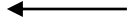


Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak .



Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak



Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**BİR SAĞLIK ÜNİVERSİTESİNDE FARKLI
FAKÜLTELERİN İLK VE SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN
SİGARA İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE
BAĞIMLILIKLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

ELİF DEMİRKİRAN

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. HÜLYA GÜL**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI**

İSTANBUL-2016

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Programında Yüksek Lisans öğrencisi Elif DEMİRKIRAN tarafından Doç. Dr. Hülya GÜL' ün danışmanlığında hazırlanan "Bir Sağlık Üniversitesinde Farklı Fakültelerin İlk ve Son Sınıf Öğrencilerinin Sigara ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Bağımlılıklarının Karşılaştırılması" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 30/12/2016 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Prof. Dr. A. Emel ÖNAL
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı



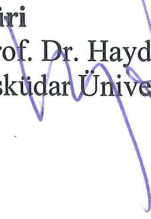
Jüri-Danışman

Doç. Dr. Hülya GÜL
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı



Jüri

Prof. Dr. Haydar SUR
Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi



Jüri

Ünvanı Adı Soyadı
Üniversite, Fakülte
Anabilim Dalı

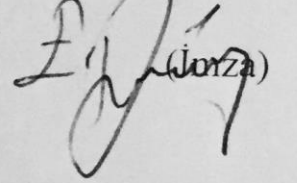
Jüri

Ünvanı Adı Soyadı
Üniversite, Fakülte
Anabilim Dalı

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Elif Demirkıran


(İmza)

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tez çalışma sürecimde bilgi ve deneyimleri ışığında sunmuş olduğu katkılarından dolayı danışmanım Doç. Dr. Hülya Gül'e, yüksek lisans eğitimim boyunca; bilgi ve deneyimleriyle bana katkı sağlayan Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerine, akademik yaşantımda ufkumu açan ve desteğini esirgemeyen Prof. Dr. Haydar Sur'a, desteklerini sürekli yanımda hissettiğim aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
TEŞEKKÜR.....	İV
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	İX
ÖZET	X
ABSTRACT.....	Xİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.Halk Sağlığı Yaklaşımıyla Sigara Sorunu ve Dünya’da Tütün Kullanım Sıklıkları 3	
2.1.1. Türkiye’de Tütün Kullanım Sıklıkları	5
2.2. Pasif Etkilenim.....	7
2.3. Sigara Kullanım Etkenleri ve Risk Faktörleri.....	9
2.4. Sigaranın İnsan Sağlığına Etkileri Ve İlişkili Olduğu Hastalıklar.....	11
2.5. Sigaranın Bırakılması ve Sigara Sorunuyla Mücadele	14
2.5.1. DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ve MPOWER Paketi	15
2.5.2. Türkiye’de Tütün ile Mücadele.....	17
2.5.3. Sigara Bırakma Yöntemleri	18
2.6. Tütün Kontrolünde Sağlık Profesyonellerinin ve Eğitimin Rolü	20
2.7. Nikotin Bağımlılığı Düzeyinin Belirlenmesi	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
4. BULGULAR.....	29
4.1. Hiç İçmeyen-Arasıra İçen-Düzenli İçen Durumlarına Göre Değerlendirme.....	29
4.2. Sigara İçen- Sigara İçmeyen Durumuna Göre Değerlendirme	44
4.2.1. Lojistik Regresyon Analiz Bulguları	45
4.3. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi	46
5. TARTIŞMA	48
KAYNAKLAR	57
ANKET FORMU	67

ETİK KURUL KARARI	71
ÖZGEÇMİŞ	72



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1: Öğrencilerin bölüm ve sınıflara göre çalışmaya katılma dağılımı.....	29
Tablo 4-2: Öğrencilerin sigara içme durumu dağılımı	30
Tablo 4-3: Öğrencilerin bölümlere göre sigara içme durumu dağılımı	31
Tablo 4-4: Öğrencilerin sınıflara göre içme durumu dağılımı.....	31
Tablo 4-5: Öğrencilerin cinsiyete göre sigara içme durumu dağılımı	31
Tablo 4-6: Öğrencilerin sağlık problem varlığına göre sigara içme durumu dağılımı ...	32
Tablo 4-7: Öğrencilerin anne baba sosyal durum, eğitim durumları ve sigara içme durumlarına göre sigara içme durumu dağılımı.....	33
Tablo 4-8: İkamet edilen yer, Ortalama aylık gelir, Pasif içicilik durumu, Yakın arkadaşın sigara içme durumlarına göre sigara içme durumu dağılımı	34
Tablo 4-9: İlk kez sigarayı deneme yaşına göre sigara içme durumu dağılımı	35
Tablo 4-10: İlk kez sigara deneme nedenine göre sigara içme durumu dağılımı.....	35
Tablo 4-11: Hergün sigara içmeye başlanan ilk dönem ve sigara içilen süre.....	36
Tablo 4-12: Sigara içilme nedenine göre sigara içme durumu dağılımı.....	36
Tablo 4-13: Günde içilen sigara miktarına göre sigara içme durumu dağılımı	37
Tablo 4-14: Üniversiteye başladıktan sonra sigara içme oranındaki değişimine göre sigara içme durumu dağılımı	37
Tablo 4-15: Sigarayı bırakma deneyimi ve süresine göre sigara içme durumu dağılımı	38
Tablo 4-16: Sigarayı bırakmayı düşünme ve karşılaşılan güçlüklerle göre sigara içme durumu dağılımı.....	39
Tablo 4-17: Sigara içme isteğini arttıran nedenlere göre sigara içme durumu	39
Tablo 4-18: Sigara bırakma amaçlı profesyonel destek alımı ve danışma hattı bilme durumuna göre sigara içme durumu dağılımı	40
Tablo 4-19: Gelecekte sigara içme miktarı konusundaki düşünceler ve sigaranın sağlığa olumsuz etkileri olduğu endişine göre sigara içme durumu dağılımı	41
Tablo 4-20: Başka alışkanlık var olma durumuna göre sigara içme durumu dağılımı...	41
Tablo 4-21:Sınıf durumuna göre sigara-hastalık ilişkisi bilgi durumu dağılımı	42
Tablo 4-22: Fakültede eğitimi süresince sigara ile ilgili alınan eğitim durumuna göre sigara içme durumu dağılımı	43
Tablo 4-23: Sigara içen–Sigara içmeyen durumuna göre anlamlı bulunan değişkenler	44

Tablo 4-24: Lojistik Regresyon analizinde sigara içen ve sigara içmeyenlere göre anlamlılığını koruyan değişkenler	45
Tablo 4-25: Sigara içenlerin bağımlılık dağılımları	46
Tablo 4-26: Sınıflara göre bağımlılık düzeyi dağılımları	47
Tablo 4-27: Bölümlere göre bağımlılık düzeyi dağılımları	47



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
CDC	Hastalıkların Kontrolü ve Önlenmesi Merkezi
DALY	Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FNBT	Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KYTA	Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
TKÇS	Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

ÖZET

Demirkıran, E. Bir Sağlık Üniversitesinde Farklı Fakültelerin İlk ve Son Sınıf Öğrencilerinin Sigara İle İlgili Bilgi Düzeyleri ve Bağımlılıklarının Karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2016

Küresel bir sağlık sorunu olan sigara kullanımının önlenmesinde, hedef grup olan gençlere yönelik güncel çalışmaların yapılması halk sağlığı açısından önemlidir. Sigara kullanımının kontrolünde, mesleki sorumluluk ve aldıkları eğitim dolayısıyla sağlık çalışanları anahtar bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda, sağlık bilimleri ile ilgili eğitim almakta olan öğrencilerin sigara kullanım prevalansı, başlama ve kullanmaya devam etme nedenlerinin belirlenmesinin konuyla ilgili farkındalığın artırılması ve sürdürülmesi açısından önemli olduğu düşüncesiyle bu çalışma planlandı.

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma; Bezmialem Vakıf Üniversitesi Dış Hekimliği, Eczacılık, Hemşirelik bölümleri ilk ve son sınıflarında okuyan öğrencilerin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Eğitim alan toplam 309 öğrenciden 255'ine (%82,5) ulaşılmıştır. Katılımcılara sigara içme durumlarını ve sigara kullanımı ile ilgili aldıkları eğitimi sorgulayan anket formu ve Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi gözlem altında uygulanmıştır. Veri değerlendirilmesi Pearson Ki- Kare, Binary Lojistik Regresyon modeli ve Spearman Korelasyon analizi ile yapılmıştır. Öğrencilerin sigara kullanım yaygınlığı toplamda %26,3; erkeklerde %55,2, kadınlarda, %19,9, birinci sınıfta %65,7, son sınıfta %34,3 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda; sınıf, cinsiyet, yakın arkadaşının sigara içme durumu ve başka alışkanlığın varlığı değişkenleri ile sigara içme durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışmamız sonucunda; fakülte eğitimi süresince tütünün sağlığa etkileri ve kontrolü hakkında verilen sağlık eğitiminin, öğrencilerin sigara içme sıklıklarını, azalttığı yargısına varılmıştır. Sağlık öğrencilerine verilecek olan bu eğitimler ile tütün kullanımına başlamalarının önüne geçilebilir, kullananlar bırakması yönünde teşvik edilebilir ve ileride sağlık uzmanı olarak tütün kontrol çalışmalarında aktif rol almaları sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: Sigara, bağımlılık, eğitim, üniversite, sağlık bilimleri öğrencisi.

ABSTRACT

Demirkıran E. Comparison of Knowledge Levels and Dependencies of Smoking on First and Last Grade Students of Different Faculties at a Health University. Istanbul University, Institute of Health Science, Public Health Department. Master's Thesis. Istanbul. 2006.

Smoking continues to be a global public health problem. To reduce the rate of smoking, it is important to increase and update the research on the target group of young people. In cigarette control, health professionals play a key role because of their professional responsibilities and knowledge. For this reason, during their college education, prevalence and reasons of cigarette smoking should be determined and necessary measures should be taken.

This descriptive type of research was organized by participation of first and last year of Bezmialem Vakıf University Dental, Pharmacy and Nursing Departments' students. 255 (82.5%) were reached out of 309 trained students. Participant smoking status and smoking related college education were questioned and the Fagerstrom Nicotine Dependence Test was administered under observation. Pearson Chi Square, Binary Logistic Regression model and Spearman correlation were used for data analysis. The prevalence of smoking among students was 26.3% in total; 55.2% in males, 19.9% in females, 65.7% in first class and 34.3% in last class. In our study; the relationship between year of college, gender, close friend's smoking status, use of alternative tobacco products and smoking status were significantly determined ($p < 0.05$).

As a result of our study; it is thought that the health education given about the health effects and control of tobacco could be an effective way to reduce the frequency of smoking. Within these trainings; the start of tobacco use can be prevented in health students, the current users can be encouraged to quit, and the future's health professionals can be actively involved in tobacco control activities.

Key Words: Smoking, addiction, education, university, health professions student.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tütün kullanımı bir yılda 6 milyon ölüme sebep vermesi ile dünyanın şüana kadar karşı karşıya olduğu en büyük halk sağlığı sorunlarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre; 6 milyon ölümün, 5 milyondan fazlası direk tütün kullanmaktan, 600 bin ölümden fazlası ise tütün kullanmaksızın sigara dumanına maruz kalmaktan kaynaklanmaktadır. 2030 yılı itibarıyla ise her yıl 8 milyon insanın sigaradan öleceği öngörülmektedir (1,2). Küresel Hastalık Yüğü hesaplamalarına göre; 2000 yılında tütün, alkol ve uyuşturucu kullanımına bağılı ölümler, toplam ölümlerin %12.4'ünü oluşturmakta iken, tütün bu üç faktör arasında %8.8 ile ilk sırayı almaktadır (3). Sakatlığa Uyarlanmış Yaşam Yılları (DALY) sıralamasında ilk 10 içinde yer alan ve her beş kişiden üçünün ölümüne yol açan iskemik kalp hastalığı, serebro vasküler hastalığı, kanserler ve kronik solunum sistemi hastalıklarında, sigara tüketimi bu hastalıkların hepsini etkileyen önemli ve tek ortak faktördür (3,4). Buna bağılı olarak; tütün kontrolü çalışmaları ile bir yılda tütün kullanımına bağılı yaklaşık 55.000 ölümün önlenebileceği hesaplanmıştır (5).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Tütün Kullanım Prevalansı 2015 Küresel Raporu'na göre Türkiye'de tütün kullanma oranını 2015'de %26 (yaklaşık olarak 14 milyon 892 bin)'dir (4). Öğrencilerin üniversite hayatını geçirdiği ve DSÖ tarafından geç adölesan (17-24 yaş) olarak tanımlanan dönemde ise her beş kişiden birisi tütün ürünü kullanmaktadır ve bu dönem sigara ve benzeri bağımlılıkların gelişmesi açısından en riskli dönem olarak tanımlanmaktadır (6). Hastalıkların Kontrolü ve Önlenmesi Merkezi (CDC) istatistiklerine göre sadece ABD'de, her gün 18 yaşın altında 3200'den fazla kişi ilk kez sigara içmeye başlarken, 2100'den fazla adölesan seyrek sigara içicilikten günlük içici haline gelmektedir (7). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı bünyesinde yapılan "Türkiye'de Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumları ve Etkileyen Faktörler" araştırmasında, sağlık çalışanları arasında sigara içme oranlarının yüksek olduğu ve yaşın da bunda etkili bir faktör olduğu saptanmıştır (8).

Sigaraya başlama açısından dikkatle izlenmesi gereken gençlerin sigaraya başlamama ve bırakma konusunda desteklenmeleri gerekmektedir. Bu anlamda, gelecekte sigara ile mücadele etmesi beklenen sağlık çalışanlarının tütün kullanma durumları önemlidir ve tütün kontrolü çalışmalarında özel bir yeri vardır. Bu tez, bir

sağlık üniversitesinde eğitime yeni başlayan ve son sınıfta okuyan öğrencilerin sigara ile ilgili bilgi düzeyleri ve bağımlılıklarını karşılaştırılarak çözümler sunmak amacıyla planlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Halk Sağlığı Yaklaşımıyla Sigara Sorunu ve Dünya’da Tütün Kullanım Sıklıkları

Her yıl yaklaşık 6 milyon insanın ölümüne neden olan, dünyada 1 milyar kullanıcısı olan tütün; önlenabilir ölümlerin başlıca nedenini olarak günümüzün en büyük halk sağlığı sorunlarından biri olmuştur. 6 milyon ölümün, 5 milyonu direk tütün kullanımı, 600 bini ise pasif olarak tütün dumanını soluma nedeniyle ile gerçekleşmektedir. 1 milyar tütün kullanıcısının yaklaşık olarak %80’i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır ve bu ülkelerde tütün kaynaklı hastalık ve ölümler ile, erken teşhis ve tedavinin yetersiz olması nedeniyle ile yoğun olarak karşılaşılmaktadır (1,10). Tütüne bağlı hastalıklar ve erken ölümler; sağlık giderlerinin artmasına, ekonomik gelişmenin yavaşlamasına ve aile bütçelerinin olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır (1,2).

Tütün kullanımı; özellikle 20. yüzyılın sonlarında geliştirilmiş reklam kampanyalarının olumsuz etkileri, küresel ticaret sistemleri, ve giderek yaygınlaşan tütün endüstrisinin halk sağlığı politikaları ve hükümet ilişkileri ile çatışma içinde olması sonucu birçok ülkede giderek artmıştır. Tütüne bağlı hastalıklar her yıl; HIV, AIDS, sıtma ve tüberküloza bağlı ölümlerin toplamından daha fazla yaşam kaybına neden olmaktadır. Sadece 20. yüzyılda, tütün 100 milyon ölüme neden olarak 1. ve II. Dünya Savaşı’nın neden olduğu ölüm sayısını geçmiştir. Günümüzde tütün kullanımının bu gidişatta devam etmesi 21.yüzyılda tütüne bağlı ölümlerin 1 milyar civarına yükselmesine neden olabilecektir. 2010-2025 yılları arasında tütünün, orta yaş grubunda erken ölümlerin erkeklerde ilk nedeni, kadınlarda ise yüksek tansiyondan sonra ikinci nedeni olarak en önemli risk faktörünü oluşturması beklenmektedir (9).

İçerisinde 7000 kimyasal madde bulunan ve bunlardan en az 69’unun kansere neden olduğu bilinen sigara; kanser, iskemik kalp hastalıkları, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ve felç başta olmak üzere birçok hastalıktan dolayı hastalarda ölüm riskini arttırmaktadır (9,13). Akciğer kanseri dünya genelinde en fazla rastlanan kanser türüdür; sadece 2008 yılında dünyada 1.4 milyon insanın ölümüne neden olmuştur. Akciğer kanserine bağlı ölümlerin en az %80’i sigara içiminden kaynaklanmaktadır. Tütün kullanım prevelansının henüz artmaya başladığı Afrika’da

bile, erkeklerde akciğer kanseri en yaygın kanser türü olmuştur. Kroner kalp hastaları, kanser ve diğer birçok hastalıkta, sigara içen hastalarda ölüm riski; sigara içmeyen ya da hastalandıktan sonra sigara içmeyi bırakanlara göre çok daha yüksektir (9).

Başlıca bulaşıcı olmayan hastalıklardan (BOH); diyabet, kanserler, kardiyovasküler ve kronik akciğer hastalıkları dünya genelinde 36 milyon yaşam kaybı ile, ölümlerin %63'ünü oluşturmaktadır ve tütün kullanımı bu hastalıklara sebep olan en büyük nedenlerden birini oluşturmaktadır. 2013 yılında Dünya Sağlık Asamblesi'nde; 2013-2020 yılları arasında bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü amacıyla uygulanması planlanan küresel eylem planında; tütünün bulaşıcı olmayan hastalıkların azaltılmasında en kritik unsurlardan biri olduğu ve “bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı erken ölümlerin 2025 yılında %25 azalması için, 15 yaş ve üstü bireylerde tütün kullanım prevalansında %30 oranında göreceli azalmanın hedeflenmesi” kararı alınmıştır (2).

Günde 10 ya da daha az sigara içenlerde, sigara hiç içmeyenlere göre yaşam beklentisi ortalama olarak 5 yıl daha kısa iken, akciğer kanseri riski ise 20 kat daha fazladır. Günde 4'den az sigara içenlerde akciğer kanseri olma riski 5 kat artmaktadır. Güvenli hiçbir tütün ürünü olmadığı gibi, tütün kullanımının da güvenli hiçbir seviyesi bulunmamaktadır. Tütüne bağlı hastalık ve ölümlerden korunmanın en etkili yolu; tütün kullanımından uzak durmaktır (9).

Mevcut tütün tüketim hızı ile 2010-2050 yılları arasında toplam 400 milyon insanın tütüne bağlı hastalıklardan dolayı öleceği ve bu ölümlerin birçoğunun günümüzde tütün kullanmakta olanlar arasından gerçekleşeceği beklenmektedir. Bu ölümlerin en az yarısı verimli onlarca yıl kaybı ile 30-69 yaşları arasında gerçekleşecektir. Sigaraya bağlı mortalite oranları; yüksek gelirli ülkelerde hızlı bir şekilde düşerken, düşük ve orta gelirli ülkelerde günlük içiciler arasında orta yaş veya öncesinde tütün kullanımı bırakılmadığı sürece, küresel olarak artmaya devam edecektir. 21.yy 'ın diğer yarısında ise gelecekteki tütün kullanıcılarının arasından 500 milyon ölüm gerçekleşeceği tahmin edilmektedir (10).

Sigara, puro, pipo, bidi, kretek gibi çeşitleri olan tütün ürünlerinden, dünyada en fazla kullanılan çeşit olan sigara; 2014 yılında dünya genelinde yaklaşık olarak 5.8 trilyon adet tüketilmiştir. En fazla sigara tüketen ilk on ülke sırasıyla; Çin, Rusya, Amerika Birleşik Devletleri, Endonezya, Japonya, Almanya, Hindistan, Türkiye, Güney

Kore ve Vietnam olmuştur. Çin dünya genelinde sigara tüketiminde yaklaşık olarak 1/3 orana sahiptir. Ülke olarak sigara tüketimi düşük ve orta gelirli tüm ülkelerin toplam tüketiminden daha fazladır. Ortalama bir sigara içicisinin günlük 22 adet sigara tükettiği Çin; sigara tüketimi her geçen gün hızla artan en büyük ülkedir (11).

Tütün kullanımı; dünya genelinde 500 milyar dolar ekonomik zarara neden olmaktadır. Bununla birlikte tütüne bağlı hastalıklarda sağlık giderleri oldukça yüksektir; 2000-2012 yılları arasında ABD 133 milyar dolar, Fransa 16,6 milyar dolar, Çin ise 6,2 milyar dolar harcama yapmıştır (12).

2.1.1. Türkiye’de Tütün Kullanım Sıklıkları

Dünya Sağlık Örgütü’nün ‘Tütün Kullanım Prevalansı, 2015 Küresel Raporu’na göre Türkiye’de tütün kullanma oranının 2015’de %26 (yaklaşık olarak 14 milyon 892 bin) olduğu ve sigara ile mücadelede mevcut performansın devam etmesi ile bu oranın 2025’de %19’a (yaklaşık olarak 12 milyon 761 bin) düşeceği öngörülmektedir (4).

Hastalıkların Kontrolü ve Önlenmesi Merkezi (CDC) tarafından 2015’de yayınlanan “Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (The GATS) Atlası”na göre Türkiye’de 2008-2013 yılları arasında 15 yaş üstü popülasyonda yapılan araştırma sonucunda; erkeklerin sigara kullanma oranının %48 olduğu ve bunların %44’ünün günlük içici olduğu, kadınların ise %15’inin sigara kullandığı ve bunlardan %12’sinin günlük içici olduğu tespit edilmiştir (14). DSÖ Küresel Raporuna göre; Türkiye’de 2015’de erkeklerin %40, kadınların %12 oranında sigara kullandığı ve 2025 projeksiyonlarına göre bu oranların erkeklerde %31’e, kadınlarda ise %9’a düşeceğinin düşünüldüğü belirtilmiştir (4).

CDC raporunda; tütün kullanma prevalansı 15-17 yaş arası %13, 18-24 yaş arası %29, 25-44 yaş arası %40, 45-64 yaş arası %29, 65 yaş ve üstünde ise %10 olarak bulunmuştur (14). DSÖ’ye göre hem 2000 hem 2010 yıllarında en fazla sigara kullanan yaş grubu erkeklerde (2000 yılı %69,2- 2010 yılı %53,2) de, kadınlarda (2000 yılı %26,2- 2010 %19,5) da 25-39 yaş aralığı olarak saptanmıştır (4).

CDC raporunda günlük sigara içenlerin, sigaraya başlama yaşı erkeklerde 16,7- kadınlarda 17,9 olarak bulunmuştur. 20 adetten fazla sigara içen oranı erkeklerde %19

iken, kadınlarda %12'dir. Sigarayı bırakma oranları ise erkeklerde %27 iken, kadınlarda %24 oranındadır (14).

Amerikan Kanseri Derneği'nin yayınlamış olduğu 2015 Tütün Atlası'na göre; her yıl Türkiye'de 83bin 100 kişi tütüne bağlı hastalıklardan ölmekte, 252 bin çocuk ve 14,5 milyon yetişkin ise günlük olarak sigara kullanmaya devam etmektedirler. Orta gelirli ölkeler ile kıyaslandığında; Türkiye'de 2010 yılında tütün nedeniyle erkeklerde %30,8, kadınlarda %12 oranında daha fazla yaşam kaybı gerçekleşmiştir. Yine orta gelirli ölkeler ile kıyaslandığında 2013 yılında Türkiye'de; erkeklerde %39,2, kadınlarda %13,7, erkek çocuklarda %10,2, kız çocuklarda %5,3 oranlarında daha fazla günlük sigara tüketimi mevcuttur (11).

“Tütün Mamulleri Piyasası İstatistikleri (TAPDK)” ne göre; sadece 2015 yılında Türkiye'de, 7,8 milyar paket (156.195.471.340 adet) sigara üretilmiştir. Bu miktarın 5,1 milyar paket (103.210.236.100 milyar adet) 39.648.844.291 TL bedel karşılığında Türkiye'de tüketilmiş, diğer kısmı ise çoğunlukla komşu ölkelere ihraç edilmiştir. (15,16).

Türkiye'de 2008 yılında ilk kez yapılan ulusal yetişkin araştırması, 2012'de tekrarlandığında %13,4 (1.2 milyon) oranında azalma olduğu görölmüş ve böylece DSÖ'nün MPOWER önlemleri doğrultusunda en yüksek başarıyı elde eden ilk ölkelerden biri olmuştur (17). DSÖ projeksiyonlarına göre; Türkiye tütün kontrolünde bu eğilimde devam eder ise, her yıl %2 oranında azalma ile, 2025 itibarıyla sigara içme prevalansını %30 oranında azaltmış olacak ve 2013 yılında Dünya Sağlık Asamblesi'nde alınan; “bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı erken ölümlerin 2025 yılında %25 azalması için, 15 yaş ve üstü bireylerde tütün kullanım prevalansında %30 oranında göreceli azalması” hedefine ulaşmış olacaktır (18,2).

2.2. Pasif Etkilenim

Kapalı alanlarda sigara, nargile gibi tütün kullanımı sonucunda oluşan tütün dumanına maruz kalma olarak tanımlanan ikinci el tütün kullanımı; ‘çevresel tütün dumanı’, ‘istemsiz sigara içimi’ ve ‘pasif içicilik’ kavramları ile de tanımlanmaktadır. İçerisinde, en az 250’si zararlı, 60’dan fazlası ise kanser yapıcı olarak 7 bin kimyasal madde bulunan sigara dumanın, ikinci el maruziyetinde hiçbir şekilde güvenli bir seviyesi bulunmamakta ve her yıl 600 bin erken ölüme neden olmaktadır (1,13).

Pasif içicilerde, aktif sigara içenlerde görülen bir çok hastalık aynı şekilde görülmektedir. Pasif içicilik; akciğer kanser riskini %30, koroner kalp hastalığı riskini ise %25 oranında arttırmaktadır (11).

Yetişkinlerde ikinci el sigara dumanına maruziyet; yaygın olarak kardiyovasküler ve solunum yolları hastalıklarına , koroner kalp hastalığı ve akciğer kanserine sebep olurken; çocuklarda ani ölümlere,solunum yolu hastalıklarına; gebelerde ise düşük doğumlara yol açmaktadır (1).

Dünya genelinde her üç yetişkinden birinin pasif içici olduğu tahmin edilmektedir (20). 2004’de 192 ülke üzerinden yapılan ve ikinci el sigara maruziyeti sonucu oluşan hastalık yükünü ilk kez araştıran bir retrospektif analizde dünya genelinde çocukların %40’ının, sigara kullanmayan erkeklerin %33’ünün, kadınların ise %35’inin ikinci el sigara dumanına maruz kaldığı; yine ikinci el sigara dumanının kadınlarda %47, erkeklerde %26, çocuklarda ise %28 oranında ölüme neden olduğu saptanmıştır (19).

Hastalıkların Kontrolü ve Önlenmesi Merkezi (CDC)’nin 2015 “Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (The GATS) Atlası” na göre; dünya genelinde 2008 yılında son 30 günde ev ortamında 1,5 milyar kişi, iş ortamında ise 392 milyon kişi ikinci el sigara dumanına maruz kalmıştır. Türkiye’de 2008 yılında; son 30 günde; evde %56, iş ortamında %37, toplu taşımada %16, kamu alanlarında %11, restoranlarda %56 oranında ikinci el sigara dumanına maruz kalındığı tespit edilirken; 2009 yılı ‘Dumansız Hava Sahası’ uygulamasından sonra bu oranlar 2012’de yine son 30 günde; evde %38, iş ortamında %16, toplu taşımada %10, kamu alanlarında %7, restoranlarda %13’e düşmüştür. Ülkemizde ikincici el sigaranın sağlığa zararlı olduğunu düşünlerin oranı %96 iken, popülasyonun %82’si pasif içiciliğin felce, %94’u kalp krizine, %96’sı akciğer kanserine neden olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir (14).

Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY) hesaplamalarında ikinci el sigara maruziyetinden dolayı 10,9 milyon yaşam yılı kaybı olduğu, bunun da dünyadaki toplam hastalık yükünün (DALY) %0,7'sini ve ölümlerin %1,0'ini oluşturduğu görülmüştür. Pasif etkilenime bağlı toplam hastalık yükünün ilk sıralarında; 5 yaş altı çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonları (5 milyon 939 bin), yetişkinlerde iskemik kalp hastalığı (2 milyon 836 bin) ve astım (1 milyon 246 bin) ve yine çocuklarda astım (651bin) yer almıştır (19).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; yaklaşık olarak iki çocuktan birisi, halka açık yerlerde sigara dumanı ile kirletilmiş havaya maruz kalmaktadırlar. Küresel olarak; ev ortamında 700 milyon çocuğun ikinci el sigara dumanına maruz kaldığı tahmin edilmektedir (20). Üç farklı kıtada 31 farklı ülkede yapılan farklı bir araştırmada ebeveynlerin %88'inin evde ve bununla birlikte %80'inin, çocuklarının yanında sigara içtiği tespit edilmiştir (21). İkinci el sigaranın çocuklar üzerindeki etkisi, yetişkinlerdeki aktif sigara etkisinden çok daha yüksektir, çünkü; tütünden etkilenen çocuklarda hastalık, sakatlık ya da erken ölümler ile sağlıklı yaşam yılları erken yaşlardan itibaren azalmaktadır (11).

İkinci el sigara dumanının vermiş olduğu zarardan tamamen korunmanın kanıtlanmış tek yolu hiçbir istisnanın kabul edilmediği dumansız hava sahaları oluşturmaktır. Yaklaşık olarak 1.3 milyar insan, diğer ifade ile dünya nüfusunun sadece %18'si ulusal olarak dumansız hava saha yasaları ile korunmaktadır (1). Dumansız hava saha uygulamaları sayesinde sigara içenlerin içme miktarları azalırken, ikinci el sigara dumanından kaynaklanan tehlikeler de azaltılmış olmaktadır. DSÖ'nün ortaya koyduğu MPOWER uygulamalarında, uluslararası mücadele ile tütün kaynaklı ölüm ve hastalık yüklerinin azaltılması için kanıta dayalı önlemler yer almaktadır ve tüm dünyada yaygınlaşması bu zararların azaltılması adına aciliyet arz etmektedir (22).

Bununla birlikte ayrı sigara odaları, havalandırma sistemleri ya da alınan diğer önlemler duman maruziyetini tamamen engelleyememektedir (2). Sigaranın içildiği ortamlarda, dumanın içinde yer alan kimyasallar kıyafetlere, duvarlara, ortamda bulunan eşyaların ve tozların üzerine aylar boyunca kalıcı olarak yapışmaktadır. Bu yüzeylere temas sonucunda ise "üçüncü el sigara" maruziyeti oluşmaktadır (11). Kapalı ortamlarda sadece bir kez içilen sigara sonucunda, dumanında yer alan toksik maddelerin etkisi, gelecekte de insanları etkilemeye devam etmektedir. Özellikle

emekleyen ya da bu yüzeyler ile teması olan çocuklar üçüncü el dumandan hassas bir şekilde etkilenmektedirler (23). Yapılan laboratuvar araştırmalarında üçüncü el duman sonucunda insan hücrelerinde ve hayvanlarda, sigarada yer alan toksik maddelere rastlanmış ve sağlığa olumsuz etkileri saptanmıştır; ancak sağlık üzerinde oluşan etkilerin büyüklüğünün anlaşılması için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır (11).

2.3. Sigara Kullanım Etkenleri ve Risk Faktörleri

Günümüzde sigara içen insanların büyük çoğunluğu, sigara kullanmaya adolesan dönemlerinde başlamışlardır. Dünya genelinde; 13-15 yaş arası 10 adolesandan 1'i tütün ürünü kullanmaktadır (24). 2010 yılında, ABD'de, 12-17 yaşları arasında yaklaşık 2,6 milyon gencin son bir ayda bir tütün ürünü kullandığı; ilk kez sigara içenlerin yaklaşık % 60'ının, ilk sigara içtiklerinde 18 yaşın altında olduğu saptanmıştır (25). Ülkemizde ise, günlük sigara içenlerin, hergün sigara içmeye başladıkları yaş ortalaması 17,1'dir ve sigara içenlerin yarısından çoğu (%58,7) 18 yaşından önce sigara içmeye başlamışlardır. (17).

Ergenlik, bebeklik döneminden yetişkinliğe geçiş dönemi olup; bireyin kişinin zihinsel ve sosyal gelişimiyle birlikte hızlı bir fiziksel büyüme yaşandığı bir dönemdir. Bazı gençler, bu geçiş sürecinde, hızla değişen sosyal hayata uyum sağlayamamakta ve sigara veya alkole maruziyette risk grubu olarak kabul edilmektedirler. Gençlerde sigaraya başlamayı etkileyen birçok faktör vardır ve bu faktörlerden en yaygın olanlardan birkaçı; merak, akran etkisi ve özentidir (26).

Üniversite hayatına geçiş dönemi, gençler arasında tütüne başlamalarını etkileyen yeni bir devreyi oluşturmaktadır. Bazı araştırmalar sigara içme prevalansının üniversite öğrencileri arasında artmaya devam ettiğini bildirmektedir. Üniversite öğrencileri arasında artan bu eğilimin görülmesinde; yeni bir ortama bağlı olarak gelişen stresin hafifletilmesi, yalnızlık duygusu, yaşam problemleri, akran baskısı, sosyal olarak kabullenilme isteği, ebeveynlerin düşük eğitim düzeyi ve kendini kanıtlama arzusu gibi birçok etmen yer almaktadır (27).

Erken yaşlarda sigara deneyimi yaşayan bireylerde ileride sigarayı bırakmak zorlaşır; bu nedenle bu dönemlerde sigara içilmesini engellemek için toplumun her alanında ortak çaba gösterilmelidir. Sigaraya henüz başlamamış gençlerde, ev ortamında

sigara içilme durumu ve okulda bulunan arkadaş ortamı, önemli etkilenim alanları arasında yer aldığından dolayı; okulda tütün karşıtı etkili eğitim ve sosyal destek sağlanması, ev ortamında olumsuz örnek teşkil edinilmemesi önem arz etmektedir (26). Yapılan bazı araştırmalarda; evde sigara içen aile fertlerinin varlığının, çocuk ve ergenler arasında sigara içimini yaklaşık olarak üç kat arttırdığını göstermiştir (28,29).

DSÖ, gençlerin üçte birinin, tütünü ilk kez deneme nedeninin, tütün reklamları, tanıtım ve sponsorluğuna maruz kalma sonucu olduğunu belirtmiştir (2). Dünya genelinde 1.2 milyar nüfus ile 6 kişiden birini, 10-19 yaş arası gençler oluşturmaktadır. Gençlerin yaşam tarzları, tutumları, motivasyonları ve istekleri detaylı bir pazar araştırmasına tabi tutulmaktadır ve elde edilen her strateji, gençleri birer tüketici olma yönünde cezbetmektedir (30). Dokuz farklı çalışmada, 12 binden fazla sigara içmeyen ancak tütün reklamlarına maruz kalan gençler takip edilmiş ve tüm çalışmalarda bu gençlerde daha sonra sigara içme oranlarının arttığı görülmüştür (31). Gençlere yönelik bu yoğun odaklanma ve tütün sektörünün ürünlerini pazarlamak için harcadığı yüksek düzeyde reklam harcamaları sonucu; gençlerin dörtte biri 16 yaşından önce olmak üzere, birçoğu 18 yaşından önce tütün kullanmaya başlamaktadır (32). Tütünü ilk kullanma yaşı düştükçe, kullananların ileride düzenli içici haline gelme ihtimalleri artarken, başladıktan sonra bırakma ihtimalleri azalmaktadır. Böylece tütün endüstrisi, tütünü bırakan ve ölenlerin yerine gençleri çekerek hayatta kalmaya çalışmaktadır (30).

2.4. Sigaranın İnsan Sağlığına Etkileri Ve İlişkili Olduğu Hastalıklar

Tütün dünyada önlenebilir ölümlerin en önde gelen nedenidir. Bununla birlikte; kullanıcılarının yarısını öldüren ancak yasal olarak satışı yapılan tek ürün yine tütündür. Her altı saniyede, bir kişinin ölümüne neden olurken; dünyada en fazla ölüme neden olan sekiz hastalıktan altısı için önemli bir risk faktörüdür (33).

Epidemiyolojik araştırmalar, düzenli sigara içenlerin, sigara içmeyenlere göre üç kat daha fazla ölüm riskiyle karşı karşıya olduklarını ve en az on yıl yaşam kaybına maruz kaldıklarını göstermektedir (34). Dünyada, kanser ölümlerinin % 20'sinden fazlası sigaraya bağlı olarak oluşmaktadır. Sadece 2010 yılında, tütüne atfedilebilir kanser ölümlerinin toplam sayısı 1.468.950 olmuştur (11). Tütün, yine 2010 yılında; 5,7 milyon ölüme, kaybedilen yaşam yıllarının %6,9'una ve %5,5 'Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY)' kaybına neden olarak küresel halk sağlığını olumsuz şekilde etkilemeye devam etmektedir (35).

Sigara, vücudun neredeyse her organına zarar vererek, birçok hastalığa neden olur ve sigara içenlerin sağlığının bozulmasında etkili bir rol oynar. Sadece ABD'de tütüne bağlı ölümler; HIV, yasadışı uyuşturucu kullanımı, alkol, motorlu araç yaralanmaları ve ateşli silahların neden olduğu ölümlerin toplamından daha fazla ölüme neden olmaktadır (36).

Sigara içenlerin, dünyada başlıca ölüm nedenlerinden biri olan kardiyovasküler hastalıklara yakalanma riskleri daha fazladır. Sigara; koroner kalp rahatsızlığı ve felç riskini 2-4 kat arttırmaktadır. Günde beşten az sigara içen kişilerde bile erken kardiyovasküler hastalık belirtileri ortaya çıkmaktadır. Sigara, kan damarlarını kalınlaştırarak daralmalarına neden olur. Bunun sonucu olarak, kalp atış hızı artar, kan basıncı yükselir ve pıhtılaşma meydana gelebilir. Pıhtılaşma beynin bir bölümüne gelen kan akışını bloke ettiğinde ya da beyinde yer alan bir kan damarı patladığında felce neden olur. Sigaranın neden olduğu tıkanmalar, deride ve bacaklarda kan akışının azalmasına neden olur. Tüm bunlar ile birlikte sigarayı bırakmak kardiyovasküler hastalık riskini azaltır; sigarayı bıraktıktan sadece 1 yıl sonra kalp krizi riski hızlı bir şekilde düşer. Sigarayı bıraktıktan 2-5 yıl sonra ise felç riski sigara içmeyen ile aynı orana düşer (13).

Sigara kullanımı; solunum yollarına ve akciğerde yer alan alveollere zarar vererek akciğer kanseri, kronik bronşit ve kronik obsürük akciğer hastalığına neden olur. Sigara

içenlerin, akciğer kanseri olma riskini 25 kat, KOAH nedeniyle ölme riski 12-13 kat daha fazladır. Sigara kullanımını bırakanlarda ise akciğer olma riski 10 yıl sonra yarı oranında azalmaktadır (13).

Sigara kullanımında önemli bir risk grubunu gebeler oluşturmaktadır. Gebe iken sigara içen annelerde; plasental ayrılma, plasenta previa, erken membran yırtılması, erken doğum, düşük ve dış gebelik gibi sağlık riskleri meydana gelmektedir. Fetüs, yenidoğan bebekleri ve çocuklarında ise; gelişim geriliği, ölü doğum, ani bebek ölümü, akciğer fonksiyonlarında azalma, astım ve bronşit, akut alt solunum yolu enfeksiyonu (bronşit ve pnömoni), solunum rahatsızlığı (öksürük, balgam), çocukluk çağı kanserleri, alerjik hastalık risk artışı, öğrenme güçlüğü, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi ciddi önem arz eden sağlık riskleri meydana gelebilmektedir (37,11).

Amerikan Kanser Derneği, Dünya Akciğer Vakfı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün ortak çalışması olan Tütün Atlası (2015)'nda tütünün, insan vücudunun tamamına vermiş olduğu zararlar şöyle sıralanmıştır (11):

- Gözler: Katarakt, Maküler dejenerasyona bağlı körlük, Yanma, Aşırı sulanma ve kırpma
- Beyin: İnme
- Ruhsal olarak: Bağımlılık, Sağlığa vermiş olduğu zararlar üzerine duyulan endişe
- Saçlar: Koku ve renk değişimi
- Burun: Geniz boşluğu ve paranazal sinüs kanseri, Kronik rinosinüzit, Bozulmuş koku alma duyusu,
- Dişler: Diş ve diş eti hastalıkları (diş eti çekilmesi, diş eti iltihabı, periodontit), Gevşek dişler ve diş kayıpları, Plak, Renk değişimi ve solma
- Ağız ve Boğaz: Dudak, ağız, gırtlak kanserleri, Boğaz ağrısı, Bozulmuş tat duyusu, Ağız kokusu
- Kulaklar: Duyma Kaybı, Kulak enfeksiyonları
- Akciğerler: Akciğer, bronş ve trakeal kanserleri, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), Kronik bronşit, Solunum yolu enfeksiyonları (influenza, pnömoni, tüberküloz), Astım, Kronik öksürük, Aşırı balgam üretimi
- Kalp: Kalp krizi, Damar sertleşmesi

-Göğüs ve Karın: Özofagus kanseri, Mide, kolon, pankreas kanserleri, Abdominal aort anevrizması, Mide ülseri, Meme kanseri riski artışı

-Karaciğer: Karaciğer kanseri

-Erkek Üreme Sistemi: İnfertilite (sperm deformitesi), Cinsel iktidarsızlık, Prostat kanseri ölümleri

-Kadın Üreme Sistemi: Serviks ve yumurtalık kanseri, Prematür over yetmezliği; erken menopoz ,azalan doğurganlık, Ağrılı menstrüasyon

-Üriner Sistem: Mesane, böbrek ve üreter kanseri

-Eller: Çevresel damar hastalıkları, Zayıf kan dolaşımı (soğuk parmaklar)

-Cilt: Sedef hastalığı, Cilt tonu kaybı, buruşukluk, erken yaşlanma

-İskelet Sistemi: Osteoporoz, Kalça kırığı, Sırt problemlerine yatkınlık, Kemik iliği kanseri, Romatoid artrit

-Yara ve Cerrahi: Yara iyileşmesinde bozulma, Ameliyat sonrası iyileşmelerde yavaşlama, Sigara ve sigaranın neden olduğu yangınlardan kaynaklanan yanıklar

-Bacaklar ve Ayaklar: Periferik damar hastalıkları; soğuk ayaklar, bacak ağrıları ve kangren, Derin toplardamar pıhtılaşması

-Dolaşım Sistemi: Burger Hastalığı (bacaklardaki arter, damar ve sinir iltihabı), Akut miyeloid lösemi

-Bağışıklık Sistemi: Enfeksiyonlara karşı direnç azalması, Allerjik hastalıklarda artış riski

-Diğer: Diyabet ve Ani ölümler.

2.5. Sigaranın Bırakılması ve Sigara Sorunuyla Mücadele

Sigarayı herhangi bir yaşta bırakmak; sigara içenlerin hayatlarına yaşam yılı katmanın en iyi yoludur. Sigaranın vücutta oluşturduğu tehlikeler yavaş yavaş birikmesine rağmen, sigarayı bırakma sonucu sağlığın normalleşmesi daha hızlı gerçekleşir. Sigara bırakıldığı zaman ilk 20 dk kalp atış hızı ve tansiyon düşer. 12 saat içinde kandaki karbonmonoksit seviyesi normale döner. 2-12 hafta içerisinde dolaşım sistemi düzene girer; akciğer fonksiyonu artar. 1-9 ay içerisinde öksürük ve nefes darlığı azalır. 1 yıl içerisinde koroner kalp hastalığı riski sigara içenlere göre yarıya düşer. 5 yıl içerisinde sigaranın neden olabileceği felç riski ortadan kalkar. 10 yıl içerisinde sigara içenlere göre akciğer kanseri riski yarıya düşer; ağız, boğaz, özofagus, mesane, serviks veya pankreas kanseri riski azalır (11). 40 yaş itibariyle sigara bırakıldığında, sigara içilmeye devam edilirken kaybedilecek olan 10 yıl, 50 yaş itibariyle bırakıldığında 6 yıl, 60 yaş itibariyle bırakıldığında ise 4 yıl geri kazanılmış olur (34).

Hastalıkların Kontrolü ve Önlenmesi Merkezi (CDC) tarafından 2015’de yayınlanan “Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (The GATS) Atlası” na göre 2008 yılında araştırmaya katılan 21 ülkeden 18’inde nüfusun büyük bir çoğunluğu sigarayı bırakma isteğinde iken; bu oran erkeklerde %54, kadınlarda %51 olarak bulunmuştur (14). Ülkemizde ise 2012 yılında yapılan araştırmada, son 12 ay içinde tütün ürünlerini bırakmayı planlayan 15 yaş ve üzeri bireylerin oranı %35,4 olarak saptanmıştır (17). 2010 yılında Amerika’da sigara içenlerin yarısından fazlası (%58,2) en az 1 gün sigara içmeyi bırakmaya teşebbüs ettiklerini bildirirken; 2013 yılında başka bir araştırmada sigara içen yetişkinlerin neredeyse üçte ikisinin geçmişte sigarayı bırakmayı denediklerini veya bırakmış olduklarını göstermiştir (38).

Tütün kullanımının azaltılması kapsamlı ve çok yönlü stratejiler gerektirmektedir. Bununla birlikte; tütün kontrolünde üç temel basamak vardır: tütün kullanmayanların başlamasını önleme çalışmaları, kullananların bırakmasını sağlama çalışmaları ve kullanmayanların pasif etkilenime maruz kalmasını engelleyerek koruma çalışmaları (39). Tütün ile mücadele bu temel basamakların gerçekleşmesi için kanıtlanmış yaklaşımlar arasında; tütün ürünlerinin maliyetinin artırılması, dumansız hava sahaları için kanunların varlığı ve eğitim kampanyaları gibi uygulamalar yer almaktadır (40).

2.5.1. DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ve MPOWER Paketi

Dünya Sağlık Örgütü, küresel tütün salgını ile mücadele konusunda en büyük adımı 2005 yılında “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)”ni yürürlüğe koyarak atmıştır. 2005 yılı itibariyle, Birleşmiş Milletler tarihinde, dünyadaki nüfusun %90'ını kapsayan 180 üye ülke ile kapsamı en yaygın kabul edilen antlaşmalardan biri olmuştur. TKÇS; tütüne bağlı ölümlerin önlenmesi adına ortaya yöntemler koyan, insanların en yüksek sağlık standardına sahip olma haklarını teyit eden, uluslararası sağlık işbirliği için yasal boyutlar sağlayan ve uyum için yüksek standartlar getiren kanıta dayalı bir antlaşmadır ve halk sağlığının geliştirilmesinde mihenk taşıdır (1).

DSÖ 2008'de, TKÇS hükümlerinin ülke düzeyinde uygulanmasına yardımcı olmak amacıyla; tütün kontrolünde çok yönlü, pratik ve maliyet-etkin bir yöntem tanıtmıştır: MPOWER. Her MPOWER stratejisi, TKÇS'nin en az bir hükmüne karşılık gelmektedir.

“6 Maddelik MPOWER paketinin politika ve müdahaleleri şu şekildedir (41):

- **Monitor** (Tütün kullanımını ve koruyucu çalışmalarını **izle**)
- **Protect** (Pasif sigara dumanı etkileniminden **koru**)
- **Offer** (Sigarayı bırakmak için uygun **yardım öner**)
- **Warn** (Sigaranın zararları konusunda **toplumu uyar**)
- **Enforce** (Tütün reklam, tanıtım ve sponsorluklarını **yasakla**)
- **Raise** (Tütün üzerindeki vergiyi **artır**).”

Günümüzde, düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayanların üçte biri-yaklaşık olarak 1.8 milyar insan- en üst düzeyde en az bir MPOWER önlemi ile korunmaktadır (9). Türkiye ise; nüfusun tamamını tüm MPOWER önlemleri ile en üst düzeyde koruyan tek ülkedir (2).

DSÖ raporuna göre; MPOWER paketi uygulamaları ile birlikte; 2014 yılında, 29 ülkede (832 milyon kişi) kapsamlı reklam, promosyon ve sponsorluk yasakları uygulanmaktadır. Dumansız hava sahası uygulamaları en yaygın kullanılan önlem olup; 49 ülkede uygulanmaktadır. 1 milyar kişi uygun tütün bırakma hizmetlerinin verildiği 24 ülkede yaşamaktadır. Yaklaşık 1.4 milyar kişi güçlü paket uyarılarıyla korunmaktadır. Yaklaşık 4 milyar kişi (dünya nüfusunun %55'i) en az 1 kez, 3 hafta süreyle uygulanan tütüne karşı medya kampanyası olan ülkede yaşamaktadır. 29

ülkede (832 milyon kişi) kapsamlı reklam, promosyon ve sponsorluk yasakları uygulanmaktadır. Dünya nüfusunun sadece %10'unu oluşturan 33 ülke, tütün ürünlerine yüksek vergi getirerek, perakende fiyatın %75'inden fazlasının vergiye ayrılmasını sağlamıştır (9).

“Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)” ve MPOWER paketi ile birlikte uygulanmaya başlayan, tütünsüz reklamların ve sağlık uyarılarının yer aldığı resimli sigara paketlerinin; çocukların sigaraya başlama oranını düşürmekte olduğunu ve sigara içenlerde içme oranlarını azalttığı saptanmıştır. Yapılan bazı araştırmalar; sigara içenlerin, resimli sigara paketleri ile sigaranın sağlığa zararları konusunda farkındalıklarının arttığını ve böylece kapalı alanlarda ve çocukların yanında sigara içmekten kaçındıklarını göstermiştir. Tütün reklamı, tanıtımı ve sponsorluklarının kapsamlı bir şekilde yasaklanmasının, tütün tüketimini ortalama %7 oranında, bazı ülkelerde ise %16'ya kadar azalttığı görülmüştür (9).

MPOWER stratejilerinden biri olan tütün üzerindeki vergiyi artırma uygulaması, özellikle genç ve düşük gelirli insanlar arasında, tütün kullanımını azaltmanın en uygun ve maliyetli yolu olarak tespit edilmiştir. Tütün fiyatlarını, %10 oranında arttıran bir vergi artışı, yüksek gelirli ülkelerde tütün tüketimini yaklaşık %4, düşük ve orta gelirli ülkelerde ise yaklaşık %5 oranında azalttığı görülmüştür (9).

Yapılan bir projeksiyon araştırması; MPOWER paketinin evrensel olarak tam kapsamı ile uygulanmasının, dünyada sigara içme prevalansını 2020 yılı itibarıyla, % 28 oranında (271 milyon) azaltabileceğini öngörmektedir. Bu varsayımda en etkili etken, MPOWER maddesi sigara fiyatlarının artışı ile beklenen sigara kullanım prevalansının azalması olmuştur (42).

2.5.2. Türkiye’de Tütün ile Mücadele

Türkiye’de 1980’li yıllarda tütün endüstrisinin çok uluslu şirketlere bırakılması ile tütün kullanımı hızlı bir artış göstermiştir. 1995’de tütün ile mücadele eden kuruluşlar bir araya gelerek ‘Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK)’ni kurmuşlardır. 1996’da ilk kez tütün kontrolü konusunda; 4207 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” çıkarılmıştır. Böylece; tütün ürünlerinin reklamı ve reşit olmayanlara yapılan satışlar, toplu taşıma, sağlık ve eğitim kurumları gibi kamuya açık yerlerde sigara içilmesi yasaklanmıştır ancak, kanun kısa süreli etkili olmuştur. 2002 yılında, tütün ürünleri ve alkollü içeceklerin düzenleme ve denetlenmesi amacıyla; “Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK)” kurulmuştur. 2004 yılında, Türkiye, DSÖ’nün “Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi” ilk imzalayan ülkelerden biri olmuştur ve aynı yıl uygulamaya almıştır. 2006 yılında, 2006-2010 yılları arasını kapsayan ve TKÇS uygulamalarını planlayan “Ulusal Tütün Kontrol Programı” yayımlanmıştır. Yine aynı yıl, Sağlık Bakanlığı bünyesinde “Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı” kurulmuştur. 2008’de 4207 sayılı kanun 5727 sayılı “Tütün ürünlerinin zararlarının önlenmesi ve kontrolü hakkında kanun” olarak değiştirilmiş ve sigara içilen sahalar azaltılarak, ceza hükümleri düzenlenmiştir. 2009’da bu kanunun ikinci basamağı olarak, kamuya açık kapalı yerlerde tütün kullanımı yasağı getirilmiştir (43,44).

Türkiye DSÖ’nün 2013 raporuna göre; MPOWER’ın tüm kriterlerini tamamlayan dünyadaki ilk ve tek ülke; 2015 raporuna göre ise; Avrupa’da tüm MPOWER kriterlerini tamamlayan tek ülkedir (9,2). Bu başarı sonucu; ülkemizde 2008-2012 arası sigara içme oranı %15 oranında (16 milyondan-14,8 milyona) azalırken sigara ile ilişkili hastalıklardan dolayı hastaneye başvuran sayısı yaklaşık % 20 oranında azalmıştır (45).

Küresel Yetişkin Tütün Kullanımı Araştırması, 2012 sonuçlarına göre; ülkemizde tütün ve tütün ürünlerini kullanıp son 12 ay içinde bırakmayı planlayan 15 yaş ve üzeri bireylerin oranı 2008 yılında % 27,8 iken; 2012 yılı için bu değerin %35,4’e yükseldiği görülmektedir (17). Sigara paketleri üzerindeki sağlık uyarıları nedeniyle; sigarayı bırakmayı düşünenlerin oranı 2008’de %46.3 iken; 2012’de %53.0’e yükselmiştir. Paketlerin üzerinde bulunan en etkili üç uyarıcı; ‘sigara öldürücü akciğer kanserine neden olur’- ‘gebe iken sigara içmek bebeğine zarar verir’ ve ‘sigara erken

ölüme neden olur' olarak belirtilmiştir. Herhangi bir tütün reklamı, tanıtım ve sponsorluğuna maruz kalanların genel oranı 2012'de %15.7 olarak tespit edilmiştir ve bu oran diğer ülkelere kıyasla düşük bulunmuştur (14,17).

2.5.3. Sigara Bırakma Yöntemleri

MPOWER paketine göre; tütün ile mücadelede; klinik müdahalele yöntemleri etkisi yüksek ve maliyet-etkin yöntemlerdir. Herhangi bir tütün kontrol programında en az üç tür klinik tedavi dahil edilmelidir. Bunlardan ilki; sağlık profesyonelleri tarafından sunulacak danışmanlık, ikincisi; ücretsiz sigara bırakma danışma hatlarının sunulması, üçüncüsü; farmakolojik tedavi ile nikotin replasman tedavisinin uygulanması (2).

ABD Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "Tütün Kullanımı ve Bağımlılığının Tedavi Edilmesi Klinik Uygulama Rehberi" nde sağlık profesyonellerine 5A ve 5R (ingilizce) yöntemi ile tütün ile mücadele etmeleri tavsiye edilmektedir. 5A kuralı: her hastanın tütün kullanımını sorgulamak (Ask-Sor), tütün kullanlara risklerini belirterek bırakmasını tavsiye etmek (Advise- Tavsiye et); hastanın durumunu değerlendirerek tütünü bırakması için girişimde bulunmasını sağlamak (Asses-Değerlendir); hastanın tütünü bırakması için tedavisini planlayarak yardım etmek (Assist-Yönlendir) ve nüksü önlemek için takip etmek olarak sunulmuştur (Arrange-Takip et) (46). Tütünü bırakma konusunda isteksiz olan hastalar için ise 15 dakikalık 5R kuralı uygulaması geliştirilmiştir. Bu uygulamaya göre: hastaya bireysel olarak yaklaşıp, kişiye özel durumu ile tütünü bırakması yönünde cesaretlendirilir (Relevance-İlgilenme); tütün kullanımı sonucu karşılaşılabileceği sağlık problemleri vurgulanır (Risks-Riskler); tütün kullanımının bırakılmasından sonra kısa ve uzun dönemde beklenen olumlu gelişmeler hakkında bilgilendirilir (Rewards-Kazançlar); tütünü bırakmayı engelleyebilecek faktörler belirlenerek bunlara çözümler üretilir (Roadblocks-Engeller); hastanın her ziyaretinde motivasyon desteği tekrarlanır (Repetition-Tekrarlama) (47).

Sigara Bırakma Danışma Hattı; eğitilmiş personeller tarafından ücretsiz olarak sunulan tütün bırakma telefon hatlarıdır. Danışma hattı ile; sigara içenlere destek amaçlı danışmanlık yapılır ve nikotin replasman tedavisi gibi bağımlılık tedavisindeki diğer yöntemler de tanıtılabilir (41). 30.000'den fazla kişiyi kapsayan 51 farklı araştırmada; sigara bırakma hatları ile arananların ve takip edilenlerin tütün bırakma oranları, kendi

kendine bırakmaya çalışanlara göre yüksek bulunmuştur (Relatif başarı oranı %25-%50). Yine; tütün bırakma düşüncesi olmayanlarda, danışma hattı tarafından yapılan görüşmeler sonrası relatif %20-%36 oranında tütün bırakma başarısı sağlanmıştır. Ayrıca; birden fazla yapılan telefon görüşmelerinin bırakma oranlarını olumlu yönde etkilediği görülmüştür (48). Türkiye’de 7/24 hizmet veren “ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı” mevcuttur ve 2010 yılından beri yaklaşık 4 milyon kişi tarafından destek çağrısı alınmıştır. Ayrıca, ülke genelinde toplam 413 Sigara Bırakma Polikliniği bulunmaktadır ve yılda yaklaşık olarak 500 bin kişiye sigara bırakma danışmanlığı hizmeti verilmektedir (49).

Tütün bırakma yöntemlerinde sağlık uzmanları tarafından tavsiyede bulunulması, sigara bırakma hatlarının sunulması ile birlikte etkili diğer bir yöntem farmakoterapidir. Farmakolojik müdahalede amaç nikotin yoksunluk belirtilerini önleyerek tütünü bırakmaya çalışanlara destek olmaktır. Bu tedavi yöntemlerinden ilki ve en yaygın nikotin eksikliğine sonucu oluşan yakınımıları azaltan ‘nikotin replasman tedavisi’dir ve nikotin sakızı, nikotin bandı, nikotin nazal spreyi, nikotin inhaler olarak dört farklı formu vardır. ‘Nikotin replasman tedavisi’ ile tütün bırakma şansı iki ya da üç kat daha fazladır ve aynı zamanda maliyeti ve sağlığa etkisi sigara kullanımından daha düşüktür. Nikotin içermeyen diğer farmakoterapi çeşidi ise bupropion hidroklorür ve vareniklin isimli antidepresan ilaçlardır. Bupropion nikotin açlığı ve olumsuz duyguların etkisini azaltırken; vareniklin nikotin reseptörlerine bağlanır ve dopamine salınımını engelleyerek sigara içtikten sonra oluşan haz duygusunun oluşumunu önler (41,50).

2.6. Tütün Kontrolünde Sağlık Profesyonellerinin ve Eğitimin Rolü

Sağlık profesyonelleri, tütünsüz bir yaşam ile mücadelede önemli bir role sahiptirler. Mesleki faaliyetleri sayesinde sağlık uzmanları; tütün kullanımı ve sağlığa etkileri ile ilgili hastalara rehberlik yapabilir, eğitici pozisyonu görevini üstlenebilir, medyayı ve politika yapıcılarını bu alanda eğitmek için referans görevi üstlenebilir ve daha iyi bir tütün kontrol politikası için ulusal ve uluslararası düzeyde rol alabilirler. Toplum tarafından saygı duyulan sağlık profesyonellerinin, tütün kontrol çalışmalarının çok sektörlü bir yapı ile sistematik bir şekilde uygulanması için aktif katılımının sağlanması önemlidir (51).

Sağlık profesyonelleri, hastaları üzerinde kısa ve iyi zamanlanmış müdahaleleri ile özellikle etkili hasta danışmanlığı yoluyla, sigara içme alışkanlıklarını etkileyebilecekleri bir konuma sahiptirler (52). Yapılan bazı araştırmalarda; sağlık profesyoneli tarafından alınan bir tavsiyenin tütünden uzak durulması konusunda %30 etkili olduğu (46), benzer şekilde hemşireler tarafından sigara bırakma konusunda yapılan müdahalelerin sigarayı bırakma oranını % 50 oranında arttırdığı bulunmuştur (53).

“Tütün Kullanımı ve Bağımlılığının Tedavi Edilmesi Klinik Uygulama Rehberi”nde yapılan meta analiz sonucunda, bir sağlık uzmanının tütün kullanımını bırakması için hastaya müdahale ettiğinde, müdahale edilmeyen duruma göre tütünü bırakma oranının 1.8 kat daha fazla olduğunu saptamıştır. Bir sağlık profesyonelinin en az 3 dakika yaptığı tütün bırakma danışmanlığı, hiçbir danışmanlık alınmamasına göre 1.3 kat; 10 dakikadan fazla yapılan danışmanlık ise 2.3 kat daha fazla tütün bırakma oranına ulaştırmıştır (46).

Sağlık çalışanları tarafından, sigarayı bırakma noktasında hastalara yardımcı olunması aynı zamanda iyi bir maliyet-etkin yöntemdir ancak bir araştırma sonucuna göre; beş hastadan sadece bir tanesinin sigarayı bırakmak için tavsiye ve yardım aldığını ve çok düşük bir oranda farmakoterapi aldığını göstermektedir (54). Hastalıkların Kontrolü ve Önlenmesi Merkezi (CDC) tarafından 2015’de yayınlanan “Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (The GATS) Atlası” na göre ülkemizde 2008-2013 yılları arasında; son 12 ayda bir sağlık profesyoneli ziyaret eden hastalardan %49’u tütün kullanımı konusunda sorgulanmış, %41 oranında ise bırakılması tavsiye edilmiştir (14).

Tütüne bağlı hastalık yükünün azaltılması, sağlık sisteminin tüm alanlarında, tüm sağlık çalışanlarının özveri ve uyum içinde çalışmasını gerektirmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre; günlük olarak sigara içen hastalara birden fazla, farklı sağlık profesyonellerinin sigarayı bırakma önerileri, hastalarda gelecek 6 ay içerisinde sigarayı bırakma isteğini ve girişimini arttırdığı görülmüştür (55). Yine farklı bir araştırmada; birden fazla sağlık uzmanı hastaya tütünü bırakma tavsiyesinde bulunduğu, bırakma olasılık oranı 2.5 kat artmıştır (46).

Diş hekimleri, tütüne bağlı oluşan hastalıklardan biri olan ve gittikçe yaygınlaşan ağız kanserinin önlenmesinde önemli ve kritik bir role sahiptirler. Ağız kanseri ile alakalı bilgi düzeyi toplumda düşüktür ve bu kanserin erken belirtilerini anlamak zordur. Bununla birlikte; tütün kullananların yarısından fazlası her yıl bir diş hekimine gitmektedir ve diş hekiminin bu hastalığın önlenmesi ve ilerlememesi adına hastalara tütünü bırakma konusunda yapacağı danışmanlık önemli bir değişime neden olabilmektedir (56). Ancak; diş tedavisi alan hastalarda yapılan bir araştırmada; hastaların %73'ünün diş hekimlerinin tütün kullanma alışkanlıkları ile ilgilenmesini beklemesine rağmen, sadece %18'i tütünü bırakma konusunda diş hekiminden tavsiye aldığını ve tütün kullananlar arasında %30'unun diş hekiminin tavsiyesi olur ise bırakmayı düşünebileceklerini belirtmişlerdir (57).

Eczacılar; en erişilebilir sağlık profesyonellerinden biridir ve tütün kontrol ve bırakma hizmetlerini sunmak için ideal bir konumdadır. Özellikle kırsal alanlarda en rahat ulaşılabilir sağlık hizmeti sunucusu yine eczacılardır. Tütüne bağlı hastalıkların yüksek olduğu gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerde, eczacılar tütün kontrolünde hastalara ulaşma ve tütünü kullanımı bırakma konusunda danışmanlık yapma şansına daha fazla sahiptirler. Araştırmalar sonucunda eczacıların, tütün kontrolü ve bırakılması çalışmalarında maliyet verimliliği açısından etkili bir birleşen oldukları ve tütün bağımlılığı danışmanlığı konusunda eğitim almaları ile birlikte, hastalara daha fazla danışmanlık yaparak tütün kullanımını azaltma yönünde önemli faaliyetler gösterdikleri görülmüştür (58).

Hemşireler; dünya genelinde sağlık çalışanlarının en büyük grubu olmaları nedeniyle tütün kontrolünde anahtar bir role sahiptirler. Hastalar ile yakın temas içerisinde olan hemşirelerin; tütün bağımlılığı çalışmaları için sağlık danışmanlığı, sağlık eğitimi ve sağlık davranışı geliştirme gibi konularda eğitilmesi kaçınılmaz bir

eylemidir. Yapılan araştırmalar hemşirelerin tütün kullanma durumunun, tütün kullanımını bırakmak isteyen hastalara sunmuş oldukları desteği ve danışmanlığı etkilediğini göstermiştir (59).

Bir hekimin kendi sigara içme durumu, hastalarının tütün kullanımını nasıl ele aldığının kritik bir belirleyicisi olmaktadır. Sigara içen hekimlerin, hastalarının tütün kullanımını sorgulanması ve onlara sigarayı bırakmak için tavsiyelerde bulunması gibi konularda sigara içmeyen meslektaşlarına göre daha az istekli oldukları görölmektedir. 16 ölkede sigara içen ve içmeyen hekimler arasında 'Sigara: Hekimlerin Görüşleri' ismiyle yapılan bir çalışmada; sigara içmeyen hekimlerin; sigara içmenin riskleri, bırakılması konusunda müdahalenin önemi, hastalara bu konuda rehberlik yapılması ve teşvik edilmesi hususlarında daha güçlü inanç ve hedefleri olduğu saptanmıştır. Sigara kullanan hekimlerde ise; sigarayı hastanın sağlığı için ciddi bir tehdit ve öncelikli müdahale alanı olarak görmedikleri, ayrıca hastaya sigarayı bırakması için daha az danışmanlıkta bulundukları görölmüştür (60). Yapılan başka bir araştırmada sigara kullanan hekimlerin 2/3'ünün hasta öyküsünü alırken hastalarına sigara içme durumunu sormadıkları, %60 oranında ise sigaraya bağlı bir hastalığı olmayan hastalara sigara bırakma danışmanlığı yapmadıklarını göstermiştir (61).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından 2007 yılında "Türkiye'de Sağlık alışanlarının Sigara İçme Durumları ve Etkileyen Faktörler" alışması yapılmış; aynı alışma "Halk Sağlığı Uzmanları Derneği" tarafından 2011 yılında tekrarlanmıştır. 2011 yılındaki çalışmada sağlık profesyonelleri arasındaki sigara içme sıklıkları; uzman hekimlerde %13, pratisyen hekimlerde %24, diş hekimi, eczacı ve psikologlarda %21-16, hemşire ve ebelerde ise %20-22 oranlarında bulunmuştur. 2007-2011 yılları arasında sigara içme sıklığında ise; uzman hekimlerde %43, pratisyen hekimlerde %23, diş hekimi, eczacı ve psikologlarda %21-39, hemşire ve ebelerde ise %32 oranlarında azalma sağlanmıştır (62,63).

Hekimler, eczacılar, diş hekimleri ve hemşireler gibi sağlık profesyonellerinin hastalar ile yakın temas içinde olmaları ve sağlık bilgi düzeylerinden dolayı, toplumda sağlık ile konularda özellikle diyet, egzersiz ve tütün kullanımı gibi alanlarda rol model olmaları beklenirken günümüzde karşılaşılan problem; sağlık profesyonellerinin henüz mesleğe başlamadan öğrencilik yıllarında tütün bağımlısı oldukları gerçeğidir.

“Küresel Sağlık Meslekleri Öğrencileri Tütün Araştırması (GHPSS)”, sağlık meslekleri öğrencileri 3.sınıflar arasında tütün ve tütün bırakma danışmanlığı ile alakalı ilk defa küresel ve standartize edilmiş olarak yapılan bir araştırmadır. 2005-2008 arası yapılan bu çalışmada, araştırma yapılan ülkelerin genelinde; sağlık meslek öğrencilerinin %20’sinin aktif olarak sigara içtiği saptanmıştır. Bölümlerine göre değerlendirildiğinde sigara içme oranları diş hekimliği bölümü öğrencilerinde %24 (%34 erkek- %18 kız), tıp öğrencilerinde %21 (%27 erkek, %15 kız), eczacılık bölümü öğrencilerinde %18 (%31 erkek, %13 kız), hemşirelik bölümü öğrencilerinde ise %18 (%30 erkek, %15 kız) olarak bulunmuştur (64).

Bu araştırma sonuçlarına göre her beş öğrenciden biri sigara içerken, erkekler kızların yaklaşık iki katı kadar içmektedir. Ayrıca, her 10 öğrenciden biri sigara dışında farklı tütün ürünleri kullanmaktadır ve yine bu oran erkeklerde kızlara göre iki kat fazladır. Araştırmada diş hekimliği öğrencileri %88, hemşirelik öğrencileri %89, eczacılık öğrencileri %87, tıp öğrencileri %91 oranlarında hastaların tütünü bırakmaları için danışmanlık yapmaları gerektiğine inandıklarını, diş hekimliği öğrencileri %90 hemşirelik öğrencileri %91, eczacılık öğrencileri %91, tıp öğrencileri %89 oranlarında bu danışmanlığı yapabilmeleri için eğitim almaları gerektiğini düşündüklerini, ancak diş hekimliği öğrencilerinden %22, hemşirelik öğrencilerinden %33, eczacılık öğrencilerinden %19, tıp öğrencilerinden %22 oranlarında bu eğitimi aldıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışma sonuçlarına göre; her 10 sağlık mesleği öğrencisinden dokuzunun, hastaların tütünü bırakması konusunda önemli bir role sahip olduklarına inandıklarını ve bunun için gerekli eğitim almak istediklerini ancak bu alanda üçte birinden azının gerekli eğitimi aldıklarını göstermektedir (64).

3. Sınıf tıp öğrencileri arasında 2010 yılında tekrarlanan ve 20 ülkede yapılan; “Küresel Sağlık Meslekleri Öğrencileri Araştırması (Global Health Professions Student Survey-GHPSS)” sonuçlarına göre; tıp öğrencilerinde aktif tütün kullanım prevalansı Türkiye’de 28,5% (65), Avrupa’da %29,3 (18) oranındadır. Türkiye’de her 5 tıp öğrencisinden birinin (%19,3) aktif sigara kullandığı saptanırken (65), Avrupa’da aktif sigara kullanan öğrencilerden sadece 6 kişiden 1’i sigarayı bırakma konusunda eğitim aldığını; 3 kişiden 2’sinin ise sağlık profesyonellerinin hastalara rol model olması gerektiğine inandıklarını belirtmişlerdir (66).

Tütün kullanan sağlık uzmanlarının, tütün kullanımının bırakılmasında, tütün kullanmayan meslektaşlarına göre daha az çaba içerisinde olduğu bilinen bir gerçek iken yapılan bir çok araştırmada; sağlık profesyonellerinin sigara içme prevelansının toplumun sigara içme prevelansı ile doğru orantılı olarak değiştii saptanmıştır. Yine araştırmalar; sağlık öğrencilerine verilen pratik eğitimin davranış değişiminde etkili olduğunu ancak tütün kontrolünde teorik ve pratik eğitimin yetersiz olduğunu göstermiştir. Sağlık öğrencilerinin, sigara ile ilişkili hastalıklar ve sigarayı bırakma teknikleri hakkında özel bilgi ve beceri edinmelerini sağlamak, fakülte eğitim müfredatlarına alınması gereken önemli bir konudur. Tütün kullanımı ve kontrolü tüm yönleri ile sağlık profesyoneli yetiştiren tüm okulların müfredatlarına ayrı bir ders olarak veya mevcut bir dersin önemli bir kısmı olarak dahil edilmelidir (67).

Öğrencilere tütün kullanımının sorgulanması ve bırakılmasında izlenecek yöntemler konusunda pratik beceri kazandırılmalı ve tütün kontrol politikaları ve bu politikaların halk sağlığı açısından önemi kavratılmalıdır. Bu tür eğitim faaliyetleri sağlık profesyonellerini mesleklerine hazırlar iken, aynı zamanda tütün kullanan ve bırakmaya çalışan öğrencilere destek sağlamak için ideal bir fırsat oluştıracaktır (67). Böylece sağlık meslekleri öğrencileri; sigarayı bırakma becerileri kazanarak; gelecekteki hastalarının tütün kullanımını azaltmada ve sonuçta sigara içimiyle ilişkili ölümleri azaltmada önemli bir rol oynayacaklardır (68).

2.7. Nikotin Bağımlılığı Düzeyinin Belirlenmesi

Tütün kullananlardan birçoğu, tütünü sağlığa zararlı olarak tanımlamaktadır. Dünya genelinde yaklaşık 35 milyon insan her yıl bırakmayı ister ancak bırakma girişimi sonucunda %85'den fazlasında, tütün kullanımı bir hafta içinde nükseder. Çünkü; tütünün içindeki nikotin, nörotransmitter dopamin artışına neden olur ve sürekli nikotine maruziyet sonucunda bağımlılık meydana gelir (69).

Nikotin yoksunluğunda; sinirlilik, depresyon, anksiyete, dikkat eksikliği, uyku bozuklukları ve iştah artışı gerçekleşir. Bu semptomlar, son sigaranın içilmesinden birkaç saat sonra başlayarak, tütün kullanımı isteğine neden olur (70). Uluslararası Hastalık Sınıflandırılması (ICD-10)'na göre; "tütün bağımlılığı" bir hastalık olarak kabul edilmiştir (71).

Tütün kullanımında nikotin bağımlılığının derecesini tahmin etmek için tasarlanmış ve en yaygın olarak kullanılan test "Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)" dir.

Bu test 6 sorudan oluşur:

- “1. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?
2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?
3. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?
4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?
5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?
6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?” (72)

Her sorunun yanıtına göre, belli bir puan verilir ve testin sonucuna göre 5 gruba ayrılır; 0-2 puan çok az, 3-4 puan az, 5 puan orta, 6-7 puan yüksek ve 8-10 puan ise çok yüksek bağımlılık olarak sınıflandırılır (73). Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği Uysal ve ark. tarafından yapılmıştır (72). Nikotin bağımlılığının saptanması ve ölçülmesi, tütün bağımlılığı tedavisini değerlendirme adına önemlidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır. Çalışmanın evrenini, Bezmialem Vakıf Üniversitesinin Diş Hekimliği Fakültesi, Eczacılık Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünün ilk ve son sınıflarında okuyan toplam 309 kişiden oluşan öğrencileri oluşturmuştur. Üniversitenin Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri, araştırmanın yapıldığı tarihte henüz üçüncü sınıf oldukları için araştırma evrenine dahil edilmemişlerdir. Sağlık Bilimleri Fakültesinden hemşirelik bölümü öğrencileri, klinik çalışma alanlarından dolayı çalışmaya alınmıştır.

Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, araştırmanın amaçları açıklandıktan sonra çalışmaya katılmaya gönüllü olan tüm öğrencilere anket uygulanmıştır. Anket öncelikle 25 kişilik diş hekimliği ve eczacılık öğrencilerinde pilot çalışma olarak yapılmıştır. Ardından gerekli düzenlemeler yapılmış ve ilgili fakültelerin dekanlıklarının belirlediği ders saatlerinde, çoklu soru formu dağıtılarak gözlem altında uygulanmıştır. Araştırmanın yapıldığı ders saatlerinde, devamsız ya da izinli olduklarından çalışmaya katılamayan öğrenciler olmuştur ve sonuçta toplam 255 (%82,5) öğrenci çalışmaya katılmıştır.

Çalışma, Biruni Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 23.12.2015 tarih ve 05 nolu karar izni ve Bezmialem Vakıf Üniversitesi Rektörlüğü 16.02.2016 tarihli izni ile 24 Şubat- 31 Mart 2016 tarih aralığında gerçekleştirilmiştir.

Veriler 39 adet çoktan seçmeli anket soruları ve Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi aracılığı ile toplanmıştır. Çoktan seçmeli anket soruları 2008’de Dr. Zülküf Işık’ın Dicle Üniversitesi’nde yapmış olduğu uzmanlık tez çalışması ve 2009’da Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Dünya Sağlık Örgütü’nün ortak çalışması olan Sağlık Meslekleri Öğrencileri Küresel Tütün Çalışması (SMOKT-T) anket formlarından yararlanılarak oluşturulmuştur.

Anket sorularının ilk bölümünde tüm katılımcıların cinsiyet, eğitim, aile durumu gibi sosyo-demografik özellikleri, ikinci bölümde sadece sigara kullanan öğrencilerin sigara kullanma ve bırakma durumları, üçüncü bölümde ise tüm öğrencilerin sigara-hastalık ilişkisi bilgi düzeyi ve fakülte eğitiminde sigara ile ilgili verilen eğitimin

durumu sorgulanmıştır. Son bölümde ise sigara içen öğrencilere Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi uygulanmıştır.

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi; sigara kullanan bireylerin nikotin bağımlılık düzeylerini belirlemek amacıyla uygulanan bir testtir. İlk olarak 1972’de, Fagerström tarafından “Fagerström Tolerans Testi” olarak oluşturulmuştur. Daha sonra 1991’de Heatherton ve arkadaşları tarafından ele alınarak “Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi” olarak son halini almıştır (73). Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve faktör analizi Uysal ve arkadaşları tarafından yapılmış olup ve orta düzeyde güvenilir olduğu belirtilmiştir (72).

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi sonuçlarına göre nikotin bağımlılık düzeyleri şu şekildedir:

“0-2 puan= Çok az bağımlılık

3-4 puan= Az bağımlılık

5 puan= Orta derecede bağımlılık

6-7 puan= Yüksek bağımlılık

8-10 puan = Çok yüksek bağımlılık” (72).

Araştırmanın en büyük kısıtlılığı, ders akışının önüne geçmemek için anketlerin yalnızca izin alınan ders saatlerinde uygulanabilir olmasıydı. Ayrıca, üniversitenin ilk öğrencileri olan ve az kontenjanlar ile yerleşen son sınıf öğrencilerinin sayısının az olması örneklem küçüklüğüne neden olmuştur. Bu çalışmanın sonuçları kendi evrenine genellenme sınırlılığına sahiptir.

Verilerin değerlendirilmesi, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 21.00 paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. Çalışmada öncelikli olarak dağılım ve yüzde tabloları belirlenmiş ve sonrasında ki-kare testi, gruplandırılmış değişkenler arasındaki farkların önemlilik düzeyinin saptanması amacıyla kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ değeri kabul edilmiştir.

İstatistiksel değerlendirme iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk olarak ‘sigarayı hiç içmeyen- arasıra içen- düzenli içenler’ ve diğer bağımsız değişkenler arasında ki-kare testi uygulanmıştır. Arasıra içenler; son 30 günde en az 1 adet sigara içen, düzenli içenler ise; son 30 günde hemen hemen hergün en az 1 adet içen olarak kabul edilmiştir

(14). ‘6 ay ve üzeri düzenli içiyordum ancak bıraktım’ seçeneğini işaretleyen 2 katılımcı olduğu için bu katılımcılar içmedim seçeneğine dahil edilerek istatistiksel değerlendirmeye tabii tutulmuştur. Anlamli bulunan ortalama aylık gelir, günde içilen sigara miktarı ve sigara içilen süre değişkenleri arasındaki ilişki Spearman’s Korelasyon Testi ile incelenmiştir. İkinci aşamada; arasıra sigara içenler, düzenli sigara içenler ile bir arada tutulup; ‘sigarayı hiç kullanmayan ile sigara kullanan’ olarak kategori edilmiş ve ki-kare testi sonucu anlamlı bulunan ($p<0,05$) değişkenler ileri analiz ile lojistik regresyona tabii tutulmuştur.

Anket formunda veri yetersizliğinden dolayı bazı bağımsız değişkenlerin yanıt seçenekleri yeniden gruplandırılmıştır.

- Anne-baba sosyal durum: birlikte-ayrı,
- Anne-baba eğitim durumu: temel eğitim üstü- temel eğitim altı,
- Anne-baba mesleği: çalışıyor- çalışmıyor,
- İkamet yeri: aile yanı- diğer seçenekler,
- Sigara içme durumu: hiç içmeyen- arasıra içen- düzenli içen,
- İlk kez sigara içilen yaş: 18 yaş altı – 18 yaş ve üstü,
- Günde içilen sigara miktarı: 1-10 adet, - 10 adet üstü,
- Sigara bırakmayı deneme durumu: hiç denemeyen- deneyen,
- Sigara içme isteğini arttıran nedenler: stres- diğer nedenler,

olarak kategorize edilerek istatistiksel değerlendirilmeye alınmıştır.

Çalışmanın son aşamasında yer alan Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi analizinde öncelikle katılımcıların bağımlılık düzeylerine göre oranları tespit edilmiştir. İlk ve son sınıfların bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla düşük olan cevap oranları; orta derece bağımlılık altı (5 puan altı) ve orta derece ve üstü bağımlılık (5 puan ve üzeri) olarak iki grupta yeniden değerlendirilmeye alınmıştır. Daha sonra bağımlılık puan sonuçlarına göre, bölüm ve sınıf değişkenleri ile ki-kare analizi yapılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Hiç İçmeyen-Arasıra İçen-Düzenli İçen Durumlarına Göre Değerlendirme

Çalışmaya toplam 255 öğrenci (%82,5) katılmıştır. Katılan öğrencilerin 60'ı (%69,8) birinci sınıf, 26'sı (%30,2) son sınıf olmak üzere 86'sı (%33,7) diş hekimliği öğrencilerinden, 47'si (%74,6) birinci sınıf, 16'sı (%25,4) son sınıf olmak üzere 63'ü (%24,7) eczacılık öğrencilerinden, 82'si (%77,3) birinci sınıf, 24'ü (%22,6) son sınıf olmak üzere 106'sı (%41,6) hemşirelik öğrencilerinden oluşmaktadır (Tablo 4-1).

Tablo 4-1: Öğrencilerin bölüm ve sınıflara göre çalışmaya katılma dağılımı

		Toplam Mevcut Öğrenci	Çalışmaya Katılan Öğrenci		
		Sayı (n)	Sayı (n)	Cinsiyet (Kadın)	Cinsiyet (Erkek)
Diş Hekimliği	Birinci Sınıf	84	60	33	27
	Son Sınıf	27	26	18	8
	Toplam	111	86	51	35
Eczacılık	Birinci Sınıf	56	47	41	6
	Son Sınıf	20	16	15	1
	Toplam	76	63	56	7
Hemşirelik	Birinci Sınıf	95	82	77	5
	Son Sınıf	27	24	24	0
	Toplam	112	106	101	5
Toplam		309	255	208	47

Çalışmaya katılan öğrencilerin sigara içme durumları sorgulandığında; 188'nin (%73,7) hiç sigara içmediği, 41'nin (%16,1) arasına sigara içtiği, 26'sının (%10,2) ise düzenli sigara içtiği saptanmıştır. Bölümlerin ilk ve son sınıfları ile sigara içme durumları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4-2).

Tablo 4-2: Öğrencilerin sigara içme durumu dağılımı

Sigara İçme Durumu										
		Hiç İçmiyor		Arasına İçiyor		Düzenli İçiyor		Toplam		Anlamlılık
*Bölüm& Sınıf		n	%	n	%	n	%	n	%	
Diş Hekimliği 1.Sınıf		38	71,7	13	65,0	9	69,2	60	69,8	X²= 0,311 P=0,856
Diş Hekimliği Son Sınıf		15	28,3	7	35,0	4	30,8	26	30,2	
Toplam		53	100,0	20	100,0	13	100,0	86	100,0	
Eczacılık 1.Sınıf		39	78,0	5	62,5	3	60,0	47	74,6	X²=1,486 P=0,476
Eczacılık Son Sınıf		11	22,0	3	37,5	2	40,0	16	25,4	
Toplam		50	100,0	8	100,0	5	100,0	63	100,0	
Hemşirelik 1.Sınıf		68	80,0	9	69,2	5	62,5	82	77,4	X²=,399 P=0,399
Hemşirelik Son Sınıf		17	20,0	4	30,8	3	37,5	24	22,6	
Toplam		85	100,0	13	100,0	8	100,0	106	100,0	
TOPLAM		188	73,7	41	16,1	26	10,2	255	100	

*Sütun yüzdesi verilmiştir.

Sigara içme durumu bölümlere göre sorgulandığında; Diş Hekimliği öğrencilerinden 53'ünün (%61,6) hiç sigara içmediği, 20'sinin (%23,2) arasına içtiği, 13'ünün (%15,1) düzenli içtiği; Eczacılık öğrencilerinden 50'sinin (%79,4) hiç sigara içmediği, 8'inin (%12,7) arasına içtiği, 5'inin (%7,9) düzenli içtiği; hemşirelik öğrencilerinden ise 85'inin (%80,2) hiç sigara içmediği, 13'ünün (%12,3) arasına içtiği, 8'inin (%7,5) düzenli içtiği belirlenmiştir ve bölümler arası sigara içme durumu anlamlı olarak saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4-3).

Tablo 4-3: Öğrencilerin bölümlere göre sigara içme durumu dağılımı

Bölüm	Sigara İçme Durumu								Anlamlılık
	Hiç İçmiyor		Arasıra İçiyor		Düzenli İçiyor		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Diş Hekimliği	53	61,6	20	23,2	13	15,1	86	100	X²=9,829 P=0,043
Eczacılık	50	79,4	8	12,7	5	7,9	63	100	
Hemşirelik	85	80,2	13	12,3	8	7,5	106	100	
Toplam	188	73,7	41	16,1	26	10,2	255	100	

Çalışmaya katılan öğrencilerin 189'u (%74,1) birinci sınıflardan, 66'sı (%25,9) son sınıflardan oluşmaktadır. Hiç içmeyen, arasıra içen ve düzenli içenlerin yüzdelik oranları birinci sınıftan son sınıfa doğru azalış göstermiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4-4).

Tablo 4-4: Öğrencilerin sınıflara göre içme durumu dağılımı

Sınıf Ayırımı	Sigara İçme Durumu								Anlamlılık
	Hiç İçmiyor		Arasıra İçiyor		Düzenli İçiyor		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Birinci Sınıf	145	77,1	27	65,9	17	65,4	189	74,1	X ² =3,381 P=0,184
Son Sınıf	43	22,9	14	34,1	9	34,6	66	25,9	
Toplam	188	100	41	100	26	100	255	100	

*Sütun yüzdesi verilmiştir.

Çalışmaya 47 (%18,4) erkek, 208 (%81,6) kadın öğrenci katılmıştır. Cinsiyetler bölümlere göre; diş hekimliği 1.sınıf 27 erkek-33 kız, son sınıf 8 erkek-18 kız- Eczacılık 1.sınıf 6 erkek, 41 kız, son sınıf 1 erkek 15 kız- hemşirelerde 1.sınıf 5 erkek, 77 kız, son sınıf 0 erkek, 24 kız olarak dağılmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4-5).

Tablo 4-5: Öğrencilerin cinsiyete göre sigara içme durumu dağılımı

Cinsiyet	Sigara İçme Durumu								Anlamlılık
	Hiç İçmiyor		Arasıra İçiyor		Düzenli İçiyor		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Erkek	21	44,7	13	27,6	13	27,6	47	100	X²=28,634 P=0,000
Kadın	167	80,3	28	13,5	13	6,2	208	100	
Toplam	188	73,7	41	16,1	26	10,2	255	100	

Öğrencilere sağlık problemlerini olup olmadığı sorulmuş, sağlık problemi var ise ne olduğunu belirtmeleri istenmiştir. Ancak çoğunluğu sağlık probleminin niteliğini belirtmediği için değerlendirmeye sadece sağlık probleminin varlığı durumu alınmıştır. 235 kişi (%92,2) sağlık problemi olmadığını, 20 kişi (%7,8) ise sağlık problemi var olduğunu söylemiştir ve sigara içme durumunda iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4-6).

Tablo 4-6: Öğrencilerin sağlık problem varlığına göre sigara içme durumu dağılımı

Sağlık Problemi Varlığı	Sigara İçme Durumu								Anlamlılık
	Hiç İçmiyor		Arasına İçiyor		Düzenli İçiyor		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hayır	173	73,6	38	16,2	24	10,2	235	100	X ² =,021 P=0,989
Evet	15	75	3	15	2	10	20	100	
Toplam	188	73,7	41	16,1	26	10,2	255	100	

Anne babası birlikte olan 238 (%93,3), ayrı olan 17 (%6,7) katılımcı vardır. Anne ve babası ayrı olanlarda arasıra ve düzenli sigara içim oranının daha yüksek olduğu görülmüş ancak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4-7).

Anne ve babanın eğitim durumu; 8 yıllık temel eğitim üstü ve temel eğitim altı olarak iki kategoriye ayrılarak değerlendirmeye alınmıştır. Anne eğitim durumu (n=253), temel eğitim üstü olan 144 (%56,9), temel eğitim altı olan 109 (%43,1) katılımcı; baba eğitim durumu (n=251), temel eğitim üstü olan 185 (%73,7), temel eğitim altı olan 66 (%26,3) katılımcı saptanmıştır. Ayrı değerlendirilen anne-baba eğitim durumları ve sigara içme durumları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4-7).

Annesi çalışan, 64 (%25,3), çalışmayan 189 (%74,7) öğrenci; babası çalışan 196 (%78,1), çalışmayan 55 (%21,9) öğrenci vardır. Ayrı değerlendirilen anne-baba çalışma durumu ile sigara içme durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4-7).

Anne-babanın sigara içme durumları sorgulanmış; annesi sigara içen 56 (%22,1), içmeyen 185 (%73,1), bırakmış olan 12 (%4,7); babası sigara içen 79 (%31,5), içmeyen 130 (%51,8), bırakan 42 (%16,7) öğrenci saptanmıştır. anne-baba sigara içme durumu ile öğrencinin sigara içme durumu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4-7).

Tablo 4-7: Öğrencilerin anne baba sosyal durum, eğitim durumları ve sigara içme durumlarına göre sigara içme durumu dağılımı

		Sigara İçme Durumu								Anlamlılık
		Hiç İçmiyor		Arasına İçiyor		Düzenli İçiyor		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Anne-Baba Sosyal Durum	Birlikte	179	75,2	36	15,1	23	9,66	238	100	$X^2=4,073$ $P=0,130$
	Ayrı	9	52,9	5	29,4	3	17,6	17	100	
	Toplam	188	100	41	100	26	100	255	100	
Anne Eğitim n=253	Temel Eğitim ve Üstü	101	70,1	26	18,1	17	11,8	144	100	$X^2=2,602$ $P=0,272$
	Temel Eğitim ve Altı	86	78,9	15	13,8	8	7,33	109	100	
	Toplam	187	100	41	100	25	100	253	100	
Anne Mesleği n=253	Çalışıyor	44	68,7	10	15,6	10	15,6	64	100	$X^2=3,187$ $P=0,203$
	Çalışmıyor	143	75,7	31	16,4	15	7,94	189	100	
	Toplam	187	100	41	100	25	100	253	100	
Anne Sigara içiyor mu n=253	Evet	38	67,8	9	16,1	9	16,1	56	100	$X^2=7,463$ $P=0,113$
	Hayır	141	76,2	31	16,7	13	7,02	185	100	
	İçiyordu, bıraktı	8	66,7	1	8,33	3	25	12	100	
	Toplam	187	100	41	100	25	100	253	100	
Baba Eğitim n=251	Temel Eğitim ve Üstü	130	70,3	34	18,4	21	11,4	185	100	$X^2=5,718$ $P=0,057$
	Temel Eğitim ve Altı	56	84,9	5	7,6	5	7,6	66	100	
	Toplam	186	100	39	100	26	100	251	100	
Baba Mesleği n=251	Çalışıyor	147	75,0	31	15,8	18	9,18	196	100	$X^2=1,334$ $P=0,513$
	Çalışmıyor	39	70,9	8	14,5	8	14,5	55	100	
	Toplam	186	100	39	100	26	100	251	100	
Baba Sigara İçiyor mu n=251	Evet	62	78,5	11	13,9	6	7,6	79	100	$X^2=5,049$ $P=0,282$
	Hayır	95	73,1	23	17,7	12	9,23	130	100	
	İçiyordu,bıraktı	29	69,0	5	11,9	8	19,0	42	100	
	Toplam	186	100	39	100	26	100	251	100	

Öğrencilerin; 202 (%79,2)'si aile yanında, 53 (%20,8)'ü ise aile dışındaki seçeneklerde (öğrenci evi, özel yurt, devlet yurdu) ikamet ettiğini belirtmiştir. Hiç sigara içmeyenlerin oranı aile yanında kalanlarda, arasıra içen ve düzenli içenlerin oranı diğer ikamet seçeneklerinde kalanlarda daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4-8).

Öğrencilerin burs ve aileden alınan toplam miktar ile aylık gelirleri açık uçlu olarak sorgulanmıştır. Daha sonra verilen cevaplara göre 500 TL aralığı ile kategorize

edilerek değerlendirilmiştir. Aylık gelir ile sigara içme durumu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4-8).

Katılımcıların yaşadıkları ortamlarda pasif olarak sigara dumanına maruz kalma durumu değerlendirildiğinde 176'sının (%69,0) evet, 31'inin (%31,0) hayır yanıtı verdiği görülmüştür. Pasif içicilik oranının hiç sigara içmeyenlerde daha düşük, arasıra ve düzenli içenlerde daha yüksek olduğu görülmüştür. Gruplar arası anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 4-8).

Öğrencilerin yakın arkadaşlarının sigara içme durumları değerlendirildiğinde; evet yanıtı veren 89 (%34,9), hayır yanıtı veren 166 (%65,1) katılımcı olmuştur. Yakın arkadaşın sigara içiyor olma oranı hiç içmeyenlerde azalırken, arasıra ve düzenli içenlerde artmaktadır. Gruplar arasında fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4-8).

Tablo 4-8: İkamet edilen yer, Ortalama aylık gelir, Pasif içicilik durumu, Yakın arkadaşın sigara içme durumlarına göre sigara içme durumu dağılımı

		Sigara İçme Durumu						Toplam		Anlamlılık
		Hiç İçmiyor		Arasıra İçiyor		Düzenli İçiyor		n	%	
İkamet Edilen Yer	Aile Yanı	153	75,7	31	15,3	18	8,9	202	100	$X^2=2,435$ $P=0,296$
	Diğer	35	66,0	10	18,9	8	15,1	53	100	
	Toplam	188	73,7	41	16,1	26	10,2	255	100	
Ortalama Aylık Gelir (n=187)	0-500 TL	80	83,3	11	11,4	5	5,21	96	100	$X^2=20,756$ $P=0,008$
	501-1000 TL	35	62,5	11	19,6	10	17,8	56	100	
	1001-1500 TL	8	50,0	5	31,2	3	18,7	16	100	
	1501-2000 TL	3	37,5	4	50,0	1	12,5	8	100	
	2001 TL ve üstü	8	72,7	1	9,09	2	18,2	11	100	
	Toplam	134	100	32	100	21	100	187	100	
Pasif İçicilik	Hayır	64	81,0	11	13,9	4	5,06	79	100	$X^2=4,112$ $P=0,128$
	Evet	124	70,5	30	17,0	22	12,5	176	100	
	Toplam	188	73,7	41	16,1	26	10,2	255	100	
Yakın Arkadaş Sigara İçiyor mu	Hayır	142	85,5	21	12,7	3	1,81	166	100	$X^2=45,311$ $P=0,000$
	Evet	46	51,7	20	22,5	23	25,8	89	100	
	Toplam	188	73,7	41	16,1	26	10,2	255	100	

Sigarayı ilk kez 18 yaş altında deneyen toplam 14 öğrenci (%20,9), 18 yaş ve üstünde deneyen toplam 53 öğrenci (%79,1) olduğu saptanmıştır. Arasına içenlerde 18 yaş altı; düzenli içenlerde 18 yaş ve üstü sigara içme oranı daha yüksek bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 4-9).

Tablo 4-9: İlk kez sigarayı deneme yaşına göre sigara içme durumu dağılımı

		Sigara İçme Durumu						
		Arasına İçiyor		Düzenli İçiyor		Toplam		Anlamlılık
		n	%	n	%	n	%	
İlk Kez	18 yaş altı	10	71,4	4	28,6	14	100	x²=0,781 P=0 ,377
Sigarayı	18 Yaş ve üstü	31	58,5	22	41,5	53	100	
Deneme Yaşı								
(n=67)	Toplam	41	100	26	100	67	100	

Sigara içen katılımcıların ilk kez sigarayı deneme nedenlerini, 11 farklı neden ile belirtmeleri istenmiştir ve en fazla belirtilen yanıtların yüzdeleri tabloda verilmiştir. Bunlar içerisinde en fazla vurgulanan deneme nedeni %65,7 oranı ile merak olmuştur (Tablo 4-10).

Tablo 4-10: İlk kez sigara deneme nedenine göre sigara içme durumu dağılımı

		Sigara İçme Durumu			
		Arasına İçiyor	Düzenli İçiyor	Toplam	
		n	n	n	%
*Sigarayı İlk	Merak	31	13	44	65,7
Kez Deneme	Stres	12	9	21	31,3
Nedeni	Arkadaş Etkisi	10	10	20	29,9
(n=67)	Özenti	6	3	9	13,4

* Birden fazla şık işaretlenebilmiştir.

Sigara içen öğrencilerden, düzenli olarak (6 ay ve üzeri günde en az bir tane) her gün sigara içmeye başlanan ilk dönemlerini belirtmeleri istenmiştir. İlköğretim, lise, üniversite seçeneklerinden 38'i (%60,3) lise, 23'ü (%36,5) üniversite yanıtını vermiştir. Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 4-11).

Sigara içenlerin günde kaç adet sigara içtiği 1-5 adet, 6-10 adet, 11-20 adet, 21-30 adet, 31'den fazla yanıtları ile sorgulanmış ve iki kategori halinde istatistiksel değerlendirilmeye alınmıştır. 10 adet ve altı, fagerström nikotin bağımlılık testinde, bağımlılık değerlendirilmesinde 0 puan olarak kabul edildiği için sınır olarak kabul edilmiştir. 1-10 adet içen 51 (%81,0), 10 adet üstü içen 12 (%19,0) öğrenci vardır. İçilen sigara miktarı ile sigara içme durumu arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4-13).

Yapılan ki-kare analizi sonucunda anlamlı bulunan, ortalama gelir, sigara içilen süre, günde içilen sigara miktarı değişkenleri arasında bir korelasyon varlığı olup olmadığını tespit etmek amacıyla Spearman Korelasyon Analizi yapılmış ve sigara içilen süre ile günde içilen sigara miktarı arasında pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,29$ $p=0,021$).

Tablo 4-13: Günde içilen sigara miktarına göre sigara içme durumu dağılımı

Günde İçilen Sigara Miktarı (n=63)		Sigara İçme Durumu						Anlamlılık
		Arasına İçiyor		Düzenli İçiyor		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
	1-10 Adet	37	72,5	14	27,5	51	100	X²=21,095 P=0,000
	10 Adet üstü	0	0	12	100	12	100	
	Toplam	37	100	26	100	63	100	

Üniversiteye başladıktan sonra sigara içen öğrencilerin sigara içme oranındaki değişim sorgulanmış, 29 kişi (%46,8) arttı, 27 kişi (%43,5) değişmedi, 6 kişi (%9,7) azaldı yanıtını vermiştir. Cevap şıkları arasında yer alan ne kadar süredir artış gösterdi seçeneği cevaplanmadığı için değerlendirmeye alınmamıştır. Gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4-14).

Tablo 4-14: Üniversiteye başladıktan sonra sigara içme oranındaki değişimine göre sigara içme durumu dağılımı

		Sigara İçme Durumu						Anlamlılık
		Arasına İçiyor		Düzenli İçiyor		Toplam		
Üniversiteye		n	%	n	%	n	%	
Başladıktan	Değişmedi	16	59,3	11	40,7	27	100	
Sonra Sigara	Arttı	15	51,7	14	48,3	29	100	X²=2,068 P=0,356
İçme Oranındaki	Azaldı	5	83,3	1	16,6	6	100	
Değişim (n=62)	Toplam	36	100	26	100	62	100	

Sigara içen katılımcılara, sigara içmeyi bırakmayı denediz mi sorusu yöneltilmiş ve hiç denemedim, bir kez denedim, 2 kez, 3 kez, 3'den fazla yanıtlarından birini seçmeleri istenmiştir. Hiç denemeyenler 45 kişi (%70,3), deneyenler 19 kişi (%29,7) olarak saptanmıştır ve sigara içme durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4-15).

Öğrencilere sigarayı bıraktılar ise ne kadar süredir içmedikleri sorulmuş ve toplam 8 katılımcı yanıt vermiştir. Bunlardan 5'i (%62,5) 6 ay ya da daha kısa süredir, 3'ü (%37,5) ise 6 Aydan uzun süredir içmediklerini belirtmişlerdir ve gruplar arası anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4-15).

Tablo 4-15: Sigarayı bırakma deneyimi ve süresine göre sigara içme durumu dağılımı

		Sigara İçme Durumu						
		Arasıra İçiyor		Düzenli İçiyor		Toplam		Anlamlılık
		n	%	n	%	n	%	
Bırakma Deneyimi (n=64)	Hiç Denemeyen	28	62,2	17	27,7	45	100	X ² =0,509 P=0,475
	Deneyen	10	52,6	9	47,4	19	100	
	Toplam	38	100	26	100	64	100	
Bıraktıysanız Ne Kadar Süredir İçmiyorsunuz (n=8)	6 ay ya da daha kısa süredir	4	80,0	1	20,0	5	100	X ² =0,686 P=0,408
	6 Aydan uzun	3	100	0	0	3	100	
	Toplam	7	100	1	100	8	100	

Sigara içen öğrencilere sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz sorusu yöneltilmiş; hayır ise neden, evet ise neden şeklinde yanıt seçenekleri sunulmuştur ve çoğunlukta vurgulanan seçenekler tabloda belirtilmiştir. Bırakmayı düşünmeyen katılımcılar (n=46) neden olarak sigarayı içmeyi sevdiklerini, stres atma amaçlı içtiklerini ve zararını görmediklerini belirtmişlerdir. Sigara içmeyi bırakmayı düşünen katılımcılar (n=17); sigaranın sağlığa zararlı olması, kokusunun rahatsız etmesi ve hastalanma korkusu seçeneklerini neden olarak yanıtlamışlardır (Tablo 4-16).

Sigara içen katılımcılara sigarayı bırakma deneyiminde karşılaştıkları güçlükleri belirtmeleri istenmiştir. Aşırı sigara içme isteği, sinirlilik, huzursuzluk, iştah artışı ve zorluk yok yanıtları alınmıştır (n=18) (Tablo 4-16).

Tablo 4-16: Sigarayı bırakmayı düşünme ve karşılaşılan güçlükler göre sigara içme durumu dağılımı

		Sigara İçme Durumu			
		Arasına İçiyor	Düzenli İçiyor	Toplam	
		n	n	n	%
*Bırakmayı Düşünmüyor Çünkü: (n=46)	Sigara İçmeyi Seviyor	15	14	29	63,0
	Stres Atma Amaçlı İçiyor	14	11	25	54,3
	Zararını Görmüyor	4	6	10	21,7
*Bırakmayı Düşünüyor Çünkü: (n=17)	Sağlığa Zararlı	9	5	14	82,4
	Kokusu Rahatsız Ediyor	3	5	8	47,1
	Hastalanma Korkusu	2	5	7	41,2
*Bırakınca karşılaşılan güçlükler (n=18)	Aşırı sigara içme isteği	1	5	6	33,3
	Zorluk Yok	6	0	6	33,3
	Sinirlilik	2	4	6	33,3
	Huzursuzluk	2	4	6	33,3
	İştah Artışı	2	3	5	27,8

* Birden fazla şık işaretlenebilmiştir.

Öğrencilerden sigara içme isteğini artıran nedenleri; çay-yemekten sonra- stres-kahve- alkol seçenekleri ile yanıtlamaları istenmiş ve stres ve diğer etkenler şeklinde iki kategori olarak değerlendirmeye alınmıştır. Stres seçeneği 7 (%70), diğer seçenekler 3 (%30) kez sigara içme isteğini artıran neden olarak belirtilmiştir ve gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4-17).

Tablo 4-17: Sigara içme isteğini arttıran nedenlere göre sigara içme durumu

		Sigara İçme Durumu						Anlamlılık
		Arasına İçiyor		Düzenli İçiyor		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
*Sigara İçme İsteğini Arttıran Nedenler (n=10)	Stres	4	57,1	3	42,9	7	100	X²=2,857 P=0,414
	Diğer	2	66,6	1	33,3	3	100	
	Toplam	6	100	4	100	10	100	

* Birden fazla şık işaretlenebilmiştir.

Katılımcıların sigarayı bırakma amaçlı profesyonel yardım alma durumları sorgulanmış; 61 katılımcı (%96,8) hayır, 2 katılımcı (%3,2) evet yanıtını vermiştir. Gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4-18).

Öğrencilere, sigara Bırakma Danışma Hattı'nı bilip bilmedikleri sorulmuş 52 kişi (%82,5) hayır, 11 kişi (%17,5) evet yanıtını vermiştir. Gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4-18).

Tablo 4-18: Sigara bırakma amaçlı profesyonel destek alımı ve danışma hattı bilme durumuna göre sigara içme durumu dağılımı

		Sigara İçme Durumu						
		Arasına İçiyor		Düzenli İçiyor		Toplam		Anlamlılık
		n	%	n	%	n	%	
Sigarayı Bırakmak Amaçlı Profesyonel Bir Destek Aldınız mı (n=63)	Hayır	36	59,0	25	41,0	61	100	X ² =0,065 P=0,799
	Evet	1	50	1	50	2	100	
	Toplam	37	100	26	100	63	100	
Danışma Hattı Biliniyor mu (n=63)	Hayır	30	57,7	22	42,3	52	100	X ² =0,132 P=0,716
	Evet	7	63,6	4	36,4	11	100	
	Toplam	37	100	26	100	63	100	

Katılımcıların, gelecekte sigara içme miktarı konusundaki düşünceleri sorgulanmış; 27 katılımcı (%42,9) değişiklik olmayacağını, 27 katılımcı (%42,9) ise bırakmayı düşündüklerini belirtmişlerdir. Gruplar arası anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 4-19).

Öğrencilerin sigaranın sağlığa olumsuz etkileri olduğu endişesi olup olmadığı sorulmuş; 46 kişi (%73) evet, 17 kişi (%27) hayır yanıtı vermiştir. Gruplar arası anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 4-19).

Tablo 4-19: Gelecekte sigara içme miktarı konusundaki düşünceler ve sigaranın sağlığa olumsuz etkileri olduğu endişine göre sigara içme durumu dağılımı

		Sigara İçme Durumu						Anlamlılık
		Arasıra İçiyor		Düzenli İçiyor		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Gelecekte Sigara İçme Miktarı Konusundaki Düşünceler (n=63)	Değişiklik olmayacağı düşüncesi	20	74,1	7	25,9	27	100	X ² =5,839 P=0,120
	Artacağı düşüncesi	1	50	1	50	2	100	
	Azaltma düşüncesi	2	28,6	5	71,4	7	100	
	Bırakma düşüncesi	14	51,9	13	48,1	27	100	
	Toplam	37	100	26	100	63	100	
Sigaranın sağlığa olumsuz etkileri olduğu endişesi (n=63)	Evet	27	58,7	19	41,3	46	100	X ² =0,000 P=0,993
	Hayır	10	58,8	7	41,2	17	100	
	Toplam	37	100	26	100	63	100	

Tüm katılımcılara (n=255), puro, nargile, uyuşturucu gibi başka alışkanlıklarının olup olmadığı sorulmuş; 227 katılımcıdan (%89) hayır, 28 katılımcıdan (%11) evet yanıtı alınmıştır. Evet yanıtı verenlerin, 10'u (%35,7) düzenli sigara içen, 10'u (%35,7) arasıra içen, 8'si (%28,6) ise hiç sigara içmeyenlerden oluşmaktadır. Başka alışkanlık var olma durumu ile sigara içme durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 4-20).

Tablo 4-20: Başka alışkanlık var olma durumuna göre sigara içme durumu dağılımı

		Sigara İçme Durumu								Anlamlılık
		Hiç İçmiyor		Arasıra İçiyor		Düzenli İçiyor		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Başka Alışkanlık	Hayır	180	79,3	31	13,7	16	7,05	227	100	X²=36,329 P=0,000
Var Olma	Evet	8	28,6	10	35,7	10	35,7	28	100	
Durumu (n=255)	Toplam	188	100	41	100	26	100	255	100	

Katılımcıların tümünün, sigara ile hastalıkların ilişkili olma durumu hakkındaki bilgileri sorgulanmıştır. Sırasıyla; Akciğer Kanseri (%97,6), Gırtlak Kanseri (%73,7), Ağız Kanseri (%69,8), Kalp Damar Hastalıkları (%67,1), Kronik Bronşit (%62,0), Beyin Damar Hastalıkları (%56,5), Yeni Doğan Bebek Ölümü (%45,9), Mesane Kanseri (%34,5) oranlarında sigara ile ilişkisi olduğu belirtilmiştir. (Tablo 4-21).

Tablo 4-21: Sınıf durumuna göre sigara-hastalık ilişkisi bilgi durumu dağılımı

		Birinci Sınıf		Son Sınıf		Hastalığın İlişkili Olduğunu Düşünen Toplam Kişi	
		n	%	n	%	n	%
Sigara Hastalık İlişkisi (n=255)	Akciğer Kanseri	184	97,4	65	98,5	249	97,6
	Gırtlak Kanseri	136	72	52	78,8	188	73,7
	Ağız Kanseri	123	65,1	55	83,3	178	69,8
	Kalp Damar Hastalıkları	123	65,1	48	72,7	171	67,1
	Kronik Bronşit	117	61,9	41	62,1	158	62,0
	Beyin Damar Hastalıkları	104	55,0	40	60,6	144	56,5
	Yeni Doğan Bebek Ölümü	85	45,1	32	48,5	117	45,9
	Mesane Kanseri	59	31,2	29	43,9	88	34,5

* Birden fazla şık işaretlenebilmiştir.

Öğrencilerin fakülte eğitimi süresince derslerinde, sigara ile alakalı eğitim alma durumu sorgulanmıştır. Sınıf durumu ile eğitim alma durumu arasında gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4-22).

Tablo 4-22: Fakültede eğitimi süresince sigara ile ilgili alınan eğitim durumuna göre sigara içme durumu dağılımı

		Birinci Sınıf		Son Sınıf		Toplam		Anlamlılık
(n=255)		n	%	n	%	n	%	
Sigara içme tehlikeleri hakkında derslerde eğitim alındı mı?	Evet	38	20,1	58	87,9	96	37,6	X²=95,717 P=0,000
	Hayır	151	79,9	8	12,1	159	62,4	
Derslerde sigara içme nedenleri tartışıldı mı?	Evet	44	23,3	35	53,0	79	31,0	X²=20,248 P=0,000
	Hayır	145	76,7	31	47	176	69,0	
Hastadan tütün kullanım öyküsü almanın önemi tartışıldı mı?	Evet	71	37,6	58	87,9	129	50,6	X²=49,538 P=0,000
	Hayır	118	62,4	8	12,1	126	49,4	
Bırakma yaklaşımları konusunda pratik veya teorik eğitim alındı mı?	Evet	15	7,9	31	47,0	46	18,0	X²=50,409 P=0,000
	Hayır	174	92,1	35	53,0	209	82,0	
Sigarayı bırakmayı destekleyen eğitim materyali sağlamanın önemli olduğu tartışıldı mı?	Evet	49	25,9	40	60,6	89	34,9	X²=25,895 P=0,000
	Hayır	140	74,1	26	39,4	166	65,1	

4.2. Sigara İçen- Sigara İçmeyen Durumuna Göre Değerlendirme

Sigara içme durumuna göre yapılan analizlerden sonra, hiç içmeyen- arasına içen ve düzenli içenler ileri analiz yapılması amacıyla yeniden gruplandırılmıştır. Arasına içen ve düzenli içenler sigarayla teması olanlar olarak, hiç içmeyenler ise sigarayla teması olmayanlar olarak nitelendirilip değerlendirmeye alınmıştır. Yapılan ki-kare analizi sonucunda bölüm, sınıf durumu, cinsiyet, ortalama aylık gelir, anne-baba sosyal durum, baba eğitim durumu, en yakın arkadaşın sigara içme durumu ve başka alışkanlık var olma durumu anlamlı olarak saptanmış ($p<0,05$) ve lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir (Tablo 4-23).

Tablo 4-23: Sigara içen–Sigara içmeyen durumuna göre anlamlı bulunan değişkenler

		Sigara İçmiyor		Sigara İçiyor		Toplam		Anlamlılık
		n	%	n	%	n	%	
Bölüm	Diş Hekimliği	53	61,6	33	38,4	86	100	X²=9,818 P=0,007
	Eczacılık	50	79,4	13	20,6	63	100	
	Hemşirelik	85	80,2	21	19,8	106	100	
Sınıfınız	Birinci Sınıf	145	77,1	44	65,7	189	74,1	X²=3,379 P=0,046
	Son Sınıf	43	22,9	23	34,3	66	25,9	
Cinsiyet	Erkek	21	44,7	26	55,3	47	100	X²=25,093 P=0,000
	Kadın	167	80,3	41	19,7	208	100	
Ortalama Aylık Gelir	0-500 TL	80	83,3	16	16,7	96	100	X²=17,053 P=0,002
	501-1000 TL	35	62,5	21	37,5	56	100	
	1001-1500 TL	8	50,0	8	50,0	16	100	
	1501-2000 TL	3	37,5	5	62,5	8	100	
	2001 TL ve üstü	8	72,7	3	27,3	11	100	
Anne-Baba Sosyal Durum	Birlikte	179	75,2	59	24,8	238	100	X²=4,062 P=0,044
	Ayrı	9	52,9	8	47,1	17	100	
Baba Eğitim	Temel Eğitim ve Üstü	130	70,3	55	29,7	185	100	X²=5,387 P=0,020
	Temel Eğitim Altı	56	84,8	10	15,2	66	100	
En Yakın Arkadaş Sigara İçiyor mu	Hayır	142	85,5	24	14,5	166	100	X²=34,284 P=0,000
	Evet	46	51,7	43	48,3	89	100	
Başka Alışkanlık Durumu	Yok	180	79,3	47	20,7	227	100	X²=33,107 P=0,000
	Var	8	28,6	20	71,4	28	100	

4.2.1. Lojistik Regresyon Analiz Bulguları

Univaryant analizlerde anlamlı çıkan değişkenler, multivaryant analiz olan backward stepwise metodu ile lojistik regresyon analizi yapıldığında sınıf, cinsiyet, en yakın arkadaşın sigara içme durumu, ve başka alışkanlığın varlığı değişkenleri anlamlılığını korumuştur. Öğrencilerin okuduğu sınıf, erkek olmaları, en yakın arkadaşın sigara içmesi, başka alışkanlığın olması sigara kullanımında grubun tamamında risk faktörü olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4-24).

Tablo 4-24: Lojistik Regresyon analizinde sigara içen ve sigara içmeyenlere göre anlamlılığını koruyan değişkenler

	B coefficient	Standart Error	Odds Ratio	% 95 CI	P
Başka Alışkanlık	2,264	0,631	9,625	2,796-33,125	0,000
En Yakın Arkadaşın Sigara İçme Durumu	1,404	0,396	4,070	1,872-8,849	0,000
Cinsiyet	1,179	0,451	3,253	1,343-7,880	0,009
Sınıf	0,929	0,414	2,531	1,125-5,695	0,025

4.3. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

Arasıra ve düzenli sigara içen 67 kişiden 59'u Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi'ne yanıt vermiştir. Buna göre 42 kişi (%71,3) çok az bağımlı, 10 kişi (%17,0) az bağımlı, 1 kişi (%1,7) orta derecede bağımlı, 5 kişi (%8,5) yüksek derecede bağımlı, 1 kişi (%1,7) çok yüksek derecede bağımlı olarak bulunmuştur (Tablo 4-25).

Tablo 4-25: Sigara içenlerin bağımlılık dağılımları

	Sayı	%
0-2: Çok az bağımlılık	42	71,3
3-4: Az bağımlılık	10	17,0
5: Orta derecede bağımlılık	1	1,7
6-7: Yüksek bağımlılık	5	8,5
8-10: Çok yüksek bağımlılık	1	1,7
Toplam	59	100

Puanlama orta altı (5 puan altı) ile orta ve üzeri (5 puan ve üzeri) olarak yapılandırılmıştır. Daha sonra bağımlılık puan sonuçlarına göre, bölüm ve sınıf değişkenleri ile kıkare analizi yapılmıştır. Orta altı bağımlılığa sahip 52 öğrenci (%88,1), orta ve üzeri bağımlılığa sahip 7 öğrenci (%11,9) saptanmıştır.

Öğrencilerin sınıf durumuna göre yapılan ki-kare analizinde birinci sınıflarda orta altı bağımlılığı oranı %89,5, orta ve üzeri bağımlılık oranı %10,5; son sınıflarda orta altı bağımlılığı oranı %85,8, orta ve üzeri bağımlılık oranı %11,9 olarak tespit edilmiştir. Sınıf durumları ve bağımlılık durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4-26).

Tablo 4-26: Sınıflara göre bağımlılık düzeyi dağılımları

Bağımlılık Düzeyi	Sınıf						Anlamlılık
	Birinci Sınıf		Son Sınıf		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Orta Altı	34	89,5	18	85,8	52	88,1	X²=0,183
Orta ve üzeri	4	10,5	3	14,2	7	11,9	P=0 ,669
Toplam	38	100	21	100	59	100	

Öğrencilerin bölümlerinin bağımlılık durumlarına göre yapılan ki-kare analizinde orta altı bağımlılığa sahip 23 (%44,2) diş hekimliği, 13 (%25,0) eczacılık öğrencisi, 16 (%30,8) hemşirelik öğrencisi; orta ve üzeri bağımlılığa sahip 6 (%85,7) diş hekimliği ve 1 (%14,3) hemşirelik öğrencisi saptanmıştır. Bölümler arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4-27).

Tablo 4-27: Bölümlere göre bağımlılık düzeyi dağılımları

Bağımlılık Düzeyi	Bölüm								Anlamlılık
	Diş Hekimliği		Eczacılık		Hemşirelik		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Orta Altı	23	44,2	13	25,0	16	30,8	52	100	X ² =4,492
Orta ve üzeri	6	85,7	0	0	1	14,3	7	100	P=0,106
Toplam	29	100	13	100	17	100	59	100	

5. TARTIŞMA

Sigara kullanımı sağlığı olumsuz yönde etkilemekte, morbidite ve mortalite oranlarının hızla artmasına neden olmaktadır. Sigara kontrolünde önemli bir yeri olan sağlık profesyonellerinin henüz öğrencilik aşamasında iken sigara kullanımı ile ilgili bilgi düzeyleri ve sigara kullanım prevalanslarının belirlenmesi ve tütüne yönelik pratik ve teorik sağlık eğitimleri ile desteklenmeleri önemlidir.

Araştırmada 309 öğrenciden 255'ine (%82,5) ulaşılmıştır. 255 öğrencinin; %33,7'si diş hekimliği, %24,7'si eczacılık, %41,6'sı hemşirelik öğrencilerinden oluşmuştur. Sigara içme durumlarına göre yapılan dağılımlarda, toplam 255 öğrenci içinde; arasıra sigara içme oranı %16,1 (n=41), düzenli sigara içme oranı %10,2 (n=26), hiç sigara içmeyen oranı ise %73,7 (n=188) olarak bulunmuştur. Arasıra ve düzenli içen yani sigara ile teması olan toplam oran ise; %26,3 olarak elde edilmiştir.

2008 yılı “Küresel Sağlık Meslekleri Öğrencileri Tütün Araştırması (GHPSS)”nda, çalışmaya katılan ülkelerin genelinde öğrencilerin toplam %20'sinin aktif sigara içtiği saptanmıştır (64). Aynı çalışma ülkemizde 2010 yılında 3. sınıf tıp öğrencilerine yapılmış ve %28,5 oranında düzenli sigara içicisi olduğu tespit edilmiştir (65). “Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA)”na göre ise; Türkiye’de 15-24 yaş arası günlük sigara kullanma prevalansı %21,7 olarak bulunmuştur (17).

Ülkemizde; üniversite öğrencileri arasında yapılan farklı çalışmalarda sigara kullanım yaygınlığı %16 ile %65 arasında değişmektedir (74). 2013 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi öğrencilerinde yapılan çalışmada sigara içme oranı %31,1 bulunurken (74), 2008 yılında Dicle Tıp Fakóltesi öğrencilerinde %19,8 (75), 2008 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesinde %48,1 olarak tespit edilmiştir (76). Araştırmamızda, sigara içme oranı (arasıra ve düzenli içen) %26,3 olarak tespit edilmiştir ve diğer çalışmalar ile uyum göstermektedir.

Çalışmamıza; 47 (%18,4) erkek, 208 (%81,6) kız öğrenci katılmıştır. Erkeklerde sigara içme oranları arasıra içenlerde %27,6; düzenli içenlerde %27,6 (toplam %55,2) olarak bulunmuştur. Kızlarda ise bu oran; arasıra içenlerde % 13,5; düzenli içenlerde %6,2 (toplam %19,7) olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede sigara içme durumu ile cinsiyet arasında anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=28,634$, $p=0,0001$). Sigara ile teması olan ve olmayan olarak değerlendirildiğinde cinsiyet ($\chi^2=25,093$, $p=0,0001$) yine anlamlı bulunmuş, lojistik regresyon analizinde ise anlamlılığını

korumuştur. Lojistik regresyon analizi sonucunda; sigara içme oranının erkeklerde kadınlara göre 3,2 kat daha fazla olduğu saptanmıştır ($p=0,009$, OR: 3,253, %95 CI: 1,343-7,880).

Literatürde erkek cinsiyetinin sigara içmede bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (77,14). CDC'nin yapmış olduğu “Küresel Yetişkin Tütün Araştırması”na göre; çalışmanın yapıldığı tüm ülkelerde, erkeklerde sigara içme prevalansı yüksek bulunmuştur (14). DSÖ sağlık istatistiklerine göre; tüm dünyada sigara içenlerin %80'ini erkekler oluşturmaktadır ve erkeklerin sigara içme oranı %36 iken kadınların %8'dir (78). “Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012”ye göre 15 yaş ve üzeri erkeklerde sigara içme oranı %41,4 iken kadınlarda %13,1'dir (17). Türkiye, Avrupa ülkeleri arasında erkeklerde sigara içme oranı ile 11. sırada, kadınlarda ise sondan 10 ülke arasında yer almaktadır (79).

Üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmalarda sigara içme oranları; 2008 yılında Sakarya Üniversitesi'nde %79,9 erkek, %20,1 kadın (80); 2008 yılında Trakya Üniversitesi'nde %54,2 erkek, %39,5 kadın (81); 2008 yılında Kırıkkale Üniversitesi'nde %66,1 erkek, %33,9 kadın (82); 2012 yılında Bitlis Eren Üniversitesi'nde %45,6 erkek, %14 kadın (83); olarak bulunmuştur. Sigara içme oranlarının çalışmamızda (%55,2 erkek, %19,7 kadın) ve diğer çalışmalarda erkeklerde kadınlara göre çok daha yüksek bulunmasında; sosyoekonomik ve kültürel yapının etkilerinden söz edilebilir.

Günümüzde erkeklerde sigara kullanım yaygınlığının yüksek olması ile birlikte kadınlar arasında bu sıklığın giderek arttığı bilinen bir gerçektir. Yapılan bir projeksiyon araştırmasında; 2025 yılında dünya genelinde kadınlarda sigara içme sıklığının yükseleceği ve %20 civarına ulaşacağı tahmin edilmektedir (84). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, eğitim düzeyinin yükselmesi ve kişi başı gelir düzeyinin artması ile kadınlarda sigara içme oranlarının yükseldiği görülmüştür (85). Sigara tüketiminde tütün endüstrisinin yeni hedef kitlesi olan kadınları koruyamaya odaklanmalı ve etkili tütün karşıtı politikaların uygulanma alanları yoğunlaştırılmalıdır (86).

Çalışmamızda arasıra sigara içenlerin %65,9'u birinci sınıflarda; %34,1'i son sınıflarda yer alırken; düzenli içenlerin %65,4'ü birinci sınıflarda, %34,6'sı son sınıflarda yer almaktadır. Sigara içen (arasıra ve düzenli içen) ve içmeyen olarak birlikte değerlendirildiğinde sınıf durumu ile sigara içme durumu arasında anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=3,379$, $p=0,046$), ve lojistik regresyon analizi sonucunda sınıf değişkeni anlamlılığını korumuştur. Lojistik regresyona göre birinci sınıflarda sigara içme oranı 2,5 kat daha fazladır ($p=0,025$, OR: 2,531, %95 CI: 1,125-5,695).

Çalışmamızda toplam sigara içme oranları birinci sınıflarda %65,7; son sınıflarda %34,3 olarak tespit edilmiştir. Yapılan birçok araştırmada ise sigara kullanımının, sınıf artışı ile arttığı görülmüştür: 2010 yılında Celal Bayar Üniversitesi'nde birinci sınıflarda %12,7, son sınıflarda %20,4 (87); 2012 yılında Marmara Üniversitesi'nde birinci sınıflarda %6,5, son sınıflarda %19,4 (88); 2015 yılında Yeditepe Üniversitesi'nde birinci sınıflarda %19,2, son sınıflarda ise %35 (91) olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise son sınıfta sigara kullanımının azalması; son sınıflarda derslerde sigara tüketimi ile ilgili alınmış olan eğitimlere ve sigara içmenin sağlık riskleri konusunda daha fazla farkındalık ve bilgi birikiminin oluşmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Etiyopya'da 2014 yılında bir üniversitede yapılan araştırmada ikinci sınıftan itibaren sigara içme oranlarının düştüğü tespit edilirken (89); 'Kanada Tütün Kullanım Raporu'nda göre Kanada'da yaş ve eğitim ile birlikte sigara kullanım sıklığının azaldığı belirtilmiştir (90) ve bu çalışmalar bizim sonucumuzu desteklemektedirler.

Öğrencilerin bölümlere göre sigara içme durumu dağılımı incelendiğinde anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=9,829$, $p=0,043$). Dış hekimliği öğrencilerinde sigara içme oranı (arasıra içen %23,2, düzenli içen %15,1) toplam %38,3 iken, bu oran eczacılık öğrencilerinde (arasıra %12,7 ve düzenli içen % 7,9) toplam %20,6, hemşirelik öğrencilerinde (arasıra %12,3, düzenli içen %7,5) toplam %19,8 olarak bulunmuştur. Sigara ile teması olan ve olmayan olarak değerlendirilmeye alındığında bölüm değişkeni yine anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=9,818$, $p=0,007$) ancak lojistik regresyon ile ileri analiz yapıldığında anlamlılığını yitirmiştir. Araştırmaya katılan toplam 47 erkekten 35'i (%75,5) dış hekimliği öğrencilerinden oluşmaktadır. Araştırmamızda erkeklerin sigara içme oranlarının kadınlara göre 3,2 kat fazla olması, dış hekimliği öğrencilerinde sigara içme prevalansının cinsiyete bağlı olabileceğini

düşündürmektedir.

Sigara içme nedenleri kültüre, eğitim durumuna, yaşa, cinsiyete, sosyodemografik ve sosyoekonomik faktörlere benzer birçok etmene göre değişebilmektedir. Yapılan araştırmalarda sigara kullanmaya başlamada; özentisi, akran etkisi, büyüdüğünü ispat etme isteği, stres, merak, mutsuzluk, aile bireylerinin sigara içmesinden etkilenme gibi başlıca sebepler gösterilmektedir (92,93,94).

Araştırmamızda sigara içen katılımcıların ‘ilk kez sigarayı deneme nedenleri’; %65,7 merak, %31,3 stres, %29,9 arkadaş etkisi, %13,4 özentisi olarak belirtilmiştir. Sigara içen öğrencilerin ‘sigara içme nedenleri’nden en fazla vurgulananlar %74,6 keyif amaçlı, %43,3 sıkıntı ve stresi azaltmak için, %23,9 sakinleşmek için ve %14,9 arkadaş etkisi olmuştur. Sigara içen öğrencilere sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz sorusunu yönelttiğimizde ‘bırakmayı düşünmeyen katılımcılar’ sebep olarak sigarayı içmeyi sevdiklerini (%29) ve stres atma amaçlı içtiklerini (%25) belirtmişlerdir. Çalışmamızda, stres faktörünün sigarayı ilk kez denemede, içmeye devam etmede, sigara içme isteğini öncelikli olarak arttırmada ve bırakma isteğini olumsuz etkilemede ortak bir etken olduğu dikkati çekmiştir.

2011 yılında Celal Bayar Üniversitesi’nde sağlık eğitimi alan öğrencilerin sigaraya en sık başlama nedeni %55,2 merak, %36,8 arkadaş etkisi, %16,1 ortama uyum sağlama, %10,3 özentisi olmuştur (95). 2013 yılında Gaziosmanpaşa Üniversitesi’nde %30 stres, %27 özentisi, %23 merak, %12 arkadaş etkisi ile sigaraya başlandığı; %42 keyif, %36 alışkanlık, %23 stres gibi nedenlerden dolayı sigara kullanmaya devam edildiği belirtilmiştir (96). 2015 yılında İstanbul’da sigara içen veya bırakmış olanlar arasında yapılan bir araştırmada, sigaraya başlama nedeni %37,3 ile merak, %21,3 ile arkadaş etkisi olmuştur (97).

Genç yetişkinlik dönemi, özellikle okul gibi sebeplerden dolayı evden uzaklaşan gençlerde; artan stres ve baskı, kimlik arayışı ve sağlık davranışlarının oluşturulması ile birlikte önemli bir gelişim dönemini oluşturmaktadır (98). Bu dönemin, aynı zamanda gençlerde sigaraya başlama ve ardından düzenli sigara kullanımına geçişin gerçekleştiği bir zaman dilimi olduğu saptanmıştır. Bu kritik geçiş döneminde, tütün kullanım etkenlerinin anlaşılması; tütün kullanım yaygınlığını ve önlenabilir hasarlarını önemli ölçüde azaltmak için fırsatlar sunacaktır (99).

Yapılan araştırmalarda stres ve üzüntü ile başa çıkmada sigaranın bir araç olarak kullanıldığı; kişinin gerginlik, kızgınlık gibi olumsuz duygularda sigaraya başvurarak bu duyguları geçici olarak yatıştırmaya çalıştıkları tespit edilmiştir (100). Sigara kullanımını kontrol etmede hatırlatıcı unsurları ortadan kaldırmak önemlidir; bu anlamda özellikle üniversite öğrencileri için okula uyumun arttırılması adına çalışmalar yapılmalı, sosyal etkinlikler ve spor ile desteklenmeli, stres ve sorumluluklar ile mücadele yolları öğretilmeli, sigara ve benzeri gibi farklı alışkanlık arayışlarına girmeleri engellenmelidir (91,101). Ayrıca bireylerin erken yaşlarda merak nedeniyle sigaraya başlamalarının önüne geçmek için; okula başlanan ilk dönemlerden itibaren tütün ürünlerinin insan vücuduna ve çevreye vermiş olduğu zararlar, bağımlılık ile birlikte yaşanan sıkıntılar, ekonomik kayıplar gibi konularda sağlık eğitimi verilmeli ve sigaraya başlamalarında etkili olan bu faktörler önlenmeye çalışılmalıdır.

Çalışmamızda, öğrencilerin yakın arkadaşlarının sigara içme durumları değerlendirilmiş ve %29,9 oranında sigarayı deneme nedeni, %14,9 oranında ise sigara içiyor olma nedeni arkadaş etkisi olarak belirtilmiştir. Yakın arkadaşın sigara içiyor olma oranı hiç içmeyenlerde azalırken, arasıra ve düzenli içenlerde artmaktadır ve gruplar arasında fark anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=45,311$ $p=0,000$). Sigara içen ve içmeyen olarak değerlendirildiğinde sigara içenlerin %43,3'ü yakın arkadaşının sigara kullandığını belirtmiştir. Anlamlı bulunan bu sonuç ($\chi^2=34,284$ $p=0,000$) lojistik regresyon analizinde anlamlılığını korumuştur ($p=0,000$, OR: 4,070, %95CI: 1,872-8,849). Buna göre; çalışmamızda yakın arkadaşın sigara içiyor oluşu 4.1 kat risk faktörü olarak bulunmuştur. Dayı'nın 2013'de Osmangazi Üniversitesi'nde yaptığı çalışmada yakın arkadaşı sigara içenlerin 2.77 kat daha fazla sigara içtiği saptanmıştır (74).

Literatürdeki pekçok çalışma sigara kullanımında arkadaş etkisinin önemli bir etken olduğunu belirtmiştir. Bu oranlar %30 ile %87 arasında değişmektedir (102-107). Gençler sigara içilen arkadaş ortamında dışlanmamak ve uyum sağlamak amacıyla sigaraya başlayabilmektedirler. Sosyal etkileşim altında sigaraya başlayan veya akran grubunu etkileyerek başlatılmasına neden olunan arkadaş gruplarına karşı tütün kontrolünde kişisel çözümler ile birlikte kitlesel çözümler üretilmeli ve sigaraya başlanılmasında en riskli nedenlerden biri olan bu etken ile mücadele edilmelidir.

Çalışmamızda sigara içen ve içmeyen grupta; öğrencilerin aylık gelir durumu, anne babalarının birlikte veya ayrı olmaları ve babanın eğitim durumu değişkenleri anlamlı saptanmış olsada, lojistik regresyon analizi sonucunda anlamlılıklarını yitirmiş ve sigara içme durumunda bir risk faktörü olmadıkları saptanmıştır.

Öğrencilerin sigara içme sürelerinde en fazla yanıt, arasra içenlerde 1yıl-5 yıldan az (%61,3); düzenli içenlerde 5 yıl- 10 yıldan az (%61,1) olarak bulunmuştur. Sigara içme süreleri ile sigara içme durumu arasında anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=9,555$ $p=0,049$). Günde 10 adet ve üstü sigara içenlerin tamamının düzenli sigara içenler arasından; günde 1-10 adet sigara içenlerin ise %72,5 oranında arasra içenler arasından olduğu görülmüştür. İçilen sigara miktarı ile sigara içme durumu arasında anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=21,095$, $p=0,000$). Sigara içilen süre ile günlük içilen sigara miktarı değişkenleri arasında bir korelasyon varlığı olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan Spearman Korelasyon Analizi sonucunda pozitif yönde bir korelasyon saptanmış ($r=0,29$ $p=0,021$) ve süre arttıkça içilen sigara miktarının arttığı tespit edilmiştir.

Öğrencilerin puro, nargile gibi başka alışkanlıklarının varlığı sorgulandığında, arasra içenlerin %35,7'sinin, düzenli sigara içenlerin %35,7'sinin, toplam sigara içenlerin %71,4'ünün sigara ile birlikte başka bir alışkanlığa sahip olduğu görülmüş ve anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=33,107$, $p=0,000$). Lojistik regresyon analizi sonucunda anlamlılığını koruyan ($p=0,000$, OR: 9,625, %95 CI: 2,796-33,125) başka alışkanlığın var olma durumunun, sigara içmede 9,6 kat risk faktörü oluşturduğu görülmüştür.

Tütün endüstrisi yeni hedef kitlelere ulaşma amacıyla, ürünlerini her geçen gün güncellemektedir. Yapılan araştırmalarda, sigarayı kullananların zaman içinde birden fazla tütün ürünü kullanıcısı haline geldiklerini göstermektedir (108,109). 2010 yılında yapılan bir araştırma, sigara kullananların %30'unun birden fazla tütün ürünü kullandıklarını göstermiştir (110). 2015'de ABD'de 11 farklı üniversitede yapılan bir çalışmada; şu anda sigara içenlerin çoğunluğu (%65), ilk denedikleri ürününün sigara olduğunu, ardından sigara ile birlikte puro (% 16,4), nargile (% 11,1) ve dumansız tütün (% 5,7) ürünlerini denediklerini belirtmişlerdir (111). Yine 2015 yılında ABD'de üniversitelerde yapılan bir araştırmada, elektronik sigara kullanma oranının sigara içenler arasında %25, sigara kullanmayanlar arasında ise %3 oranında olduğu görülmüştür (112). Farklı bir çalışmada birden fazla tütün ürünü kullanan öğrenci oranı

%10,3 bulunmuş; sigara ile birlikte en fazla tüketilen tütün ürününün sırasıyla nargile, puro ve elektronik sigara olduğu belirtilmiştir (113).

Sigara ile birlikte farklı tütün alternatiflerini kullananlar; bu ürünleri sigara içimini azaltmada ya da bırakmada kullanılan daha az tehlikeli ürünler olarak algılayabilmekte ya da sigara içiminin yasak olduğu alanlarda sigaraya alternatif olarak görebilmektedirler. Bu yaklaşımlar; tütün endüstrisinin bir pazarlama tekniği olarak günümüzde karşımıza çıkmaktadır. Tütün kullanıcılarını ve potansiyel kullanıcıları, bu ürünlerin sağlık risklerine karşı uyarmak, alternatif tütün ürünlerine olan eğilimleri takip etmek ve gerekli önemleri alarak bu ürünlerin ulaşılabilirliğini azaltmak tütün kontrolünde önem arz etmektedir (114,115).

Öğrencilerin sınıflara göre bilgi düzeyinin saptanması ve kıyaslanması amacıyla anket formunda yer alan hastalıkların sigara ile ilişkili olma durumları sorgulanmıştır. Sırasıyla Akciğer Kanseri %97,6; Gırtlak Kanseri %73,7; Ağız Kanseri %69,8; Kalp Damar Hastalıkları %67,1; Kronik Bronşit %62,0; Beyin Damar Hastalıkları %56,5; Yeni Doğan Bebek Ölümü %45,9; Mesane Kanseri %34,5 oranlarında bu hastalıkların sigaraya bağlı olarak oluşabileceği yanıtları alınmıştır. Hastalık-sigara ilişkisi seçeneklerinin tümünde son sınıflarda bilgi düzeyi daha fazladır. Birinci ve son sınıflar arasında akciğer ve kronik bronşitin sigaraya bağlı olabileceği bilgisi eşit düzeydedir. Bunda bu hastalıkların günümüzde en yaygın olanlar arasında yer alması sonucu bilinirliklerinin arttığı düşünülebilir. Bilgi düzeylerinde sınıflar arasında en fazla fark %18,2 oranla ağız kanseri ve %12,7 oranla mesane kanseri arasında olduğu görülmüştür. Sınıf ilerledikçe alınan eğitimin bilgi düzeyine yansıdığı düşünülmektedir; nitekim çalışmamızda sigara ile ilgili fakülte boyunca eğitim alma durumu son sınıflarda daha yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin fakülte eğitimi süresince derslerinde, sigara ile alakalı eğitim alma durumları son sınıflarda daha yüksek oranda bulunmuş ve eğitim durumu sorgulanan tüm seçenekler ile sınıf durumu arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,000$). Son sınıflarda ‘sigara içme tehlikeleri hakkında derslerde eğitim alındı mı?’ sorusu %87,9; ‘hastadan tütün kullanım öyküsü almanın önemi tartışıldı mı?’ sorusu %87,9 ; ‘sigarayı bırakmayı destekleyen eğitim materyali sağlamanın önemli olduğu tartışıldı mı?’ sorusu %60,6 ; derslerde sigara içme nedenleri tartışıldı mı?’ sorusu %53,0 ; ‘bırakma

yaklaşımları konusunda pratik veya teorik eğitim alındı mı?’ sorusu %47,0 oranlarında evet yanıtı olarak belirtilmiştir. Son sınıflarda derslerde eğitim ve hasta öyküsü almanın tartışıldığı ancak sigara içme nedenlerinin ve bırakma konusunda teorik ve pratik eğitimin yeterli oranda verilmediği görülmüştür. Birinci sınıflarda ise en yüksek oranla (%37,6) hastadan tütün kullanım öyküsü almanın önemi vurgulanmış, diğer seçenekler %20 civarlarında evet olarak yanıtlanırken; bırakma yaklaşımları konusunda teorik ve pratik eğitim alınması %7,9 olarak olumlu yanıtlanmıştır.

Çalışmamızda sigara içme oranının, son sınıflarda %34,3; birinci sınıflarda %65,7 olarak bulunması ve tütün ile ilgili eğitim alma durumunun, son sınıflarda yüksek oranlarda olması; fakültelerde tütün ile ilgili verilen eğitimin sigara içme oranlarını olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir. Özellikle sağlık meslekleri yetiştiren üniversitelerde birinci sınıftan itibaren tütün ile ilgili eğitim verilmesi; derslerde sigara içmenin nedenlerinin daha fazla tartışılması ve bırakmaya yönelik teorik ve pratik eğitimin müfredat eğitimi içerisine dahil edilmesi sigara ile mücadelede önemli katkılar sağlayacaktır.

Çalışmamızda Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi sonuçlarına göre; %71,3 çok az bağımlı, %17,0 az bağımlı, %1,7 orta derecede bağımlı, %8,5 yüksek derecede bağımlı, %1,7 çok yüksek derecede bağımlı olarak bulunmuştur.

En yüksek bağımlılık oranının; ‘çok az bağımlı’ olarak bulunması; düzenli sigara içen oranının çalışmamızda %10,2 olarak düşük düzeyde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bölüm ve sınıfların karşılaştırılması amacı ile puanlamalar, orta altı (5 puan altı) ile orta ve üzeri (5 puan ve üzeri) olarak yapılandırılmıştır ancak iki değişken ve bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Birinci ve son sınıfta bağımlılık oranları yüksek oranda (sırayla %89,5- %85,8) ‘orta altı’ olarak tespit edilmiştir. Bölümlerde ise; %85,7 oranı ile diş hekimliği öğrencileri en fazla ‘orta ve üzeri’ bağımlılık düzeyine sahip olmuştur. Bunu ‘orta ve altı’ bağımlılık düzeyi ile %30,8 hemşirelik öğrencileri ve %25 oranı ile eczacılık bölümü öğrencileri takip etmiştir. En fazla bağımlılık düzeyinin diş hekimliği öğrencileri arasında olmasının nedeni erkek öğrencilerin %75,5 oranında bu bölümde yer almaları ve buna bağlı olarak sigara içme oranının (arasıra içen %23,2, düzenli içen %15,1, toplam %38,3) en fazla bu bölümde bulunmasının etkili olduğu düşünülebilir. Çalışmamızda bağımlılık oranlarının az olması sigara bıraktırma tedavilerine olumlu yanıt alınabileceğini ve

eğitim kapsamı içerisinde sigara bırakma yaklaşımında teorik ve pratik eğitimlerin öğrencileri bırakmaları yönünde teşvik edebileceğini düşündürmektedir.

Sigaraya başlama açısından dikkatle izlenmesi gereken gençlerin sigaraya başlamama ve bırakma konusunda desteklenmeleri gerekmektedir. Bu anlamda, gelecekte sigara ile mücadele etmesi beklenen sağlık çalışanlarının tütün kullanma durumları önemlidir ve tütün kontrolü çalışmalarında özel bir yeri vardır. Çalışmamız sonucunda; fakülte eğitimi süresince tütünün sağlığa etkileri ve kontrolü hakkında verilen sağlık eğitiminin, sigara içme sıklıklarını azalttığı yargısına varılmıştır.

Çalışmamızın kısıtlılığı, kayıtlı son sınıf öğrencilerinin az olması nedeniyle örneklem büyüklüğümüzün düşük olması ve anket formlarının sadece izin alınan ders saatlerinde uygulanabilir olmasıydı. Bu çalışmanın sonuçları kendi evrenine genelleme sınırlılığına sahiptir.

Üniversite eğitiminin ilk yılından itibaren, sigara içme nedenlerinin daha fazla tartışılması ve bırakmaya yönelik teorik ve pratik eğitimin müfredat eğitimi içerisine dahil edilmesi sigara ile mücadelede önemli bir katkı sağlayacaktır. Üniversite öğrencileri sosyal etkinlik ve spor faaliyetleri ile daha fazla desteklenmeli; sigara ve benzeri gibi farklı alışkanlık arayışlarına girmeleri engellenmelidir. Gençlerin, alternatif tütün ürünlerine olan eğilimleri takip edilerek; gerekli önlemler alınmalı ve bu ürünlerin ulaşılabilirliği mümkün olduğu ölçüde azaltılmalıdır. Sigarayı bırakmak isteyen öğrenciler tespit edilerek, sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilmeli ve bu konuda motive edilmelidirler.

KAYNAKLAR

- 1- World Health Organization. *Tobacco, Fact sheet*. 2016. Erişim 28.10.2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
- 2- World Health Organization. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*. World Health Organization, 2013.
- 3- World Health Organization. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. World Health Organization 2009.
- 4- World Health Organization. *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015*. World Health Organization 2015.
- 5- National Burden of Disease and Cost Effectiveness Project. *Burden of Disease. Final Report*. Refik Saydam Hygiene Center Presidency, School of Public Health, Başkent University. Ankara, 2004.
- 6- Kaya N, Çilli A S. Üniversite öğrencilerinde nikotin, alkol ve madde bağımlılığının 12 aylık yaygınlığı. *Bağımlılık Dergisi* 2002; 3.2: 91-97.
- 7- Tobacco Data Statistics. Fact Sheet. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health 2014.
Erişim 28.10.2016 http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/
- 8- Aslan D, Bilir N, Özcebe H. Türkiye’de sağlık çalışanlarının sigara içme durumları ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bakanlığı* 2007; 5-61.
- 9- World Health Organization. *WHO report on the global tobacco epidemic. Raising taxes on tobacco*. Luxemburg: WHO 2015.
- 10- Jha P. Avoidable Deaths from Smoking: A Global Perspective. *Public Health Reviews* 2011; 33.2: 2107-6952.
- 11- Eriksen M, Mackay J, Ross H. The tobacco atlas. No. Ed. 5. *American Cancer Society* 2015.
- 12- The True Cost of Smoking-Infographics. *American Cancer Society* 2015.
Erişim 02.11.2016 <http://www.cancer.org/research/infographicgallery/tobacco-related-healthcare-costs>

- 13- US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General. *Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health* 2014;17.
- 14- Asma S., et al. The GATS Atlas. *Atlanta, CDC Foundation* 2015; 40-41.
- 15- TAPDK. Tütün Mamulleri Piyasası İstatistikleri. Erişim 10-11-2016
<http://www.tapdk.gov.tr/tr/piyasa-duzenlemeleri/tutun-mamulleri-piyasasi/tutun-mamulleri-uretim-ve-ticareti.aspx>
- 16- Seydioğulları M. Tütün Kontrolü ve Yasa Dışı Ticaret. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2016; 1300-4387.
- 17- Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. *Sağlık Bakanlığı* Ankara 2014; 948.
- 18- Bilano V, et al. Global trends and projections for tobacco use, 1990–2025: an analysis of smoking indicators from the WHO Comprehensive Information Systems for Tobacco Control. *The Lancet* 2015; 966-976: 385.9972.
- 19- Öberg M, et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *The Lancet* 2011; 377.9760:139-146.
- 20- World Health Organization. Global Report on the Global Tobacco Epidemic; Implementing Smoke-Free Environments. *World Health Organization* 2009.
- 21- Wipfli H, et al. Secondhand smoke exposure among women and children: evidence from 31 countries. *American journal of public health* 2008; 98.4:672-679.
- 22- Frazer K, et al. Impact of institutional smoking bans on reducing harms and secondhand smoke exposure. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; Issue 5. Art. No.: CD011856.
- 23- Winickoff, Jonathan P., et al. Beliefs about the health effects of “thirdhand” smoke and home smoking bans. *Pediatrics* 2009; 123.1: e74-e79.
- 24- World Health Organization. Adolescents: health risks and solutions. *Fact sheet* 2014; 345.

- 25- Smoking and Adolescence. Erişim : 25.11.2016
<https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/tobacco/smoking-adolescence>
- 26- Park S. Smoking and adolescent health. *Korean journal of pediatrics* 2011; 54.10: 401-404.
- 27- Eticha T, Kidane F. The Prevalence of and Factors Associated with Current Smoking among College of Health Sciences Students, Mekelle University in Northern Ethiopia. *PloS one* 2014; 9.10: e111033.
- 28- Downs SM, Zhu V, Anand V, Biondich PG, Carroll AE. The CHICA Smoking Cessation System. *AMIA Annual Symposium Proceedings* 2008; 2008:166-170.
- 29- Khan B H, et al. Pattern of Cigarette Smoking among College Students of Mardan. *Pakistan Journal of Medical Research* 2015; 54.3: 74.
- 30- World Health Organization, and WHO Tobacco Free Initiative. World No Tobacco Day 2008: tobacco-free youth 2008.
- 31- Lovato C, Watts A, Stead LF. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 10. Art. No.: CD003439.
- 32- Global Youth Tobacco Survey Collaborating Group. Differences in worldwide tobacco use by gender: findings from the Global Youth Tobacco Survey. *The Journal of School Health* 2003; 73.6 :207-15.
- 33- World Health Organization. *WHO Mortality Attributable to Tobacco, Global Report* 2012.
- 34- Jha P. Deaths and taxes: stronger global tobacco control by 2025. *The Lancet* 2015; 385.9972: 918-920.
- 35- Ng M, et al. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012. *Jama* 2014; 311.2: 183-192.
- 36- Mokdad A H., et al. Actual causes of death in the United States, 2000. *Jama* 2004; 291.10: 1238-1245.
- 37- U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: What It Means to You. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention 2010.
- 38- Lavinghouze SR, Malarcher A, Jama A, Neff L, Debrot K, Whalen L. Trends in quit attempts among adult cigarette smokers – United States, 2001–2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015, 64.40: 1129.

- 39- Ergüder T. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi Küresel Sağlık İçin, Küresel Eylem. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Ankara, Şubat Yayın No:731 2008.
- 40- Prokhorov A V.et al. Nicotine and Tobacco Use Prevention among Youth and Families. In: *Seminars in Oncology Nursing WB Saunders* 2016; Vol. 32. No. 3.
- 41- Küresel Tütün Salgını Raporu. MPOWER Paketi. Dünya Sağlık Örgütü 2008.
- 42- Mendez D, Alshanqeety O, Warner K E. The potential impact of smoking control policies on future global smoking trends. *Tobacco control* 2013; 22.1: 46-51.
- 43- World Health Organization. *Tobacco control in Turkey*. WHO 2009.
- 44- Gaydan A, et al. Tütün Kontrolü ve Dünya Deneyimleri: Sigarasız Açık Alanlara İlişkin İnceleme. Ankara: *Güneş Kitabevi Yayınları* 2013; 13987.
- 45- Devi, Sharmila. Turkey wins plaudits for tobacco control. *The Lancet* 2012; 379.9830.
- 46- Fiore M C., et al. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. *Rockville, MD: US Department of Health and Human Services* 2000; 00-0032.
- 47- Tekin Ç.S. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Bırakmada Motivasyonun Rolü. Yüksek Lisans Tezi. Zonguldak. 2010.
- 48- Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD002850.
- 49- Türkiye’de Tütün Kontrolü Çalışmaları. Erişim: 27.11.2016
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15787/turkiyede-tutun-kontrolu-calismalari.html>
- 50- Shaik, Shaheen S, et al. Tobacco Use Cessation and Prevention—A Review. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2016; Vol-10(5): ZE13-ZE17.
- 51- WHO Tobacco Free Initiative. The role of health professionals in tobacco control. 2005.
- 52- Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: Findings from the cochrane library. *BMJ* 2000; 321, 355–358.

- 53- Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD001188.
- 54- Ferketich K, Khan Y, Wewers E. Are physicians asking about tobacco use and assisting with cessation? Results from the 2001–2004 national ambulatory medical care survey (NAMCS). *Preventive medicine* 2006; 43.6: 472-476.
- 55- An, Lawrence C, et al. The impact of smoking-cessation intervention by multiple health professionals. *American journal of preventive medicine* 2008; 34.1: 54-60.
- 56- Weaver G, et al. Tobacco control and prevention effort in dental education. *Journal of dental education* 2002; 66.3: 426-429.
- 57- Rickard G, Donnelly N, Ward J. Preventive dentistry: what do Australian patients endorse and recall of smoking cessation advice by their dentists? *British dental journal* 2003; 194.3: 159-164.
- 58- Hudmon K S, Prokhorov A, Corelli R. Tobacco cessation counseling: pharmacists' opinions and practices. *Patient education and counseling* 2006; 61.1: 152-160.
- 59- Schultz S. Nursing and tobacco reduction: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* 2003; 40.6: 571-586.
- 60- Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: an international survey. *Patient education and counseling* 2009; 74.1: 118-123.
- 61- Sahin E M, et al. Physicians smoke as much as their patients in Turkey. *Middle East Journal of Family Medicine* 2005; 3.2: 1-7.
- 62- Aslan D, Bilir N, Özcebe H. Türkiye’de sağlık çalışanlarının sigara içme durumları ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bakanlığı* 2007; 5-61.
- 63- Ülkemizde Sağlık Çalışanları Arasında Sigara İçme Sıklığı Değişim Raporu. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)-Tütün ile Mücadele Çalışma Grubu 2012.
- 64- Global Health Professionals Survey. *CDC Foundation, Atlanta, GA* 2008. Erişim 11.11.2016 http://www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/tobacco_atlas/pdfs/part5.pdf

- 65- Inandi T, Onal AE, et al. Global Health Professions Student Surveyturkey: Second-Hand Smoke Exposure and Opinions of Medical Students on Anti-Tobacco Law. *Central European journal of public health* 2013; 21.3: 134.
- 66- Torre L, et al. Tobacco use among medical students in Europe: results of a multicentre study using the Global Health Professions Student Survey. *Public health* 2012; 126.2: 159-164.
- 67- Percival J, et al. International Efforts in Tobacco Control. *Seminars in Oncology Nursing* 2003; Vol. 19. No. 4
- 68- Chatkin J, Chatkin G. Learning about smoking during medical school: are we still missing opportunities? *Int J Tuberc Lung Dis* 2009; 13.4: 429-437.
- 69- “Is nicotine addictive?” Erişim: 26.11.2016
<https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/tobacco/nicotine-addictive>
- 70- Bhatnagar D and Jain DC. Tobacco dependence treatment Guidelines. National Tobacco Control Programme. Ministry of Health & Family Welfare, Government of India, New Delhi 2011; 110 108.
- 71- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization 1993.
- 72- Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ Ç, et al. Fagerstrom test for nicotine dependence: Reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004; 52(2):115-21.
- 73-Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86(9):1119-27.
- 74- Dayi A. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. Uzmanlık Tezi. Eskişehir. 2013.
- 75- Işık Z. Dicle Tıp Fakültesi Öğrencilerlerinin Sigara ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları.Uzmanlık Tezi. Diyarbakır. 2008.
- 76- Yazıcı H, Ak İ. Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler, Kişisel Sağlık Davranışları ve Sigara İçme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9:224-231.

- 77- World Health Organization. *Gender, Women, and the Tobacco Epidemic*. WHO 2010.
- 78- WHO. World Health Statistics 2012. Geneva: *World Health Press* 2012.
- 79- DSÖ Avrupa Bölge Ofisi. Avrupa Tütün Kontrolü Raporu, 2007. Çeviri editörü: N. Bilir, Ankara: *DSÖ Avrupa Bölge Ofisi Yayınları* 2008.
- 80- Buğdaycı G. Üniversite öğrencilerinin sigara, alkol ve madde kullanımını etkileyen sosyal, kültürel ve ekonomik süreçler “Sakarya üniversitesi örneği”, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi, Sakarya. 2008.
- 81- Evren H. Trakya Üniversitesi Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışları ve Sağlık Hizmeti Kullanımları. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi, Edirne. 2008.
- 82- Yurt Ö S, Gebizlioğlu ÖL, Alioğlu F. Risk factors for smoking behavior among university students. *Turk J Med Sci* 2011; 41 (6): 1071-1080.
- 83- Söylemez F. Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara Kullanma Durumlarının Bağımlı Kişilik Ölçeğiyle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Malatya. 2012.
- 84- Mackay J, Amos A. Women and Tobacco. *Respirology* 2003; 8(2):123-130.
- 85- Amos A, Greaves L, Nichter M, Bloch M. Women and tobacco: a call for including gender in tobacco control research, policy and practice. *Tobacco Control* 2012; 21(2):236-243.
- 86- Öztoprak, Saliha Dilek, and Türkan Günay. Sağlık açısından toplumsal cinsiyet ve tütün kontrolü. *Turkish Journal of Public Health* 2013; 11.3:197.
- 87- Göktalay T, et al. Sağlık eğitimi alan 3 ve 4. sınıf öğrencilerinde sigara kullanımı ve etkileyen faktörler: İzlem araştırması. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2011; 59.4.
- 88- Kaptanoğlu YA, Polat G, Soyer M. Marmara Üniversitesi Öğrencilerinde ve Öğretim Üyelerinde Sigara Alışkanlığı ve Durağan Maliyet İlişkisi. *Journal of Higher Education and Science* 2012; 2.2.

- 89- Eticha T, Feven K. The Prevalence of and Factors Associated with Current Smoking among College of Health Sciences Students, Mekelle University in Northern Ethiopia. *PloS one* 2014; 9.10: e111033.
- 90- Reid JL, Hammond D, Burkhalter R, Ahmed R. Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, Waterloo, ON: Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo 2012.
- 91- KOP, Betül, et al. Yeditepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Öğrencileri Sigara Kullanım Alışkanlıkları: Kalitatif ve Kantitatif Yaklaşım. *Marmara Pharmaceutical Journal* 2015; 19.1.
- 92- Women and Smoking: A Report of the Surgeon General. Chapter 4: Factors Influencing Tobacco Use Among Women. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta GA 2001. Erişim 18.11.2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44302/>
- 93- Doğan D G, Ulukol Betül. Ergenlerin sigara içmesini etkileyen faktörler ve sigara karşıtı iki eğitim modelinin etkinliği. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 2010; 17.3.
- 94- Kartal M, Mıdık Ö, Büyükakkuş A. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Kullanımı ve Yaşam Kalitelerine Etkisi. *Türk Toraks Der* 2012; 13: 7-11.
- 95- Göktalay T., Özyurt B.C., Coşkun A.Ş., Çelik P. Sağlık Eğitimi Alan 3 ve 4. Sınıf Öğrencilerinde Sigara Kullanımı ve Etkileyen Faktörler: İzlem Araştırması. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2011; 59.
- 96- Gulistan E, et al. Cigarette consumption habits and related factors among college students in Turkey: A logit model analysis. *Journal of Pakistan Medical Association* 2015; 65.2:136-141.
- 97- Güler M. Tütün ile Mücadelenin Erişkin Sigara Bağımlılarına Etkileri. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2015.
- 98- J Arnett. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist* 2000; 55.5: 469.
- 99- Rath J M, et al. Patterns of tobacco use and dual use in US young adults: the missing link between youth prevention and adult cessation. *Journal of environmental and public health* 2012; 2012.

- 100- Karahan F, Koc H. Üniversite öğrencilerinin alkol ve sigara kullanım sıklığına göre stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi* 2005; 6.2.
- 101-Yeditepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Öğrencileri Sigara Kullanım Alışkanlıkları: Kalitatif ve Kantitatif Yaklaşım. *Marmara Pharmaceutical Journal* 2015; 19.1.
- 102- Babatunde OA, Elegbede OE, Ayodele LM, Atoyebi OA, Ibironge DO, et al. Cigarette Smoking Practices and Its Determinants Among University Students in Southwest, Nigeria. *J Asian Sci Res* 2012; 2.2: 62.
- 103- Ali SA, Al-Asadi JN. Smoking Behavior and Smoking Determinants Among University Students in Basrah. *MJBU* 2010; 28.2: 85-94.
- 104- Molyneux A, et al. Is smoking a communicable disease? Effect of exposure to ever smokers in school tutor groups on the risk of incident smoking in the first year of secondary school. *Tobacco Control* 2002; 11.3: 241-245.
- 105- Eticha T, Feven K. The Prevalence of and Factors Associated with Current Smoking among College of Health Sciences Students, Mekelle University in Northern Ethiopia. *PloS one* 2014; 9.10: e111033.
- 106- Telli C, Solak Z, Özol D ve ark. Üniversiteye başlayan öğrencilerin sigara içme alışkanlıkları. *Solunum Dergisi* 2004; 6.3: 101-106.
- 107- VanDevanter N, et al. Knowledge, Beliefs, Behaviors, and Social Norms Related to Use of Alternative Tobacco Products Among Undergraduate and Graduate Nursing Students in an Urban US University Setting. *Journal of Nursing Scholarship* 2016; 48.2: 147-153.
- 108- Meier M. Which nicotine products are gateways to regular use? First-Tried tobacco and current use in college students. *American journal of preventive medicine* 2015; 48.1: S86-S93.
- 109- Biener L, Bogen K. Receptivity to Taboka and Camel Snus in a US test market. *Nicotine & Tobacco Research* 2009; 113.
- 110- American College Health Association. National College Health Assessment II: Reference Group Executive Summary Fall 2012. Hanover, MD: *American College Health Association* 2013.

- 111- Sutfin E L, et al. First tobacco product tried: Associations with smoking status and demographics among college students. *Addictive behaviors* 2015; 51: 152-157.
- 112- Loukas A, et al. Changes in use of cigarettes and non-cigarette alternative products among college students. *Addictive behaviors* 2015; 49: 46-51.
- 113- Latimer LA, et al. Prevalence and harm perceptions of various tobacco products among college students. *Nicotine & Tobacco Research* 2013; 174.
- 114- Carpenter C M, et al. Developing smokeless tobacco products for smokers: an examination of tobacco industry documents. *Tobacco Control* 2009; 18.1: 54-59.
- 115- Parascandola M, et al. Consumer awareness and attitudes related to new potential reduced-exposure tobacco product brands. *Nicotine & Tobacco Research* 2009; 11.7: 886-895.



ANKET FORMU

Bu çalışma; sağlık öğrencilerinin, sigara ile ilgili bilgi ve bağımlılık düzeylerini tespit etmek amacıyla yapılmaktadır. Anket toplam 45 sorudan oluşmaktadır. Size uygun olan yanıtı, lütfen yanına **X işareti** koyarak belirtiniz.

Ankette, sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız araştırmacı tarafından değerlendirilecektir ve elde edilecek bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Bu araştırmanın “Üniversite Gençliğine” katkısı ancak doğru ve içten cevaplarınız sayesinde olabilir. Ankete katılımınızdan dolayı teşekkür ederim.

- 1-) Bölümünüz:** 1-Dış Hekimliği ☐ 2-Eczacılık ☐ 3-Hemşirelik ☐
2-) Sınıfınız: 1-Birinci Sınıf ☐ 2-Son Sınıf ☐
3-) Cinsiyetiniz: 1-Erkek ☐ 2-Kadın ☐
4-) Sağlık probleminiz var mı? 1-Hayır ☐ 2-Evet ☐ (Belirtiniz).....
5-) Anne ve babanızın sosyal durumuna uyan seçeneği işaretleyiniz: (Birden fazla şık işaretlenebilir)

- 1-Birlikte yaşıyorlar ☐ 3-Annem öldü ☐ 5-Üvey annem var ☐
 2-Boşandılar, ayrı yaşıyorlar ☐ 4-Babam öldü ☐ 6- Üvey babam var ☐

6) Anne eğitim durumu:

- 1-Yüksek Lisans-Doktora ☐ 3-Lise ☐ 5-Okuryazar ancak okula gitmemiş ☐
 2- Üniversite ☐ 4-İlkokul-Ortaokul ☐ 6-Okuryazar değil ☐

7) Annenin mesleği:

- 1-Ücretli/Maaşlı Çalışanlar (Kamu) ☐ 3-Kendi Hesabına/İşveren ☐ 5-Öğrenci ☐ 7-İş Arıyor ☐
 2-Ücretli/Maaşlı Çalışanlar (Özel) ☐ 4-Ev İşleri İle Meşgul ☐ 6-Emekli ☐ 8-Diğer

8) Anne sigara içiyor mu:

- 1-İçiyor ☐ 2- İçmiyor ☐ 3- İçiyordu, bıraktı ☐

9-) Baba eğitim durumu:

- 1-Yüksek Lisans-Doktora ☐ 3-Lise ☐ 5-Okuryazar ancak okula gitmemiş ☐
 2- Üniversite ☐ 4-İlkokul-Ortaokul ☐ 6-Okuryazar değil ☐

10-) Babanın mesleği:

- 1-Ücretli/Maaşlı Çalışanlar (Kamu) ☐ 3-Kendi Hesabına/İşveren ☐ 5-Öğrenci ☐ 7-İş Arıyor ☐
 2-Ücretli/Maaşlı Çalışanlar (Özel) ☐ 4- Ev İşleri İle Meşgul ☐ 6-Emekli ☐ 8-Diğer

11-) Baba sigara içiyor mu:

- 1-İçiyor ☐ 2- İçmiyor ☐ 3- İçiyordu, bıraktı ☐

12-) Şu anda nerede ikamet ediyorsunuz?

- 1-Aile yanında ☐ 2- Öğrenci evi ☐ 3-Özel yurt ☐ 4-Devlet yurdu ☐ 5-Diğer.....

13-) Sizin ortalama aylık geliriniz (burs ve aileden alınan toplam miktar):.....YTL

14-) Yaşadığınız ortamlarda pasif olarak sigara dumanına maruz kalıyor musunuz? 1- Hayır ☐ 2- Evet

15-) En yakın arkadaşınız sigara içiyor mu? 1- Hayır ☐ 2- Evet ☐

16-) Sigara içiyor musunuz? (Cevap ‘Hayır hiç içmedim, hiç denemedim’ ise; lütfen 33. Soruya geçiniz ve 33-39 arası soruları cevaplandırarak anketi tamamlayınız)

- 1-Hayır hiç içmedim, hiç denemedim ☐
 2-Ara sıra içiyorum (Son 30 günde en az 1 adet) ☐
 3-Düzenli içiyorum (Son 30 günde hemen hemen hergün en az 1 adet) ☐
 4-Altı ay ve üzeri bir süredir günde en az bir tane olacak şekilde düzenli olarak içiyordum ancak bıraktım ☐

17-) Sigarayı ilk kez kaç yaşındayken içtiniz (denediniz) :

18-) Sigarayı ilk kez deneme nedeniniz aşağıdakilerden hangisidir? (Birden fazla şık işaretlenebilir)

1-Merak	☐	5-Arkadaş çevresinin etkisi	☐	3-Elirgin bir soruna bağlı	☐
2-Özenti	☐	6-Yasağa tepki	☐	-Daha olgun görünme isteği	☐
3-Üzüntü	☐	7-Kendini ispatlama	☐	-Aile çevresinin etkisi	☐
4-Stres	☐	8-Büyüdüğünü hissetme isteği	☐	-Diğer	☐

19-) Düzenli olarak (6 ay ve üzeri günde en az bir tane) her gün sigara içmeye başlanan ilk dönem:

1-)İlköğretim	Sınıf	3-) Üniversite	Sınıf
2-)Lise	Sınıf		

20-) Ne kadar süredir sigara içiyorsunuz:

6 aydan az	☐	6 ay-1 yıldan az	☐	1 yıl-5 yıldan az	☐	5 yıl-10 yıldan az	☐	10 yıl ve üstü	☐
------------	--------------------------	------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	----------------	--------------------------

21-) Sigara içiyor olmanızın nedeni/etkeni nedir? (Birden fazla şık işaretlenebilir)

1-Sıkıntı ve stresi azaltmak	☐	4-Bir konu üzerinde yoğunluğu toplamak	☐	7-Arkadaş etkisi	☐
2-Öfkeli ve heyecanlı zamanlarda sakinleşmek	☐	5-Daha olgun görünme isteği	☐	8-Keyif amaçlı	☐
3-Anne babanın sigara içiyor olması	☐	6-Yalnızlık duygusu	☐	9-Diğer(belirtiniz)	

22-) Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

1-5 adet	☐	6-10 adet	☐	11-20 adet	☐	21-30adet	☐	31'dan fazla	☐
----------	--------------------------	-----------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------	--------------------------	--------------	--------------------------

23-) Sigara içme miktarı üniversiteye başladıktan sonra nasıl bir değişim gösterdi?

1-Değişmedi	☐	Arttı	☐	Azaldı	☐	Aynıydı.....	Aydır/Yıldır arttı	☐
-------------	--------------------------	-------	--------------------------	--------	--------------------------	--------------	--------------------	--------------------------

24-) Bırakmayı hiç denediniz mi?

Hiç denemedim	☐	Bir kez denedim	☐	2kez	☐	3kez	☐	3ten fazla	☐
---------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	------	--------------------------	------	--------------------------	------------	--------------------------

25-) Bırakmayı düşünüyor musunuz? (Birden fazla şık işaretlenebilir)

HAYIR Çünkü;	1- Stres atmak için içiyorum	☐	5- Yalnızlığımı hissettirmiyor	☐
	2- Sigara içmeyi seviyorum	☐	6- Zararını görmüyorum	☐
	3- Dikkatimi arttırıyor	☐	7- Bağımsızlığımı kanıtlamak için içiyorum	☐
	4- Kilo almamak için içiyorum	☐	8- Diğer:	
EVET Çünkü;	1- Sağlığa zararlı olması	☐	9- İnançlarımdan dolayı	☐
	2- Çevreye zarar veriyor olması	☐	10-Toplum baskısı	☐
	3- Kokusunun verdiği rahatsızlık	☐	11- İşyeri baskısı	☐
	4- Aile bireylerinin isteği	☐	12- Utandığım için	☐
	5- Çevreye iyi örnek olmak için	☐	13- Ekonomik zarar	☐
	6-Su andaki hastalığımın dolayı	☐	14- Doktor önerisi	☐
	7- İleride hastalanma korkusu	☐	15- İleride sağlık çalışmanı olacağım için	☐
	8-Arkadaş veya çevresinin önerisi ve eğitim programları	☐	16- Diğer:.....	

26-) Bıraktıysanız ne kadar süredir içmiyorsunuz?

1-) 6 ay ya da daha kısa süredir içmiyorum ☐ 2-) 6 aydan uzun süredir içmiyorum ☐

27-) Bırakmayı denediğiniz zamanlarda karşılaştığınız güçlükler nelerdi? (Birden fazla şık işaretlenebilir)

1- Sinirlilik ☐ 6-Endişe ☐ 11-Zorluk yok ☐ 16-Çarpıntı ☐
 2-Konsantrasyon bozukluğu ☐ 7-Yorgunluk ☐ 12- İştah artışı ☐ 17-Depresif durum ☐
 3-Baş ve yüzde uyuşma ☐ 8-Aşırı sigara içme isteği ☐ 13-Anormal rüya görme ☐ 18-Kilo alma ☐
 4-Uyku bozukluğu ☐ 9-Kabızlık ☐ 14-Ağız yaraları ☐ 19- Titreme ☐
 5-Huzursuzluk ☐ 10-Baş ağrısı ☐ 15-Dengesizlik ☐ 20-Diğer..... ☐

28-) Sigara içme isteğinizi artıran nedenler nelerdir? (Birden fazla şık işaretlenebilir)

1-Çay ☐ 3-Stres ☐ 5-Alkol ☐
 2-Yemekten sonra ☐ 4-Kahve ☐ 6-Diğer ☐

29-) Sigarayı bırakmak amaçlı profesyonel bir destek aldınız mı? 1- Hayır ☐ 2- Evet ☐**30-) Sigara Bırakma Danışma Hattı'nı biliyor musunuz? 1- Hayır ☐ 2- Evet ☐ Numarasını yazınız ALO.....****31-) Gelecekte sigara içme konusundaki düşünceleriniz nelerdir?**

1-Değişiklik olmayacağını düşünüyorum ☐ 2-Artacağını düşünüyorum ☐ 3-Azaltmayı düşünüyorum ☐ - 4-Bırakmayı düşünüyorum ☐

32-) Sigara içmenin sağlığını üzerinde olumsuz etkileri olabileceğinden endişeleniyor musunuz?

1- Evet ☐ 2- Hayır ☐

33-) Başka alışkanlığınız var mı? (Puro,nargile,alkol,uyuşturucu vs. varsa belirtiniz)

1- Hayır ☐ 2-Evet ☐ Belirtiniz..... ☐

34-) Sizce sigara aşağıdaki hastalıklardan hangisi ile ilişkilidir? (Birden fazla şık işaretlenebilir)

1-Akciğer Kanseri ☐ 3-Mesane Kanseri ☐ 5-Kronik Bronşit ☐ 7- Kalp Damar Hastalıkları ☐
 2-Ağız Kanseri ☐ 4-Gırtlak Kanseri ☐ 6-Beyin Damar Hast. ☐ 8-Yeni Doğan Bebek Ölümü ☐

35-) Fakülte eğitiminiz süresince, sigara içmenin tehlikeleri hakkında derslerinizde eğitim aldınız mı?

1-Evet ☐ 2- Hayır ☐

36-) Fakülte eğitiminiz süresince, herhangi bir dersinizde insanların neden sigara içtiğini tartıştınız mı?

1- Evet ☐ 2-Hayır ☐

37-) Fakülte eğitiminiz süresince, hastanın genel tıbbi öyküsünün bir parçası olarak tütün kullanım öyküsü almanın önemli olduğunu öğrendiniz mi?

1- Evet ☐ 2-Hayır ☐

38-) Fakülte eğitiminiz süresince, sigara kullanan hastalar için sigara bırakma yaklaşımları konusunda pratik veya teorik bir eğitim aldınız mı ?

1- Evet ☐ 2-Hayır ☐

39-) Fakülte eğitiminiz süresince, sigara bırakmak isteyen hastalara sigara bırakmayı destekleyen eğitim materyali (broşür, kitap vb.) sağlamanın önemli olduğunu öğrendiniz mi ?

1- Evet ☐ 2-Hayır ☐

FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

1. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

- a. İlk 5 dakika içinde
- b. 6-30 dakika içinde
- c. 31-60 dakika içinde
- d. 1 saatten sonra

2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?

- a. Evet
- b. Hayır

3. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?

- a. Sabah ilk içilen sigara
- b. Diğer zamanlarda içilen sigaralar

4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- a. 31 ve daha fazla
- b. 21-30 adet
- c. 11-20 adet
- d. 10 ve daha az

5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?

- a. Evet
- b. Hayır

ETİK KURUL KARARI

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Bir Sağlık Üniversitesinde Farklı Fakültelerin İlk ve Son Sınıf Öğrencilerinin Sigara ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Bağımlılıklarının Karşılaştırılması	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU			
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama	
	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	ILAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2015-KAEK-43 - 05	Tarih: 23/12/2015	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacının/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Yusuf ÇELİK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Katılım *	İmza
Prof.Dr.Yusuf Çelik	Biyoistatistik	Biruni Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	M. Çelik
Prof. Dr. Şükrü Öztürk	İç Hastalıkları	İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☒	Prof. Dr. Ş. Öztürk
Doç.Dr. Adeviye Tuncer	Özel Eğitim	Biruni Üniversitesi Eğitim Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	Doç.Dr. A. Tuncer
Doç.Dr. Niyazi Odabaşoğlu	Biyomedikal	İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	Doç.Dr. N. Odabaşoğlu
Yrd.Doç.Dr. H. Güldem Mercanoğlu	Farmakoloji	Biruni Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☒	Yrd.Doç.Dr. H. Güldem Mercanoğlu
Yrd. Doç.Dr. Seda Özturan	Periodontoloji	Biruni Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	Yrd. Doç.Dr. S. Özturan
Yrd.Doç.Dr.Nezih Varol	Halk Sağlığı ve Adli Tıp Uzmanı	Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	Yrd.Doç.Dr. N. Varol
Yrd. Doç.Dr.Cengiz Konuksal	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	Yrd. Doç.Dr. C. Konuksal
Arş.Gör. Elif Demirkıran	Biyoloji	Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☒ H ☐	E ☐ H ☒	Arş.Gör. E. Demirkıran
Av. Rukiye Şenyurt	Hukuk	Serbest	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	Av. R. Şenyurt
Menderes Ünal	Sivil	Biruni Üniversitesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	M. Ünal

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. M. Yusuf Çelik
İmza:

(İmza)

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

