir.

Anahtar kelimeler: Depresyon; Sigara; Öğrenci; Tıp Fakültesi



9. ABSTRACT

T.C.

SELÇUK UNIVERSITY

MEDICAL SCHOOL

THE EVALUATION OF SMOKING AND DEPRESSION

SYMPTOMATOLOGY STATUS IN SELÇUK UNIVERSITY MEDICAL

FACULTY STUDENTS

Prepared by: Dr. Esra YAŞKIRAN

Department of Family Medicine

SPECIALITY THESIS IN MEDICINE / Konya, 2020

Aim: In this study, we aimed to evaluate smoking and depression symptomatology in faculty of medicine students, who will be at the forefront of combating tobacco in the future.

Materials and Methods: 1st, 2nd, 3rd, 4th, 5th and 6th grade students studying at Selçuk University Faculty of Medicine between April-May of the 2017-2018 academic year were included in our study. A prepared questionnaire to determine the relationship between the smoking addiction levels of the students and their depression symptomatology was applied to the students. The Fagerström Test for Nicotine Dependence was used to assess the addiction levels of smokers, and the 21-item Beck Depression Inventory was used to evaluate the depression symptomatology. All data were evaluated using the SPSS 21.0 statistical software.

Findings: 56,8% (n = 604) of the total 1064 students included in the study were female, 43,2% (n = 460) were male and the mean age was calculated as 22,1 (minimum 18, maximum 34). The smoking frequency of the students participated in the study was 21,4%. 13,1% (n = 140) of the students were smoking every day and 8,3% (n = 88) were smoking occasionally. 6,4% (n = 68) of the students had quit smoking and 72,2% (n = 768) had never smoked. There was a statistically significant difference in the frequency of smoking according to gender (p < 0.001). The mean duration of smoking of 228 smoking students was 4,3 ± 3,1 years. 61% (n = 139) of the students had started smoking before starting medical school. The mean age of students to start smoking was 17,2. There was a statistically significant difference between the age of starting smoking according to gender (p = 0.022). When the students' smoking frequency was evaluated according to the grade they studied, the frequency of smoking was 19,5% in the first grade and 23,2% in the sixth grade. Smoking prevalence peaked in the fifth grade with 24,4%. However, there was no significant difference between the grades in terms of smoking frequency (p = 0.336). More than half of the students preferred cigarette forms such as "light", "slim" and "menthol". It was determined that 65,4% (n = 149) of the students thought to quit smoking before, 52,2% (n = 119) of them stopped smoking in the next six months, and 35,1% (n = 80) in the next one month, while 46,5% (n = 106) of them tried to quit smoking in the last year. The smoking rate was found to be statistically significantly higher in those whose father, sibling, closest friend, roommate, and spouse or partner are smokers than those whose relatives never smoked and who quit smoking (p = 0.002, p < 0.001, p < 0.001, p < 0.001, p = 0.003). Smoking of the closest friend increased the risk of smoking by 9.1 times, and smoking of the roommate increased by 5,8 times. Depressive symptoms were present in 17,4% of the male students and 17,7% of the female students participated in our study. There was a statistically significant difference between the depressive symptoms of the students according to the grade they studied (p < 0.001). The frequency of depression symptomatology was highest in the first grade with 23,3% and lowest in the sixth grade with 9,0%. The frequency of depression symptomatology was found to be significantly higher in smoking students than in non-smokers (p < 0.001). The mean BDI score for smokers was 11,97. 8,73

for non-smokers, and 9,87 for quitters. Smoking of the students increased the risk of depression symptoms twice.

Conclusion: Since approximately two-thirds of the students had the idea of quitting and about half had an attempt to quit smoking, if this group was provided with adequate education and psychological and medical support for smoking cessation, many students may quit smoking. This education should be given especially from the first years of faculty life.

Keywords: Depression; Smoking; Student; Medical School



10. EKLER

Ek-1: Anket Formu

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SİGARA BAĞIMLILIK DÜZEYLERİ VE DEPRESYON SEMPTOM DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Anketi yapan: S.Ü.Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalından

Dr.ESRA YAŞKIRAN

Değerli katılımcı,

Bu form, siz gençlerin tütün kullanma durumlarını saptamaya yönelik sorulardan oluşmaktadır. Yapacağımız değerlendirmenin sağlıklı olabilmesi için vereceğiniz bilgilerin doğru ve olabildiğince eksiksiz olması büyük önem taşımaktadır.

Türkiye'deki bütün Tıp Fakülteleri öğrencilerinde uygulanacak olan bu ankete yönelik verdiğiniz bilgiler mutlak surette gizli tutulacaktır. Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz

Tarih:

1. Sınıfınız

☐ 1.sınıf

☐ 2.sınıf

☐ 3.sınıf

☐ 4.sınıf

☐ 5.sınıf

☐ 6.sınıf

2. Yaşınız,Doğum tarihiniz (.....)

3. Cinsiyetiniz

☐ 1-Erkek

☐ 2-Kadın

4.Medeni durumunuz?

☐ 1-Bekâr

☐ 2-Evli

☐ 3-Diğer (.....)

5. Konya da nerede kalıyorsunuz ?

☐ 1- Ailemle(anne,baba ya da kardeşlerimle)

☐ 2- Yurtta

a)Üniversite yurdu

b)Özel yurt

c)Devlet yurdu

☐ 3- Arkadaşlarımla birlikte evde

☐ 4- Tek başıma evde

☐ 5- Evliyim,kendi ailemle birlikte

☐ 6- Akrabalarımın yanında

☐ 7- Diğer (.....)

6. Aile yapınızı nasıl tanımlarsınız?

☐ 1-Çekirdek aile

☐ 2-Geniş aile

☐ 3-Parçalanmış aile(anne-baba ayrılmış veya ayrı yaşıyor)

☐ 4-Anne veya baba ölmüş

☐ 5-Diğer (.....)

7.Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

☐ 1-Çok iyi

☐ 2-İyi

☐ 3-Orta

☐ 4-Kötü

☐ 5-Çok kötü

A) TÜTÜN KULLANIMI İLE İLGİLİ DAVRANIŞLAR

8)Aşağıda yakın çevrenizde bulunan kişilerin sigara içme/tütün kullanma durumlarına

ilişkin bazı durumlar tanımlanmıştır. İlgili kutucuğa (x) işareti koyunuz

	1)Hiç içmemiş	2)Halen içiyor	3)İçiyordu,bıraktı	4)Bilmiyorum
1)Annem				
2)Babam				
3)Kardeşlerim				
1.kardeş				
2.kardeş				
3.kardeş				
4)En yakın arkadaşım				
5)Ev-oda arkadaşım				
1.arkadaş				
2.arkadaş				
3.arkadaş				
6)Eşim-flörtüm-özel arkadaşım				

9) Aşağıdaki tütün ürünlerinden herhangi birini denediniz mi, içiyor/kullanıyor musunuz veya içtiniz/kullandınız mı? İlgili kutucuğa (x) işareti koyunuz. Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz

	Hiç denemedim	Denedim fakat sürdüremedim	Halen kullanıyorum	Kullanıyordum bıraktım
1)sigara				
2)elektronik sigara				
3)nargile				
4)puro				
5)pipo				
6)çiğneme tütün				
7)diğer(yazınız)				

10. Halen sigara içiyor musunuz?

- ☐ 1-Evet, her gün(Her gün içiyorum diyenler B grubundan devam edecekler)
- ☐ 2-Hayır, hiç içmedim (Hayır hiç içmedim diyenler D grubundan itibaren devam edecekler)
- ☐ 3-İçmiyorum bıraktım (Bıraktım diyenler C grubundan itibaren devam edecekler)
- ☐ 4-Her gün olmamakla birlikte ara sıra içiyorum (Arasıra içenler B grubundan devam edecekler)

B)SİGARA İÇEN/İÇMİŞ OLANLARA YÖNELİK SORULAR

11. İlk sigara içmeye başladığınızda(denediğinizde) kaç yaşındaydınız? (.....)

12. İlk sigara içmeye Tıp Fakültesinde mi başladınız?

- ☐ 1-Evet
- ☐ 2-Hayır

13.Ne kadar süredir sigara içiyorsunuz/içtiniz?(.....ay/.....yıl)

14.Kullandığınız sigaranın markası, türünü belirtiniz .

- ☐ 1-Light
- ☐ 2-Slim
- ☐ 3-Mentollü
- ☐ 4-Kısa
- ☐ 5-Uzun
- ☐ 6-Diğer (.....)

15. Kullandığınız sigaranın türünü tercih etme nedeniniz ?

- ☐ 1-Fiyatı
- ☐ 2-Tadı
- ☐ 3-Hafif olması (Daha az nikotin içermesi)

- ☐ 4-Çok içilen bir marka olması (Moda olması)
- ☐ 5-Daha şık estetik görülmesi
- ☐ 6-Diğer (.....)

16. Yaşamınız boyunca toplam 100 adet (5 paket) sigara içmiş misinizdir?

- ☐ (1)-Evet
- ☐ (0)-Hayır

17. Günde kaç sigara içiyorsunuz? (.....adet)

- ☐ (0)- 10 veya daha az sigara
- ☐ (1)- 11-20 adet sigara
- ☐ (2)- 21-30 adet sigara
- ☐ (3)- 31 ve üzeri

18.Sabah ilk sigaranızı uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

- ☐ (3)- İlk 5 dakika içerisinde
- ☐ (2)- 6-30 dakika içerisinde
- ☐ (1)- 31-60 dakika içerisinde
- ☐ (0)- 61 dakika ve üstü

19.Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde içmeden durmakta zorlanıyor musunuz ?

- ☐ (1)-Evet
- ☐ (0)-Hayır

20.Uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık mı sigara içersiniz?

- ☐ (1)-Evet
- ☐ (0)-Hayır

21.Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta olsanız, yine sigara içer misiniz?

- ☐ (1)-Evet
- ☐ (0)-Hayır

22.Gün boyunca içtiğiniz sigaralardan vazgeçilmesi en zor olanı hangisi?

- ☐ (1)-Sabahın ilk sigarası
- ☐ (0)-Diğer

23.Her gün sigara içmiyorsanız sıklığını hafta veya ay olarak belirtiniz.

(haftada... adet/ haftada...ay)

24.İçtiğiniz sigarayı satın almak için bir ayda ortalama ne kadar para harcıyorsunuz?
(.....tl)

25.Sigara içmeyi denemenizde ya da içmeye başlamanızda etken olan en önemli neden aşağıdakilerden hangisidir?

- ☐ 1.Anne veya babamın sigara içmesi
- ☐ 2.Kardeşlerimin sigara içmesi
- ☐ 3.Yakın arkadaşlarımdan etkisi
- ☐ 4.Özel arkadaşımın etkisi
- ☐ 5.Stres
- ☐ 6.Merak
- ☐ 7.Özenti

- ☐ 8.Özgürlük hissi
- ☐ 9.Büyüdüğümü göstermek
- ☐ 10.Hiçbirşeyden etkilenmedim
- ☐ 11-Diğer(.....)

26.Sigarayı en çok ne zaman içiyorsunuz ?

- ☐ 1-Evde yalnızken
- ☐ 2-Arkadaşlarımla beraberken
- ☐ 3-Mutlu olduğum zamanlarda
- ☐ 4-Hiçbir işim yokken
- ☐ 5-Sinirli ve stresli zamanlarda
- ☐ 6-Sigaranın tadını tekrar almak istediğimde
- ☐ 7-Ders çalışırken
- ☐ 8-Sınav zamanlarımda
- ☐ 9.Diğer (.....)

27.Sigarayı bırakmayı hiç düşündünüz mü?

- ☐ 1-Evet
- ☐ 2-Hayır

28.Önümüzdeki 6 ay içerisinde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?

- ☐ 1-Evet
- ☐ 2-Hayır

29.Önümüzdeki 1 ay içerisinde sigarayı bırakmaya niyetiniz var mı?

- ☐ 1-Evet
- ☐ 2-Hayır

30.Geçen yıl içinde sigarayı bırakmayı denediniz mi?

- ☐ 1-Evet
- ☐ 2-Hayır

31.Önümüzdeki yıl içerisinde sigaraya devam etmeyi düşünüyor musunuz?

- ☐ 1-Kesinlikle içmeyi düşünmüyorum
- ☐ 2-Belki içerim
- ☐ 3-Kesinlikle içerim

32.Daha önce kaç kez bırakmayı denediniz?

- ☐ 1-Hiç denemedim
- ☐ 2-Sadece bir kez denedim
- ☐ 3- 2-3 defa denedim
- ☐ 4- 4 ve daha fazla denedim
- ☐ 5-Diğer (.....)

33-Sigarayı bırakmayı deneme nedeniniz nedir?

- ☐ 1-Ailemin etkisi
- ☐ 2-Arkadaşlarımla etkisi
- ☐ 3-Özel arkadaşımın etkisi
- ☐ 4-Sağlık problemleri
- ☐ 5-özel bir nedeni yok
- ☐ 6-Ekonomik problemler

- ☐ 7-İlkokul, lisede sigara ile ilgili aldığım eğitimler
- ☐ 8-Üniversitede sigara ile ilgili aldığım eğitimler
- ☐ 9-Basın ve medyanın etkisi
- ☐ 10-dumansız hava sahası uygulaması
- ☐ 11-Doktor, Sağlık çalışanı önerisi ile
- ☐ 12-Diğer (.....)

34.Sigara bırakmayı en son denediğinizde sağlık çalışanı yardımı aldınız mı ?

- ☐ 1-Evet
- ☐ 2-Hayır

35. Sigarayı bırakmak için bireysel olarak bu konunun uzmanından danışmanlık hizmeti almak ister misiniz?

- ☐ 1-Evet (lütfen telefon /e-posta adresi yazınız.....)
- ☐ 2-Hayır

C)SİGARAYI BIRAKANLAR BU GRUPTAN İTİBAREN CEVAPLAMA YAPACAKTIR

36.Sigarayı bırakalı kaç ay(.....) veya yıl(.....) oldu

37. Sigarayı bırakma nedeniniz

- ☐ 1-Ailemin etkisi
- ☐ 2-Arkadaşlarımın etkisi
- ☐ 3-Özel arkadaşımın etkisi
- ☐ 4-Sağlık problemleri
- ☐ 5-özel bir nedeni yok
- ☐ 6-Ekonomik problemler
- ☐ 7-ilkokul,lisede sigara ile ilgili aldığım eğitimler
- ☐ 8-Üniversitede sigara ile ilgili aldığım eğitimler
- ☐ 9-Basın ve medyanın etkisi
- ☐ 10-dumansız hava sahası uygulaması
- ☐ 11-Doktor, Sağlık çalışanı önerisi ile
- ☐ 12-Diğer (.....)

38.Sigarayı nasıl bıraktınız?

- ☐ 1-Herhangi bir sağlık programına katılarak
- ☐ 2-Birden bire
- ☐ 3-Azaltarak yavaş yavaş
- ☐ 4-Medikal tedaviyle
 - a) Nikotin bandı
 - b) Nikotin çikleti
 - c) Nikotin bandı ve çikleti
 - d) Champix
 - e) Zyban
- ☐ 5-Mora Terapi
- ☐ 6- Akapunktur
- ☐ 7-Diğer (.....)

D) HERKESİN ORTAK CEVAPLAMASI GEREKEN GRUP

39.Sigaranın zararları konusunda medyada yeterince yayın yapılıyor mu?

- ☐ 1-Evet
☐ 2-Hayır

40.Üniversitenizde tütünle mücadele etkinliklerinden hangilerini duydunuz ?

- ☐ 1-Panel- Konferans
☐ 2-Yurt- Kantin söyleşileri
☐ 3-Afiş- Broşür
☐ 4-Hiçbiri
☐ 5-Diğer(.....)

41. Kapalı alanlarda sigara içilmeme kanununa uyuluyor mu ?

- ☐ 1-Evet
☐ 2-Hayır

42.Düzenli spor yapıyor musunuz?

- ☐ 1-Evet düzenli (haftada 3 ve üzeri yoğun egzersiz yapma)
☐ 2- Evet düzensiz
☐ 3-Hayır
☐ 4-Diğer (.....)

43.Tanı almış herhangi bir hastalığınız var mı?

- ☐ 1.Evet(.....) ☐ 2. Hayır

44.Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı ?

- ☐ 1.Evet(.....) ☐ 2. Hayır

45.Daha önce bir doktor tarafından depresyon tanısı aldınız mı?

- ☐ 1-Evet
☐ 2-Hayır

46. Alkol kullanımı var mı?

- ☐ 1-Evet
☐ 2-Hayır

47. Madde kullanımı var mı ?

- ☐ 1-Evet
☐ 2-Hayır

48.Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 adet soru içermektedir. Her maddenin karşısındaki dört seçeneği dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatan seçeneği işaretlemeniz gerekmektedir

1- ☐ 0-Üzgün ve sıkıntılı değilim

- ☐ 1-Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
☐ 2-Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
☐ 3-O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum

2- ☐ 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

- ☐ 1. Gelecek hakkında karamsarım.

- []2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - []3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3-[]0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
- []1. Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
 - []2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 - []3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4-[]0. Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum
- []1. Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum
 - []2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 - []3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5-[]0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
- []1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 - []2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 - []3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6-[]0. Kendimden memnunum.
- []1. Kendimden pek memnun değilim.
 - []2. Kendime kızgınlım
 - []3. Kendimden nefret ediyorum.
- 7-[]0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- []1. Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum
 - []2. Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum
 - []3. Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendime kabahat buluyorum
- 8-[]0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
- []1. Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
 - []2. Kendimi öldürmek isterdim.
 - []3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 9-[]0. İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
- []1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 - []2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 - []3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10-[]0. Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
- []1. Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
 - []2. Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
 - []3. Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum
- 11-[]0. Başkaları ile görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
- []1. Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
 - []2. Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor
 - []3. Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum
- 12-[]0. Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
- []1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 - []2. Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
 - []3. Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

- 13-[]0. Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum
[]1. Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
[]2. Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
[]3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14-[]0. Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
[]1. Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor..
[]2. Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum
[]3. Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15-[]0. Uykum her zamanki gibi.
[]1. Eskiden gibi uyuyamıyorum.
[]2. Her zamankinden 1-2 saat daha önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uyuyamıyorum.
[]3. Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16-[]0. Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum
[]1. Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
[]2. Her şey beni yoruyor.
[]3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 17-[]0. İştahım her zamanki gibi.
[]1. Eskisinden daha iştahsızım
[]2. İştahım çok azaldı.
[]3. Hiçbir şey yiyemiyorum
- 18-[]0. Son zamanlarda zayıflamadım
[]1. Zayıflamaya çalışmadığım halde en az iki kilo verdim.
[]2. Zayıflamaya çalışmadığım halde en az dört kilo verdim.
[]3. Zayıflamaya çalışmadığım halde en az altı kilo verdim..
- 19-[]0. Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok
[]1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor
[]2. Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum
[]3. Sağlık durumum kafama o kadar çok takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum
- 20-[]0. Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok
[]1. Eskisine oranla sekse ilgim az.
[]2. Cinsel isteğim çok azaldı
[]3. Hiç cinsel istek duymuyorum
- 21-[]0. Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum
[]1. Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabilirim diye düşünüyorum
[]2. Cezamı çekmeyi bekliyorum
[]3. Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Teşekkürler...

Ek-2: Etik Kurul Onayı



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Sayısı: 2018/08

Toplantı Tarihi : 18.04.2018

Karar Sayısı 2018/164 S.Ü. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Kamile MARAKOĞLU'nun "Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Kullanımı ve Depresyon Semptomatoloji Durumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı araştırma projesinin 2018/142 sayılı Etik Kurul kararı ile iade edilmesine ilişkin 13.04.2018 tarihli itiraz dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra; Prof.Dr.Kamile MARAKOĞLU'nun dilekçesindeki talebin kabulüne ve 2018/142 sayılı etik kurul başvurusunun kabulüne oy birliği ile karar verildi.



11. ÖZGEÇMİŞ

1991 yılında Konya ilinin Karatay ilçesinde doğdum. İlköğrenimimi Ahmet Hazım Uluşahin İlköğretim Okulu'nda tamamladım. Liseyi Konya Meram Anadolu Lisesi'nde okudum. 2009 yılında tıp eğitimime başladığım Konya Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi'nden 2015 yılında mezun oldum. Konya'nın Çumra ilçesi Çumra İlçe Devlet Hastanesi'nde 2 ay pratisyen hekim olarak çalıştım. 2016 yılından itibaren Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Araştırma Görevlisi olarak olarak eğitim görmekteyim. Evli ve üç çocuk annesiyim.

