



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN DUMANSIZ KAMPÜS UYGULAMASINA BAKIŞ AÇILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Birgül KEKLİKTEPE

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Işıl GÖÇCEGÖZ

İSTANBUL -2020

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN DUMANSIZ KAMPÜS
UYGULAMASINA BAKIŞ AÇILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Birgül KEKLİKTEPE

184102133

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ

İSTANBUL-2020



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 184102133
Öğrenci Adı Soyadı	: Birgül Kekliktepe
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Doç. Dr. Işıl Göğcegöz
Tezin Başlığı	: ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN DUMANSIZ KAMPÜS UYGULAMASINA BAKIŞ AÇILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 15 /01/ 2020	Saati	: 13:30
Öğrenci Savunmaya	: ☒ GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, ☒ OY BİRLİĞİ ☐ OY ÇOKLUGU ☒ Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir. ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay) ☐ Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDEDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: ☒ Değişmedi. ☐ Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: ☐ GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, ☐ OY BİRLİĞİ ile REDEDEDİLMİŞTİR.			

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Doç. Dr. Işıl Göğcegöz	
Üye	Dr.Öğr. Üyesi Alptekin Çetin	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Erkal Erzincan	

YEMİN METNİ

Bu araştırmanın Klinik Psikoloji Yüksek Lisans bölümünü bitirme tezim olduğunu, tez konusunun planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez kapsamında elde edilemeyen bütün bilgi ve yorumlara da kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

....../....../2020

Birgöl KEKLİKTEPE

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaşan, kendisine ne zaman danışsam bana kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve büyük bir ilgiyle bana faydalı olabilmek için elinden gelenden fazlasını sunan her sorun yaşadığımda yanına çekinmeden gidebildiğim, güler yüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen ve gelecekteki mesleki hayatımda da bana verdiği değerli bilgilerden faydalanacağımı düşündüğüm kıymetli ve danışman hoca statüsünü hakkıyla yerine getiren Doç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ'e teşekkürü bir borç biliyor ve saygılarımı sunuyorum.

Bu tez sürecinde her daim yanımda olan sevgili annem Emine KEKLİKTEPE ve babam Neşet KEKLİKTEPE'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamın her aşamasında desteklerini, yardımlarını ve arkadaşlıklarını esirgemeyen Fulya ÇALMAN, Dessika KARAOSMANOĞLU ve Adile AĞCABAY'a teşekkür ederim.

Son olarak da Çarşı Yerleşke'ye her girişimde yüzümde tebessüme neden olan kendini iyi hissettirme sanatını en iyi uygulayan Ercan İPEK'e teşekkürü bir borç bilirim.

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN DUMANSIZ KAMPÜS UYGULAMASINA BAKIŞ AÇILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Sigara, dünya genelinde kullanımı oldukça yaygın olan, halk sağlığını tehdit eden ve bağımlılık yapan bir maddedir. Sigara içerdiği maddelerden dolayı cilt bozukluklarından kansere kadar pek çok hastalığa sebep olarak Dünya’da milyonlarca kişinin ölümüne sebep olmaktadır ve önlemler alındığı müddetçe ölümler önlenebilmektedir. Gelişmiş ülkelerde sigara kullanımıyla mücadele kapsamında pek çok çalışmalar yapılmaktadır. Ülkemizde de son yıllarda sigara kullanımına ilişkin çalışmalar yürütülmektedir. Ülkemizde Dünya’ya örnek olan çalışmalardan birisi dumansız hava sahasıdır. Dumansız hava sahası, halka açık alanlarda sigara içilmeyen ortamlardır. Üniversitelerde de sigara kullanımı oldukça yaygındır. Bunun önüne geçebilmek amacıyla çalışmalar yapılmaktadır. Üniversitelerde de dumansız kampüs uygulamasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır.

Bu çalışma; Üsküdar Üniversitesi öğrencilerinin dumansız kampüs uygulamasına bakış açısının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya Üsküdar Üniversitesi Çarşı Kampüsü’nde okuyan 414 kişi katılmıştır. Öğrencilere Sosyodemografik Form, Dumansız Hava Sahası Değerlendirme Formu ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi verilmiş olup 3 ayrı test üzerinden çalışma gerçekleştirilmiştir. Yapılan analizlerin sonuçları IBM SPSS versiyon 21.0 (IBM Corp. Released 2012. Armonk, NY, USA) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular sonucunda, sigara içmeyenlerin sigara içenlere nazaran DHS’ye daha çok destek verdiği söylenebilir. Ayrıca bağımlılık düzeylerinin çoğu önermede istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara neden olmadığı belirtilebilir.

Anahtar Kelimeler: Dumansız kampüs, Sigara, Dumansız Hava Sahası, Bağımlılık

***ASSESSMENT OF UNIVERSITY STUDENTS' PERSPECTIVES ON
SMOKELESS CAMPUS APPLICATION***

ABSTRACT

A cigarette is an addictive substance used worldwide and one of the largest risk factors for health. Because of the substances it contains, smoking can cause different diseases from skin problems to cancer. It's the biggest cause of preventable illness and deaths in almost every country in the world. In the most developed countries many studies are done against smoking. In the last few years studies on smoking are done in our country too. One of the important examples we gave to the whole world is a prohibition of smoking in public places. Tobacco-free public places means that all indoor workplaces and indoor public places should be 100% smoke-free. Cigarette smoking is very common among college students. Many studies are made to prevent this establishing campus-wide tobacco/smoke-free environments.

About this work: the main aim of this study was to evaluate the perspective of Üsküdar University students on no smoking area's application. The amount of all students in the Üsküdar University participated in the study is 414. The study was based on 3 different tests which were provided to all participants - Sociodemographic form, smokeless places assessment form and Fagerstrom test for nicotine dependence. The results of data analysis were evaluated (IBM SPSS version 21.0 (IBM Corp. Released 2012. Armonk, NY, USA)). The analysis has shown that no smokers give more support to maintain required separation in smoking and no-smoking areas than smokers. We also can mention here that the impact of the most dependent on smoking participants didn't cause statistically significant differences in the final results.

Keywords: Smoking-free campus, smoking, no-smoking areas, addiction

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	i
ÖNSÖZ.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar DİZİNİ.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Tütün Tarihçesi	2
2.1.1. Dünya’da Tütünün Tarihçesi.....	2
2.1.2. Türkiye’de Tütünün Tarihçesi.....	4
2.2. Dünya ve Türkiye’de Sigara Kullanımı	6
2.3. Sigara Kullanımının Sebep Olduğu Hastalıklar	8
2.3.1. Kalp ve Damar Hastalıkları.....	8
2.3.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH).....	9
2.3.3. Mide Kanseri	10
2.4. Bağımlılık ve Bağımlılık Döngüsü.....	11
2.4.1. Bağımlılığın Nedenleri	12
2.4.2. Tütün Bağımlılığıyla Mücadele Kapsamında Bireysel Yaklaşım.....	12
2.5. Dumansız Hava Sahası (DHS)	15
3. MATERYAL VE METHOD.....	17
4.BULGULAR	18
4.1. İstatiksel Analiz	33
5. TARTIŞMA	33
6. SONUÇ	36

7. REFERANSLAR.....	38
8. ÖZGEÇMİŞ.....	41



TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.2. Sigara kullanılan ilk 10 ülke	7
Tablo 4.1. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	18
Tablo 4.2. Sigara Kullanan Katılımcıların Bazı Özelliklere Göre Dağılımı	20
Tablo 4.3. Sigara Kullanan Gruptakilere Ait Bazı Özellikler	21
Tablo 4.4. Sigara Kullanan Gruptakilere Ait Bazı Özellikler-2	22
Tablo 4.5. Sigara İçen ve İçmeyen Öğrencilerin Sigara İle İlgili Bazı Sorulara Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması	23
Tablo 4.6. Sigara Kullanan Öğrencilerin Fagerström Puanları	24
Tablo 4.7. Öğrencilerin Dumansız Hava Sahası Değerlendirme Formu Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	25
Tablo 4.8. Sigara İçen ve İçmeyen Öğrencilerin Dumansız Hava Sahası Değerlendirme Formu Sorularına Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması	29
Tablo 4.9. Öğrencilerin Fagerström Bağımlılık Puanlarına Göre Dumansız Hava Sahası Değerlendirme Formu Sorularına Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması.....	32

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.1. Tütün Bitkisi	2
Şekil 2.1.2. Tütünün İlk Keşfinden Sonraki Kullanım Alanları.....	3
Şekil 2.1.3. Fosforlu Kibrit.....	4
Şekil 2.1.4. İstanbuldaki Kahvehaneler.....	5
Şekil 2.2. 2018 Yılına Ait Toplam Sigara İçme Oranı.....	6
Şekil 2.3.1. Halk Sağlığı Servisi Amblemi	9
Şekil 2.3.2. KOAH Belirtileri.....	10
Şekil 2.4. Bağımlılık Döngüsü	11
Şekil 2.4.1. Bağımlılığın Etkenleri.....	12

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Dumansız Hava Sahası = (DHS)

Dünya Sağlık Örgütü = (DSÖ)

Kalp ve Damar Hastalıkları = (KDH)

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı = (KOAİ)



1. GİRİŞ

Sigara içilmesi en yaygın yapılan zararlı alışkanlıklardan biri olup çok fazla toplum sağlığını etkilemektedir. Sigara, içerdiği maddelerden dolayı cilt bozukluklarından kansere kadar pek çok hastalığa sebep olarak dünyada her yıl milyonlarca kişinin ölümüne yol açmaktadır. Sigara kullanımı 7 milyonu aktif içici ve 1.2 milyondan fazlası pasif içici olmak üzere dünyada her sene 8 milyon-dan fazla insanın hayatını kaybetmesine neden olmaktadır ve önlemler alınmadığı sürece bu oranın giderek artması beklenmektedir (WHO 2019). Sigara kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan hastalıkları ve ölümleri azaltmak amacıyla özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde tütünle mücadele hakkında birçok çalışmalar yürütülmektedir. İlk olarak 18 yaşın altındaki bireylere sigara satışının yasaklanmasıyla başlayarak daha sonrasında kapalı ve topluma açık olan mekânlarda sigara kullanımının yasaklanmasına doğru daha geniş bir yelpazede çalışmalar yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı ilgili diğer birimlerle ortak olarak başlattığı ‘Dumansız Hava Sahası’ (DHS) uygulaması ile tütün ürünlerinin kullanılmasını yapılan düzenlemelerle sınırlandırarak denetim faaliyetlerini artırmış, sigarayı bırakmak isteyen kişiler için pek çok destek mekanizmaları kurmuş ve Türkiye bu konuda örnek gösterilen ülke olmuştur (Tengilimoğlu, Güzel vd. 2014).

Üniversitelerde ve hastanelerde sigara içilme oranları yüksektir (Aşut, Çalı vd. 2019). Üniversite öğrencileri arasında sigara içme oranı toplum genelinden daha sık görülmektedir. Türkiye’de üniversite öğrencilerinin sigara içme sıklığı %20 ile %48 arasında değişiklik göstermektedir (Vatansev, Kutlu vd. 2019). Sigara kullanımına yönelik düzenlemeler halen yeterli olamamaktadır. Özellikle üniversite ve hastanelere yönelik uygulamalar artarak üniversite yerleşkelerinde ve hastane çevresinde dumansız hava sahasıyla ilgili yasal ve yönetsel düzenlemeler olması gerekmektedir. Bu çalışma ile üniversite öğrencilerinin yapılmış olan anketlerle dumansız hava sahasına bakış açısı değerlendirilerek ileriye yönelik yapılacak çalışmalara ışık tutmak, bu konu hakkında bilgi sağlayarak literatüre katkıda bulunmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TÜTÜN TARİHÇESİ

2.1.1. Dünya’da Tütünün Tarihçesi

Geçmişten günümüze tütün ve insanlık, yemek ve içmek gibi aktivelerle aynı şekilde ilişkilendirilmiştir. İlk olarak tütün MÖ 6000 yılında Amerika’da yetiştirilmiştir (Barış). Christopher Columbus 1492 yılında Küba’da tütünü bularak tütünü Avrupa’ya taşımıştır (Gately 2001). Tütün Avrupa’ya geldikten sonra çubuk ve pipolarla içilmiş veya enfiye olarak çekilmiştir. Çiğneme ve tütsüleme haricinde yemeklerin içine konulmuş ve çay gibi içilmiştir. Vücuda krem gibi sürülmüş (bit ve parazitleri öldürmek amacıyla) ve göz damlası olarak da kullanılmıştır. Tütünün sağlık alanında o dönemlerde analjezik ve antiseptik özelliklerinden dolayı tedavilerde de kullanılmıştır (Musk and De Klerk 2003). Portekiz de Fransız elçiliği yapan Jean Nicot, 1559 yılında Fransız Kraliçesine tütünün öksürük, astım, baş ağrısı kadın hastalıklarına ve mide rahatsızlıklarına iyi geldiğini söyleyerek tütünü sunmuştur. Bu sebepten dolayı tütüne Kraliçe otu veya sefir otu denmiştir (Seydioğulları ve Eksperi 2009). Fransa’dan Avrupa’nın belli bir bölümüne yayılan tütün Jean Nicot’a ithaf edilmesinden dolayı nicotiana denmiştir. Ayrıca 1828 yılında bulunan alkaloitine de nicotin adı verilmiştir (Okulu 1978).



Şekil 2.1.1. Tütün bitkisi¹

Sigara içmek Avrupalılar tarafından en başından beri zararlı ve kötü bir uygulama olarak görülmüş ancak insanların tütün kullanmasını engellemek için yeterli olmamıştır. İlk Avrupalı sigara tiryakisinin, Amerika’dan geri döndükten sonra halka açık bir alanda sigara içmesi

¹ <http://altinorann.blogspot.com/2011/05/11-tutun-bitkisi.html> (Erişim: 30.11.19)

engellenerek İspanya’da bir zindan da 3 yıl hapis edildiği söylenmektedir (Musk and De Klerk 2003). 1531 yılında Avrupa’dan gelenler Santa Domingo’da tütün ekmeye başladılar. Profesör Nicolás Bautista Monardes 1565 yılında tütünün pek çok hastalığa ve ağrılara iyi geldiğini ilan etmiş ve tütün kısa süre içerisinde Vatikan da bile yetiştirilmeye başlamıştır (Yılmaz 2006). Tütün 1612 yılında Virginia’da John Rolfe tarafından ticari olarak üretilmeye başlanmıştır. Tütünün ilk ihracatı ise 1619 yılında 9 ton kadar Londra’ya yapılmıştır.



Şekil 2.1.2. Tütünün ilk keşfinden sonraki kullanım alanları²

1614 yılında İngiltere de Virginia tütününü satan 7000 tütün dükkânı açılmıştır. Avrupa’da tütünün neredeyse tüm hastalıklara iyi geldiği hızla yayılmıştır. Rus Çarı 1634 yılında tütün kullananların yakalanarak ilk olarak burunlarının kesilmesini, eğer tekrar aynı suçu işlerlerse ölüm cezasına çarptırılacağını ilan etmiştir. Buna karşılık 1710 yılında ise Rus Çarı Büyük

² <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-48464775> (Erişim tarihi: 23.11.19)

Petro, halkının kahve ve sigarayı beraber tüketerek Avrupalılara benzemesini istemiştir. 1833 yılında İngiltere’de ilk fosforlu kibrit üretimi gerçekleşmiştir.



Şekil 2.1.3. Fosforlu kibrit³

Piyanist Frederic Chopin’in sevgilisi olan Fransız yazar Barones de Dudevant 1840 yılında toplum önünde sigara içen ilk kadın olmuştur. 1901 yılında İngiltere de Imperial Tobacco ve British American Tobacco şirketleri kurulmuştur (Zaridze and Peto 1986). Kuzey Amerika bölgesinde ilk tütün üretimi 1800 yıllarda başlamış olup 1881 yılında sigara yapan ilk makineler Birleşik Amerika’da yapılmıştır. Sigara üretimindeki dev firma R.J. Reynold Tobacco şirketi ilk ürünü olan Camel marka sigarayı 1913 yılında piyasaya sürmüştür. 1939 yılında Dünya’da ilk defa Birleşik Amerikalı Ochsner sigara ile akciğer kanseri arasındaki ilişkiyi ortaya atmıştır (Boyle 1997). 1964 yılında ise Amerika Birleşik Devletlerinde sağlık bölümüyle ilgilenen makam sigara kullanan erkeklerde akciğer kanserinin ortaya çıktığını ilan etmiştir (Boyle 1997).

2.1.2. Türkiye’de Tütünün Tarihçesi

İstanbul’a tütünün ilk kez gelişi İngiliz, İtalyan, İspanyol gemici ve tacirleri tarafından olduğu çeşitli kaynaklarda belirtilmektedir (Seydioğulları ve Eksperi 2009).

Peçevi Tarihi’nde, 1600’lü yıllarda İstanbul’a gelen tütünün rutubetten kaynaklı hastalıklara iyi geldiği söylenerek satılıp daha sonralarda halkın ve devlet adamlarının bile tütüne bağımlı oldukları belirtilmiştir (Peçevî 1969). 1554 yılında İstanbul Tahtakale de ilk kahvehane açılmış, kahve ile tanışan insanların aynı zamanlar da tütünle de tanışarak kısa sürede ikisine de bağımlı oldukları Peçevi tarafından ifade edilmiştir.

³ <http://www.kimyasalgelismeler.com/hayatin-icinden/bunlari-biliyor-musunuz/kibritin-ortaya-cikisi-ve-uretim-faaliyetleri.html> (Erişim tarihi: 23.11.2019)

Osmanlı döneminde ilk tütün tarımı Makedonya, Kırcaali ve Yenice’de, Anadolu’da ise Ege bölgesinde İzmir taraflarında yapılmıştır (Seydioğulları ve Eksperi 2009). Osmanlı Döneminde de tütün kullanımının artmasıyla diğer ülkelerde olduğu gibi tütünle ilgili olumlu ve olumsuz fikirler ortaya atılmış, özellikle dini açıdan tartışmalar yaşanmıştır.



2.1.4. İstanbul’daki kahvehaneler⁴

IV. Murat 1634 yılında Cibali’de yaşanan yangını gerekçe göstererek kahvehaneleri yıktırıp tütünü yasaklamıştır. Tütünün yasaklanması hakkında yangın ve dini tartışmalar sebep gösterilmiş olsa bile Avrupa da ve Osmanlı da kahve tüketilmesinin artmasıyla açılan kahvehanelerde yönetimin ve yöneticilerin eleştirildiği yerler haline gelmesinin asıl sebep olduğu ifade edilmiştir (Yılmaz 2006).

1640 yılında IV. Murat’ın vefat etmesinden sonra tütün tekrar serbest bir şekilde kullanılmaya başlanmış, tütün bağımlısı olan Şeyhülislam Bahaî Efendi tarafından verilen fetvayla IV. Mehmet 1646 yılında tütünü serbest bırakmıştır (Dogruel ve Dogruel 2000).

Tütünden ilk vergi 1678 yılında tütün ithalatından dolayı alınmış olup daha sonra 1686 yılında ise tütün satışından da vergi alınmaya başlanmıştır ve vergiler sürekli artış göstermiştir (Seydioğulları ve Eksperi 2009).

1861 yılında tütünün ithalatı yasaklanmış olup 1862 yılında ise tütün tekeli şeklinde idare edilmesi ilk defa çıkarılan nizamnameyle kabul edilmiştir. 1874 yılında sigara ve paketli tütün satışı yapılması amacıyla üretim fabrikaları kurulmaya başlanmasıyla tütün satış fiyatları kaydedilerek bandrol usulü uygulamaya geçmiştir (Barış , Dogruel ve Dogruel 2000, Seydioğulları ve Eksperi 2009).

⁴ <https://www.kahvekafe.net/2018/01/istanbulda-kahvehaneler.html> (Erişim tarihi: 23.11.19)

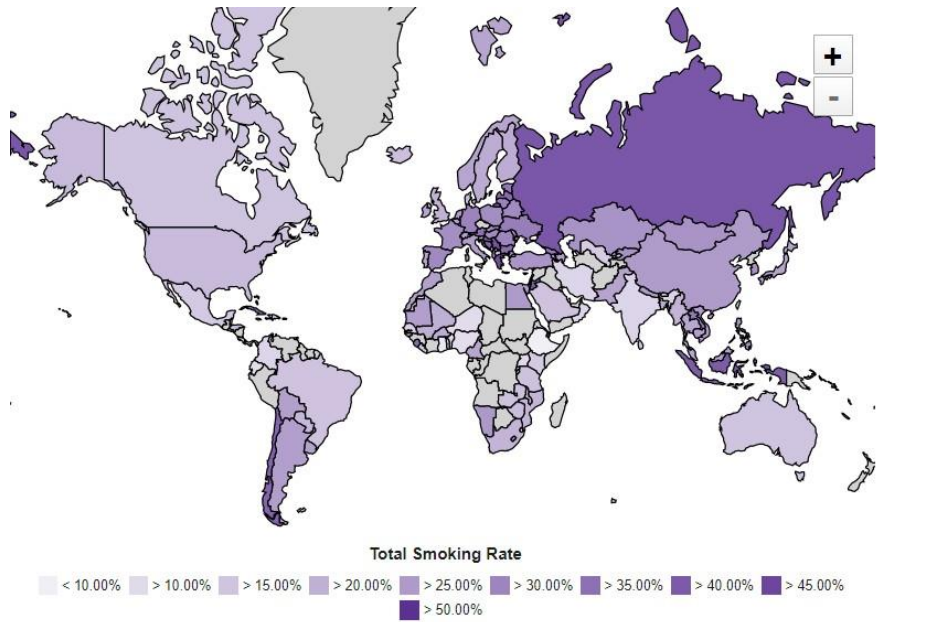
1881 yılında Osmanlı dış borçlarından dolayı idare ettiği tütün satışından elde edilen gelirleri 10 yıl süreliğine Muharrem Kararnamesi ile Duyun-ı Umumiye İdaresine bırakmıştır. Daha sonrasında 1883 yılında bir şartname ile tütün satışı hakkını 30 yıl süre ile Fransız bir anonim şirketine bırakarak 1914 yılından geçerli olacak şekilde 15 sene daha uzatmıştır. Fakat bu süreçte 1884 yılından itibaren tütün üreticileri ile şirket arasında sıkıntılar yaşanarak halk içinde kargaşa yaratılmasına sebep olunmuştur (Dogruel ve Dogruel 2000).

Mustafa Kemal Atatürk ve arkadaşları, 1 Mart 1925 yılında Fransız şirketine olan borçları ödeyerek tüm hakları devralıp devlet idaresine dönüştürerek millileştirmişlerdir (Dogruel ve Dogruel 2000).

2.2. DÜNYA VE TÜRKİYE’DE SİGARA KULLANIMI

Sigara günümüzde en yaygın kullanılan bağımlılık yapıcı bir maddedir. Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre sigara yılda içen ve içmeyenler olmak üzere Dünya’da 8 milyondan fazla insanın ölümüne sebep olmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde sigara önlenabilir ölümler arasında en baş sırada yer almaktadır.

Sigara kullanımı pek çok faktörden etkilenir. Bunlardan ilki refah şartlarıdır. Zengin ülkelerde sigara içme oranı diğer ülkelere göre daha fazladır. Bazı dinler (Müslümanlık, Hristiyanlık ve Yahudilik vb.) tütün karşıtıdır. Bunların dışında ise bazı ülkelerde sigara içmek sosyal bir kültür alışkanlığıdır ve özellikle erkek bireylerin bu yerlerde sigara kullanması beklenmektedir.



Şekil 2.2. 2018 Yılına Ait Toplam Sigara İçme Oranı⁵

Sigara pek çok Güney ve Güneydoğu Asya ülkelerinde, erkekler tarafından daha çok kadınlar tarafından daha az içilmektedir. Buna örnek ülke olarak Endonezya verilebilir. Endonezya da 2018 DSÖ verilerine göre erkeklerin %76.1'i kadınların ise %2.8'i sigara içmektedir (WHO).

En yüksek sigara içme oranları genelde Güneydoğu Asya ve Avrupa'nın Balkan bölgelerinde bulunmaktadır. Amerika kıtası ve Batı Avrupa ülkelerinde sigara içme oranları daha düşüktür.

Sigara bıraktırma çalışmalarıyla insanların bilinçlenmesiyle beraber dünya üzerinde sigara içme oranları azalmıştır. Örneğin 2000 yılında Birleşik Krallıkta sigara içme oranı %38 iken 2018 yılında bu oran %22.4'e düşmüştür.

Türkiye'de de yapılan sigara bıraktırma çalışmaları ve dumansız hava sahalarıyla sigara kullanım oranları azalmıştır. 2008 yılında Türkiye'de %31.2 oranında erkeklerin %47.9 kadınların ise %15.2'si sigara içerken 2018 yılında ise Türkiye'de sigara içme oranı %27.6'ya düşerek erkeklerin %41.1'i kadınların ise %14.1'i sigara kullanmaktadır (WHO , Bilir 2010).

DSÖ'nün 2018 verilerinde göre sigara içilen ilk 10 ülke Tablo 2.2. de sıralanmıştır (WHO):

Tablo 2.2. Sigara kullanılan ilk 10 ülke

ÜLKELER	Genel %	Erkek %	Kadın %
1. Kiribati	%47.4	%58.9	%35.9
2. Yunanistan	%43.7	%52.0	%35.3
3. Doğu Timor	%42.2	%78.1	%6.3
4. Rusya	%40.9	%58.3	%23.4
5. Nauru	%40	%36.9	%43.0
6. Endonezya	%39.5	%76.1	%2.8
7. Bosna Hersek	%39	%47.7	%30.2
7.(2). Sırbistan		%40.2	%37.7
8. Letonya	%38.3	%51.0	%25.6
9. Şili	%37.9	%41.5	%34.2
10. Bulgaristan	%37.3	%44.4	%30.1

⁵ <http://worldpopulationreview.com/countries/smoking-rates-by-country/#dataTable> (Erişim 25.11.19)

Kiribati %47.4 oranla dünya üzerinde en çok sigara içme oranına sahiptir. Diğer çoğu ülkede de olduğu gibi burada da erkeklerde sigara içme oranı kadınlardan daha fazladır. Kiribati de tütünle ilgili sebeplerden dolayı günde 200'den fazla kişi ölmektedir (WPR 2019).

2.3. SİGARA KULLANIMININ SEBEP OLDUĞU HASTALIKLAR

Sigara kullanımının yaygınlaşmasıyla ortaya çıkan hastalık sayısı artış göstermiştir.

Yeşilay'a göre sigaranın sebep olduğu hastalıklar aşağıda sıralanmıştır (Yeşilay):

- Kalp ve Damar Hastalıkları
- KOAH
- Damarlarda tıkanma ve buna bağlı felç
- Midede gastrit, kanser ve ülser
- Ciltte kırısklık, sararma ve cilt kanseri
- Dişlerde sararma ve ağız kokusu
- Gebelik durumunda sigara içildiğinde erken doğuma ve bundan dolayı oluşan gelişim bozukluklarına, doğumdan sonra da sütün kesilmesine sebep olur.

2.3.1. Kalp ve Damar Hastalıkları

Kalp vücudun sürekli çalışan yaşam fonksiyonunda çok büyük etkisi olan bir organdır. Kalbin yorulmasıyla damar tıkanıkları, doğumsal anomaliler, ritim bozuklukları ve kalp kapakçıkları ile ilgili hastalıklar görülmektedir. Bu görülen hastalıklar çoğu zaman kendini direk gösterirken bazen de gizlice ilerleme gösterebilmektedir. Bir insan kalbi dakikada 60-70 kere kasılırken yılda 38 milyon kez kasılmaktadır (Acıbadem). Kalp ve Damar Hastalıkları (KDH) pek çok risk faktörünün etkileşmesi ile ortaya çıkabilmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1930 yıllarında başlayan kalp hastalıklarından kaynaklanan ölümlerin belirgin olarak ortaya çıkmasıyla oradaki halk sağlığı servisi bu kalp hastalıklarına neden olabilecek faktörleri araştırılmasıyla ilgili bir çalışma başlatılması planlanmıştır. Bundan dolayı 1949 yılında Massachusetts eyaletindeki Framingham yerleşkesinde yaşayan 5209 sağlıklı kişiler ilk muayeneleri yapıldıktan sonra yaşama şekilleri sorgulanıp kan örnekleri alınarak yıllar boyunca sürecek takip programı yapılmıştır .



Şekil 2.3.1. Halk Sağlığı Servisi Amblemi⁶

Bu program ile her ne kadar tek bir risk faktörünün etkili olduğu düşünülse bile uzun yıllar devam eden çalışmayla hastalığın tek bir risk faktörüne bağlı olmadığı anlaşılmıştır. İlk kez *risk faktörü* diye ifade edilen kavram Framingham araştırmaları tarafından kullanılmıştır (Güleç 2009). Ortaya çıkan sonuçlarla sigaranın kalp hastalığı riskini artırdığı ve kullanılan filtrelerin bunu engelleyemediğine dair bilgiler elde edilmiştir. KDH'ye sebep olan 300 tane risk faktörü olduğu düşünülmektedir (Poulter 2003). Bu risk faktörlerinin içinde en kabul gören ve değiştirilemez olanlar aşağıda sıralanmıştır (Güleç 2009):

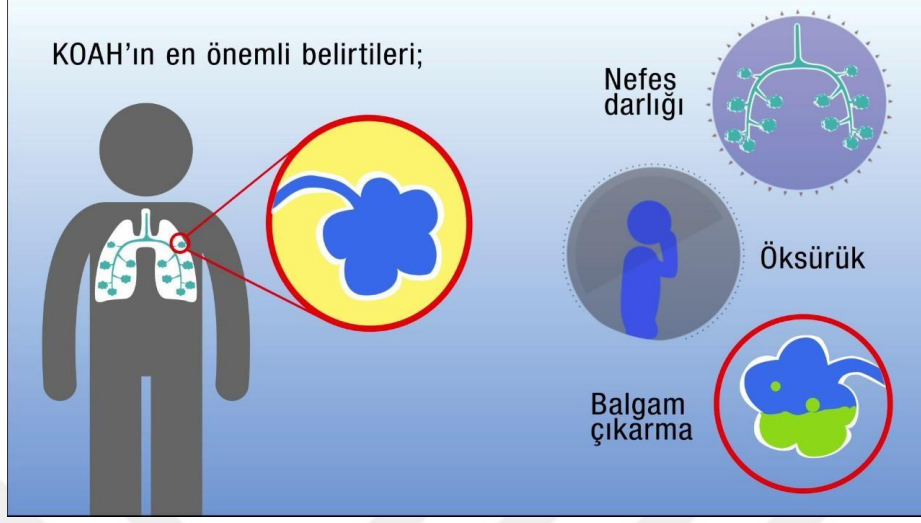
- ✓ Yaş ve Cinsiyet (45 yaşından büyük erkek, 55 yaşından büyük kadın)
- ✓ Birinci derece genç yaştaki akrabalarındaki KDH öyküsü (55 yaştan küçük erkek, 65 yaşından küçük kadın)
- ✓ Sigara kullanılması
- ✓ Hipertansiyon
- ✓ Dislipidemi
- ✓ Diyabet
- ✓ Hareketsiz Yaşam
- ✓ Aşırı kilo

2.3.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)

KOAH genel olarak zararlı partikül veya gazlara maruz kalmaktan dolayı ortaya çıkan havayolu ya da alveollerdeki anormalliklere bağlı olarak tam geri dönüşümlü olmayan tedavi edilebilir ve önlenabilir bir hastalıktır (Barnes 2017, Vogelmeier, Criner et al. 2017). KOAH morallitesi ve mortalitesi yüksek olan Dünya'da çok yaygın bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tahminlerine göre 65 milyona yakın insan KOAH hastalığına sahiptir (Kar ve Zengin 2019). KOAH, belirtileri değişiklik göstermekle beraber en belirgin öksürük, nefes

⁶ <http://www.framingham.com/heart/> (Erişim tarihi: 26.11.19)

darlığı ve balgam'la ortaya çıkmaktadır (Kessler, Partridge et al. 2011, Miravitlles, Worth et al. 2014, Stephenson, Cai et al. 2015).



Şekil 2.3.2. KOAH belirtileri⁷

Bu belirtiler haricinde iştahsızlık, kilo kaybı, hırıltılı solunum, yorgunluk, halsizlik, uyku problemleri, göğüs ağrısı, anksiyete, depresyon ve hareketsiz yaşam gibi belirtiler ile de bu hastalık ortaya çıkmaktadır (Kessler, Partridge et al. 2011, Miravitlles, Worth et al. 2014, Stephenson, Cai et al. 2015). KOAH tedavisinde ilk temel amaç, kişinin genel sağlık durumunu ve yaşam kalitesini iyileştirebilmektir.

2.3.3. Mide Kanseri

Mide kanseri yaygınlaşması coğrafik değişimler gösterirken dünya çapında hâlâ büyük etkiye sahiptir ve ölüme sebep olan kanserler arasında 3. Sırada yer alan bir kanser türüdür (Yılmaz ve Sarıkaya 2019). Mide kanseri sinsi bir şekilde ilerleyen bir kanserdir. Bu yüzden erken teşhisi kolay olmamaktadır. Ancak ilerleyen evrelerde tümör üzerinde hastalık teşhis edilmektedir (Alacalı 2012, Beşiroğlu ve Şeker 2019, Yılmaz ve Sarıkaya 2019). Belirtileri arasında en sık görülen iştahsızlık ve kilo kaybıdır. Bu belirtiler haricinde bulantı, kusma, halsizlik, ağrı, yutma ile takılma hissi, dispeptik belirtiler (mide de yanma, şişkinlik vb. gibi), yutma güçlüğü, regürjitasyon (yemeğin mideden ağza gelmesi kusma olmadan) ve mide kanamaları ile bu kanser ortaya çıkabilmektedir (Alacalı 2012, Beşiroğlu ve Şeker 2019, Yılmaz ve Sarıkaya 2019). Türkiye'deki kanser kontrol programındaki ana hedef

⁷ <https://www.youtube.com/watch?v=Xglb3cjzhW0> (Erişim tarihi: 26.11.19)

sigara ve tütün kullanımının azaltılması, sağlıklı beslenmenin yaygınlaştırılmasıyla kanser oluşumunu azaltmaktır.

2.4. BAĞIMLILIK VE BAĞIMLILIK DÖNGÜSÜ

Bağımlılık bir maddeye olabileceği gibi bir davranışa bağımlı olma, kişinin bu bağımlılık durumunu engelleyememe olarak tarif edilmektedir (Egger and Rauterberg 1996). Bireyler nikotin, alkol, madde gibi çok sayıda maddeye bağımlılık geliştirebilirler fakat bağımlılık sadece maddelere olan bağımlılıkla sınırlı değildir. Bunun yanında davranışsal bağımlılıklarda mevcuttur. Davranışsal bağımlılıklar şu şekilde gruplandırılabilir yeme, dijital bunun içerisinde bilgisayar bağımlılığı davranışsal bağımlılık olup yaptığı fiilin sonucunu öngörememe ve fiilden sonra kişi sonuçlarını görmesine rağmen bu davranışı tekrarlamaya devam etmesi davranışsal bağımlılığı tanımlamaktadır (Greenfield 1999, Kim and Kim 2002).

Bağımlılık döngüsü kişinin bağımlı olmaya nasıl başladığını açıklamaktadır. Şekil 2.4.'te bu maddelere yer verilmiştir. Merak ve deneme yolu ile başlayan bu döngü (Bir kere kullanırsam bir şey olmaz, bıraktım bir daha başlamam ve bağımlı olduğumu hissettiğinde artık bırakacağım) şeklinde devam etmekte bu sırayı bağımlı olduğu şeyi kötüye kullanım ile devam edip sonunda kişide (bağımlı olduğu şeyi bırakmak zorundayım) bağımlılığa doğru yaklaşmaktadır. Bağımlı olan kişinin günlük yaşam işlevleri de aksamaktadır ve kişi hiçbir şey yapamaz duruma gelir ve tüm yaşam fonksiyonları kısıtlanmaktadır.

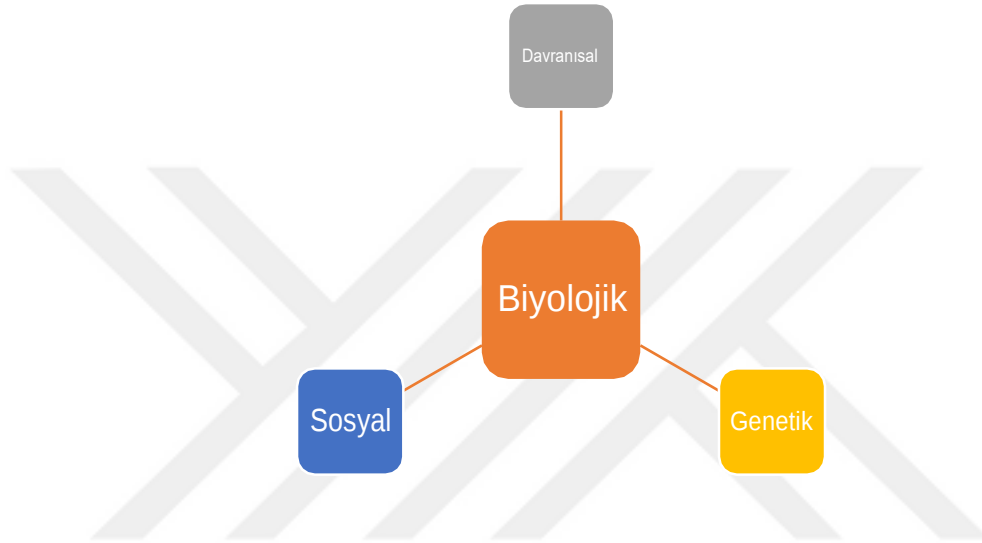


Şekil 2.4. Bağımlılık Döngüsü⁸

⁸ <https://www.iremyalugulubil.com/tr/article/desc/46570/bagimlilik-nedir-ve-nelere.html> (Erişim:11.12.19)

2.4.1. Bağımlılığın Nedenleri

Bağımlılığın oluşmasında birçok etken vardır. Bağımlılık dört nedene bağlı şekillenir. Şekil 2.4.1. de gösterilmiştir ama ana nedenini biyolojik kaynaklı olduğu üzerinde durulmaktadır bu dört nedeninde birbiri ile ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Kişinin nasıl bir kişilik yapısında olduğu- nasıl bir genetik profile sahip olduğu, kişinin aile yapısı, nasıl bir toplum içerisinde yer aldığı, içinde bulunduğu kültürel ortam kişinin bağımlılık geliştirmesinde ve devam ettirmesinde önemli bir etken olduğu bilinmektedir (Dilbaz).



Şekil 2.4.1. Bağımlılığın Etkenleri

2.4.2. Tütün Bağımlılığıyla Mücadele Kapsamında Bireysel Yaklaşım

Tütün ve tütün ürünlerine olan bağımlılıktan kurtulmak bazı kişiler için daha kolay vazgeçilebilen bir ürün olurken bazı kişiler için bu durum hiç te kolay olmamaktadır. Bu kişiler arasında bağımlılığın hangi derecesinde oldukları önemlidir ve buna göre vazgeçebilme veya aşırı gereksinim duyma arasında farklılık görülebilmektedir. Özellikle kişinin bağımlılık derecesini belirleyebilmek adına nikotin bağımlılık skalasını gösteren bazı ölçekler vardır. Örnek olarak Fagerström Nikotin Bağımlılık testi verilebilir. Bu testte kişilere günlük sigara kullanımı ve sigara kullanımındaki istek durumuyla ilgili sorular sorulmaktadır. Sorulara verilen puanlar ile kişinin bağımlılık düzeyleri tespit edilebilmektedir (van Amsterdam, Vorspan et al. 2019).

Kişinin bağımlılık derecesi belirlendikten sonra bağımlılık tedavisine gidilir ve bunun için kişiye özel tedavi programı oluşturulur. 1982 yılında Prochaska ve ark. yaptıkları çalışmayla tütün ürünü kullanan kişilerin sigarayı bırakma konusundaki tutum ve düşüncelerini 5 farklı açıdan değerlendirmektedir (Prochaska, Velicer et al. 1988).

Sigarayı bırakmayı düşünmeyen grup: Bu basamakta kişi sigara kullanmaktan keyif almakta ve sigara kullanımını azaltma veya bırakma ile ilgili düşüncesi olmayan basamaktadır. Bu basamaktaki bireylere sigara kullanımı sonucunda oluşan olumlu ve olumsuz yönleri bireye fark ettirilip gösterilmelidir ve olumsuz yanların fazla olduğunu anlaması ve sigara kullanmayı bırakması yönünden teşvik edilmelidir.

Sigarayı bırakmayı düşünmeye başlamış olanlar: Bu basamaktaki kişiler sigaranın sonuçları hakkında bir farkındalığa sahiptirler, düşüncelerinde sigarayı tüketmeme kararını almışlardır önlerindeki aylarda davranışsal anlamda da harekete geçme istekleri oluşmuş fakat ne zaman yapacaklarına dair belirledikleri yakın zaman dilimi yoktur. Sigarayı bırakmak için tam karar vermişken bundan cayabiliyorlar ve sigarayı bırakmamak için sundukları bahaneler vardır ve burada kişileri aldıkları pozitif kararları uygulamaları yönünde teşvik edilmelidirler.

Sigarayı bırakmaya hazır olanlar veya hazırlanma aşamasında olanlar: Bu basamakta yer alan kişiler sigarayı tüketmeme konusunda oldukça netler. Yakın zamanda sigarayı bırakmak için düşünce ve eylemde planları vardır, buradaki grubu da sigarayı bırakmaları için bir kesin zaman belirlemeleri yönünde teşvik etme önemlidir.

Sigarayı bırakma, bırakmayı deneme: Bu basamaktaki kişiler sigarayı yeni bırakmışlardır bu sebeple sigara kullanmama kararını aldıklarını halde yine de emin olamamaktadırlar, tekrardan sigaraya dönüş yapabilir ve eski rutinlerindeki gibi sigara içmeye başlayabilirler bu nedenle bu basamaktaki kişiler sigarayı tekrardan tüketmemeleri adına kontrol altında olmaya ve sürekli takibi yapılmalıdır. Örneğin bu takibin içeriğinde arkasından sigara içecekleri rutini gerçekleştirmemeye dikkat etmelidirler, sigara içmeye itecek olan hallerden uzak kalınmalıdır.

Bırakmışlık durumunu sürdürme: Bu basamakta kişi sigarayı bırakalı uzun bir zaman olmuştur ve kişi sigarasız hayatını idame ettirmeye çalışmaktadır. Bağımlılığın her türünde olduğu gibi sigara bağımlılığında da tekrardan sigaraya geri dönme durumu olabilir, bundan dolayı bu basamaktaki kişiler durumlarının tekrardan nüks etmemesi için gereken önlemleri almaları gereklidir.

Kişinin ilk olarak bağımlılık derecesi tanımlanır bunun ardından yukarıda gruplanmış olan 5 basamak evresinde hangisinde olduğu saptanmalıdır, bundan sonra hangi basamakta ise sırasıyla bu basamakları ilerlemesi gerekmektedir açıklayacak olursak sigara tüketimini sonlandırmak düşüncesine hakim olan bir kişiden sigara sonlanması son aşaması olan bırakmışlık durumunu sürdürmesi beklenemez, kişinin burada yapacağı ilk şey düşüncesine sahip çıkmak ve bu basamaktaki yerini koruması gerekir sonrasında sigara kullanımını

sonlandırmak için sırası ile basamakları takip etmesi beklenmektedir. Sigara kullanımını sonlandırmak için kişiye özel tedavi şekli kullanılmalıdır tamamen sonlandırma aşamasına gelebilen bireylere farmakolojik tedavi uygulanmaktadır bunun yanında tedavide önemli bir yeri olan psikososyal yönden de desteklendiğinde daha çabuk yol kat edeceği bilinmektedir. Bu psikososyal ayağın en önemli yanı kişinin aldığı karar hakkında motivasyonunu canlı ve devamlı kılabilmehtir. Burada üzerinde durulan nokta özellikle kişi kendine ve çevresine dışarıdan bakması ve sadece kendisinin sigara ile kurduğu bu bağlantının dışında merkezde başka neler oluyor, (evet ben sigara içiyorum ve eşimi de umursamıyorum tamam eşimi de geçtim, peki ya burada hiç suçu olmayan pasif içici konumundaki çocuğu hakkında şöyle bir şey düşünebiliyor (daha kolay hastalık geçirebileceğini ve sigaranın bu durumu tetikleyebileceği ile ilgi daha kolay bir düşünce ve ardından duygusuna sahip olabilir) bu durumda burada birey kendisi dışında başkalarını da düşünerek empatik bir düşünüş tarzını psikososyal tedavi aracılığıyla oluşturulabilir. Bu tedavi ilaç tedavisinin aksine kişinin düşünce ve duygularına odaklanıp kişinin daha çok iletişimde olması desteklenmelidir, kişiye sorgulama tekniği ile yaşadığı durum ile ilgili problemleri kendisinin fark etmesi üzerinde durulmalıdır, kişiye problemin ve bağımlılığın yaratmış olduğu sonuçlar için terapistin çare yolları bulması ve terapist kendi çözüm yollarını önermesi hiç te önerilen yol değildir. Görüşmenin ilk gününde kişinin bağımlılık derecesi öğrenilip, ikinci adımda ise sigarayı sonlandırma tercihi yönünden yukarıda belirtilen 5 basamaktan hangisinde olduğu saptanmalıdır. Bunlar belirlendikten sonra hızlı bir şekilde psikososyal yaklaşım akabinde kişinin ihtiyacı doğrultusunda farmakolojik tedavi ayarlanmalıdır. Psikososyal yaklaşım da bireysel görüşmelerin yanında grup görüşmeleri de yapılmaktadır.

Sigara bağımlılığından kurtulmak için farmakolojik yaklaşımların önemi yadsınamaz. Nikotin bağımlılığın tıbbi tedavisi iki şekilde ele alınabilir; nikotin yerine koyma uygulamaları ve sigara sonlandırma ve sigaradan soğuma tercihini kolaylaştıran ilaç tedavisi. Nikotini yerine koyma tedavisinde odaklanılan sigarayı bırakan kişilerde sonrasında genellikle görülen tablo hissettirdiği mahrumiyet hissinin engellenmeye çalışılmasıdır. Sigara tüketimini sonlandıran herkeste bu mahrumiyet görülmeyebilir, bağımlılık derecesi yüksek olan kişilerde nikotin mahrumiyetine bağlı bazı semptomlar görülebilir, sigara tüketiminin sonlanmasının ilk zamanlarında bu mahrumiyet daha fazla hissedilir. Başlıca mahrumiyet belirtileri: sigaraya tekrardan başlama isteği-duygusal regülasyonu sağlamada güçlük daha çok saldırgan bir tarz ile hareket etme ve genel olarak huzursuz olma hali. Nikotini tekrardan yerine koyma tedavisi alan kişilerde bu mahrumiyet belirtileri çok az şekilde görülebiliyor hatta kişiler bazen

hissetmiyorlar bile. Mahrumiyeti azaltmak için kullanılan diğer ürünler: Nikotin bandı, nikotin sakızı, nikotin spreyi vs hazır ilaçlarda piyasada mevcuttur. Bunların hangisinin kullanılıp kullanılmaması ve ne kadar miktarda kullanılması gerektiği doktor tarafından kararı verilmelidir. Doktor buradaki nikotini yerine geri koyma preparatının hangisi olacağı kişinin bağımlılık derecesine bağlıdır.

2.5. DUMANSIZ HAVA SAHASI (DHS)

Gelişen dünyada sigara kullanımı önlenabilir morbidite ve mortalitenin temel nedenidir. Aktif sigara kullanımı, serbest oksijen radikallerinin oluşumu sonucu hücre ve doku hasarı ile beraber birçok hastalığın nedenidir (Erçim ve Baydaş 2017). Pasif içicilik, aktif sigara içene göre daha az şiddette olmakla beraber, benzer kronik sağlık sorunlarına yol açabilir (Akıcı 2008).

Pasif içicilik; sigara içmeyen kişilerin, başka kişilerin sigara içmesinden ötürü istemsiz olarak sigara dumanına maruz kalmasını ifade eder. İkinci el sigara dumanı; yanan bir sigaranın havaya saldığı yan akım dumanı, ürünün kâğıdı ya da filtresinden çıkan duman ile aktif sigara içen kişinin nefesiyle havaya geri verdiği ana akım dumanını içerir (Argüder, Abuzaina et al. 2019). Bu ikinci el sigara dumanının etkisinden bireyleri korumak ve sigara tüketimini azaltmak için dünyada ve ülkemizde çokça çalışmalar yapılmıştır. Dumansız hava sahası çalışması bu ihtiyaçların ve gerekli kanun düzenlemelerinin kamuoyuna kampanya şeklinde yansıtılması ile ortaya çıkmıştır.

Dumansız Hava Sahası Kampanyası ilk olarak 2008 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ‘Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı’ çerçevesinde kamuoyuna sunulmuştur (Okmeydan). Ancak bu kampanya 7 Kasım 1996’da uygulamaya konan ‘Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Yönelik Kanun’un geliştirilmiş halidir. Yani on iki senelik bir temeli olduğundan söz edebileceğimiz bu yeni haliyle yasa ‘temiz hava sahası’ temeline dayandırılarak İspanyol modeli esas alınmıştır (Banoğlu ve Lisesi 2011). 16 Temmuz 2009’da resmi gazetede yayımlanan genelge ile 4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun yürürlüğe konulmuş, 5727 sayılı Kanunla da önemli değişiklikler yapılmıştır (2009). Bu genelge ile birlikte kamu kurum ve kuruluşlarında sigara içmek kesinlikle yasaklanmış, 19 Temmuz 2009 tarihinden itibaren ise yasak okullarla birlikte kamuya açık tüm işletmelerin kapalı alanlarında uygulanmaya başlanmıştır (Banoğlu ve Lisesi 2011). Kampanya sigara ile mücadele konusunda büyük bir başarı göstererek 4 yılda tütün kullanma sıklığı da toplamda yüzde 13,5’luk bir azalma sağlamıştır. Sigara ile mücadele

konusunda Türkiye'ye sergilediği başarı nedeniyle DSÖ tarafından 31 Mayıs 2014'te Küresel Tütünle Mücadele Başarı Ödülü verilmiştir (Koç, Başer vd. 2015).

Dumansız hava sahası eylem planı ilk dönemi 2008-2012 yıllarını kapsamaktadır. Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2018), 27 Ocak 2015 tarihli ve 29249 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 2015/1 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile yürürlüğe girmiştir. Kampanyanın 2015- 2018 yılları arasındaki ikinci dönemi halen devam etmektedir (Okmeydan). İlk eylem planı kapsamında yürürlüğe giren kanun ile birlikte özel işletmelerde yani lokanta, kahvehane, kafeterya gibi eğlence amaçlı hizmet veren diğer işletmelerde tütün ürünlerinin tüketilmesi yasaklanmıştır. 2015 yılında yayımlanan yeni düzenleme ile de artık kafe, restoran ve alışveriş merkezi gibi alanların girişlerinde sigara içilmesi cezai yaptırım sebebi olmuş yeni dumansız hava sahaları yaratılmaya çalışılmıştır.

Kapalı alanı içine alan düzenlemeler ikinci aşamasında açık alanlara da yönelmeye başlamıştır. Yine toplu taşımaları, taksileri içeren yasaklar günümüzde hususi otomobillere de yaptırım uygulanması şeklinde de karşımıza çıkmaktadır. Kapalı alandan kasıt sabit veya seyyar bir çatısı olan kapı ve pencere dışında etrafı kapalı olan yerlerdir. 4207 sayılı kanun uygulaması ile birlikte ikamete mahsus konutlar hariç kamu ve özel hukuk kişilerine ait binalarda sigara tüketimi yasaklanmıştır. Okul öncesi eğitim kurumlarının, dershaneler, özel eğitim ve öğretim kurumları dâhil olmak üzere ilk ve orta öğrenim kurumlarının, kültür ve sosyal hizmet binalarının kapalı veya açık alanları fark etmeksizin sigara tüketimi yaptırım sebebi kabul edilmiştir. Hususi konutları içine almayan yasa apartman boşlukları ve asansör gibi ortak kullanım alanlarında sigara kullanımını yasak olduğunu belirtir. Karayolu, demiryolu ve havayolu toplu taşıma araçları ile taksilerde tütün tüketimi yasaklanmış hususi araçlardaki tütün tüketimi bireyin sorumluluğuna bırakılmıştır (4207 Kanun Uygulama Rehberi). Ancak 2013 yılında yapılan güncelleme ile özel araçların sürücü koltuklarında sigara içmek yasaklanmıştır (4207-29249 sayılı resmi gazete). Yine aynı yasaya 15 Kasım 2018'de getirilen güncelleme ile birlikte "Televizyonda yayınlanan programlarda, filmlerde, dizilerde, müzik kliplerinde, reklam ve tanıtım filmlerinde, sinema ve tiyatrolarda gösterilen eserlerde tütün ürünlerinin kullanılması ve görüntülerine yer verilmesi ya da internet, topluma açık olan sosyal medya veya benzeri ortamlarda ticari gaye ile veya reklam amacıyla tütün ürünlerinin kullanılması ve görüntülerine yer verilmesi yasaktır." (Değişik:15/11/2018-7151/23 md.)

1996'dan beri yürürlükte olan bu yasa gerekli güncellemeler ile alanını genişletmiş. 2008 yılında dumansız hava sahası kampanyasıyla adını duyurmuştur. Günümüzde açık alanları da

kapsamayı hedefleyen yasa her geçen yıl yeni güncellemeler ile sigara tüketimini azaltmayı ve pasif içicileri tütünün etkilerinden korumayı hedeflemektedir.



3. MATERYAL VE METHOD

Bu tez çalışması Üsküdar Üniversitesinde yapılmıştır. Bu çalışma Üsküdar Üniversitesinde okuyan 414 öğrencinin (Lisans/Yüksek Lisans/Doktora) katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Öncelikle katılımcılardan “bilgilendirilmiş gönüllü olur formu” ile izin alınmıştır. Daha sonrasında çalışmaya katılan kişilerden iki farklı anket doldurulması istenmiştir. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, dumansız hava sahası değerlendirme formu ve fagerström bağımlılık testi verilerek değerlendirme yapılmıştır.

✚ Sosyodemografik Form: Kişilerin yaş, cinsiyet, meslek, medeni hal vb. özellikleri hakkında detaylı bilgi edinmek için hazırlanan formdur (Aksoy, Kaya vd. 2019). Bu formda anket ve belirli formları birbiriyle pekiştirmek, istenilen verileri tamamlamak üzere sorulardan oluşmaktadır. Bu anketteki sigara ile ilgili kısmındaysa öğrencilere sigara içip içmediği, içiyor ise ne zaman ve nasıl başladığı, günlük ne kadar içtiği, sigara içmesine etki eden ve başlatan faktörlerin neler olduğu, sigarayı bırakma düşüncesinin olup olmadığı ve bıraktı ise ne zaman bıraktığı ve kapalı alanlarda sigara içmeden ne kadar kaldığı gibi sorular sorulmuştur. Sosyodemografik form bu tez çalışmasında ankete katılacak kişiler hakkında bilgi sağlayarak sonuçları bu bilgiler doğrultusunda yorumlamak için kullanılmıştır.

✚ Dumansız Hava Sahası Değerlendirme Formu: Üniversite öğrencilerinin dumansız hava sahasına bakış açısını değerlendirmek üzere yapılmıştır. Dumansız hava sahası değerlendirme formu 20 sorudan oluşturulmuş bir ankettir. Öğrencilere sigara yasağı, sigara içilen mekânların azalması durumundaki düşünceleri ve dumansız kampüs uygulamasıyla ilgili sorular sorulmuştur. Cevapların içerisinde 1’den 5’e kadar (1. Kesinlikle değil, 2. Pek değil 3. Fikrim yok 4. Bir yere kadar 5. Fazlasıyla) numaralandırma yapılarak veriler toplanmıştır. Dumansız Hava Sahası Değerlendirme formundaki yanıtlar 3 farklı karşılık olarak yüzde hesaplaması yapılmıştır. “1-Kesinlikle değil” “2-Pek değil” yanıt olarak Hayır kabul edilmiş olup “3-Fikrim yok” aynı kalacak şekilde, “4-Bir yere kadar” “5- Fazlasıyla” Evet cevabı kabul edilerek değerlendirilmiştir.

✚ Fagerstörn Nikotin Bağımlılık Testi: 6 sorudan meydana gelen ve tütün bağımlılığını değerlendirmek için en yaygın kullanılan testtir. Test, Fagerstörn ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Uysal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Sağlam 2017). Bu testin toplam skor sonucu ulaşılan puanlara göre

nikotin bağımlılığı çok az bağımlılık (0-2)puan, az bağımlılık (3-4) puan, orta derecede bağımlılık (5) puan, yüksek derecede bağımlılık (6-7) puan ve çok yüksek bağımlılığı gösteren (8-10) puandan oluşmak üzere değerlendirilmektedir (Sağlam 2017). Bizim araştırmamızda sigara içen öğrencilerde Fagörstörn Bağımlılık Ölçeğinden aldıkları puanlara göre; çok az bağımlı = 0-2 puan, az bağımlı = 3-4 puan, orta ve üzeri bağımlı = ≥ 5 puan olarak 3 farklı grup oluşturulmuştur.



4. BULGULAR

Bu çalışma 414 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma grubunda kadın öğrencilerin payı %73,9'dur. Yaş grubu olarak 18-24 yaş grubu %81,4 ile en kalabalık gruptur. Öğrencilerin %90,1'i bekârdır. Lisans öğrencileri çalışma grubunun %49,7'sini oluşturmaktadır.

Ayrıntılar Tablo 4.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

	n	%
Cinsiyet*		
Kadın	303	73,9
Erkek	107	26,1
Yaş Grubu*		
18-24	333	81,4
25-34	50	12,2
35-44	21	5,1
45-55	5	1,2
Medeni Durum*		
Bekar	363	90,2
Evli	35	8,1
Boşanmış	7	1,7
Devam Ettiği Program*		
Ön Lisans	92	27,5
Lisans	166	49,7
Yüksek Lisans/Doktora	76	22,8

* Yüzdelere verileri tam olan katılımcılar üzerinden hesaplanmıştır.

Öğrencilerin %57,7'si (n=239) sigara kullanmaktadır. Kadın öğrencilerde sigara içme sıklığı %53,1 iken, erkek öğrencilerde %69,2 bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,004). Öğrencilerin devam ettiği bölüme göre sigara kullanma sıklıkları incelendiğinde; lisans öğrencilerinin %44,6'sı, yüksek lisans öğrencilerinin %48,7'si sigara kullanırken ön lisans öğrencilerinde sıklık %79,3 bulunmuştur ve ön lisans öğrencilerinde bulunan kullanma sıklığı diğer 2 gruptan istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (p<0,001). Sigaraya en erken başlayan öğrenci 11, en geç başlayan ise 44 yaşında başlamıştır. Sigaraya başlama için ortalama yaş 16'dır. Sigara kullananların %58,9'u sigarayı bırakmak istemektedir. Bırakmak isteme nedeni olarak en çok sağlığa zararlı olması ifade edilmiştir. Sigara kullanan grubun %55,4'ü bırakmayı denemiştir. Günde içilen sigara miktarında %33,3 ile 1-5 yanıtını verenler en kalabalık gruptur. Sigara içme sıklığında ise %41,4 ile 1-3 saat arası en büyük paya sahiptir. Sigara içilen zaman diliminde ise akşam %37,5 ile ilk sıradadır. Ayrıntılar Tablo 4.2.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Sigara Kullanan Katılımcıların Bazı Özelliklere Göre Dağılımı

	N	%
Sigarayı Bırakma İsteği*		
Evet	139	58,9
Hayır	97	41,1
Sigarayı Bırakma Denemesi*		
Evet	128	55,4
Hayır	103	44,6
Günde İçtiği Sigara Sayısı*		
1-5	76	33,3
6-10	62	27,2
11-15	20	8,8
1 paket	56	24,6
1 paketten fazla	14	6,1
Sigara İçme Sıklığı*		
Yarım saatte bir	83	35,8
1-3 saat arası	96	41,4
3-5 saat arası	23	9,9
5-9 saat arası	7	3,0
9-12 saat arası	4	1,7
12-24 saat arası	7	3,0
Günde bir kez	12	5,2
Sigara İçilen Zaman Dilimi*		
Sabah	25	10,6
Öğle	79	33,6
Akşam	88	37,5
Gece	43	18,3

* Yüzdelere verileri tam olan katılımcılar üzerinden hesaplanmıştır.

Sigara kullanan grupta “Kapalı alanlarda (Cafe/Restoran gibi) sigara içmeden ne kadar kalabilirsiniz” sorusuna 2 saat yanıtı %50,7 ile en fazla verilen yanıttır. Sigara içilen ortamda nadiren rahatsız olduğunu bildirenlerin payı %53,6’dır ve %52,9’u sigara içilen bir ortamda en fazla 5-7 saat kalabileceğini ifade etmişlerdir. Bu gruptaki öğrencilerin %59,3’ü yaşadığı evde/odada sigara kullanan olduğunu belirtmiştir. Evde sigara içen birey olarak baba %20,4 ile ilk sıradadır. Sigara kullanan öğrencilerin %48,3’ü çalışmaktadır ve daha çok okul ortamında sigara içtiğini belirtenler %76,5’tir. Ayrıntılar Tablo 4.3.’te verilmiştir.

Tablo 4.3. Sigara Kullanan Gruptakilere Ait Bazı Özellikler

	n	%
Kapalı alanda sigara içmeden kalabileceği süre*		
Yarım saat	26	11,1
1-2 saat	39	16,7
2-5 saat	45	19,3
5-7 saat	123	52,8
Sigara içilen ortamda rahatsızlık duyma		
Hiç	77	32,2
Nadiren	128	53,6
Sıklıkla	24	10,0
Aşırı derecede	10	4,2
Sigara içilen ortamda en fazla kalabileceği süre*		
Yarım saat	26	11,1
1-2 saat	39	16,7
2-5 saat	45	19,3
5-7 saat	123	52,9
Yaşadığı Yerde Sigara Kullanan*		
Evet	140	59,3
Hayır	96	40,7
Evde Sigara İçen*		
Anne	26	11,1
Baba	48	20,4
Kardeş	22	9,4
Tüm aile	47	20,0
Hiç kimse	92	39,1
Çalışma Durumu*		
Evet	114	48,3
Hayır	122	51,7
En Çok Sigara İçtiği Yer *		
Okul	173	76,5
İş yeri	53	23,5

* Yüzdelere verileri tam olan katılımcılar üzerinden hesaplanmıştır.

Sigara içen gruptakilerin %71,1'i elektronik sigara kullanmamıştır. Kullanma nedeni olarak ise “merak” en çok verilen yanıttır. Nargile, çiğneme tütünü veya yanmayan sigarayı kullananlar %69,7'dir. Nargileyi hiç kullanmayanlar %22,7, çiğneme tütünü hiç kullanmayanlar %94,7, yanmayan sigarayı hiç kullanmayanlar ise %94,6'dır. Ayrıntılar Tablo-4'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Sigara Kullanan Gruptakilere Ait Bazı Özellikler-2

	n	%
Elektronik sigara kullanma durumu*		
Son 30 gün içinde	20	8,5
Son 12 ay içinde	19	8,1
12 aydan fazla bir süre önce	29	12,3
Hiç kullanmamış	167	71,1
Nargile, çiğneme tütünü, yanmayan sigara kullanma*		
Evet	163	69,7
Hayır	71	30,3
Nargile kullanma durumu*		
Son 30 gün içinde	39	17,7
Son 12 ay içinde	60	27,3
12 aydan fazla bir süre önce	71	32,3
Hiç kullanmamış	50	22,7
Çiğneme tütünü kullanma durumu*		
Son 30 gün içinde	2	1,0
Son 12 ay içinde	5	2,4
12 aydan fazla bir süre önce	4	1,9
Hiç kullanmamış	195	94,7
Yanmayan sigara kullanma durumu*		
Son 30 gün içinde	3	1,5
Son 12 ay içinde	3	1,5
12 aydan fazla bir süre önce	5	2,5
Hiç kullanmamış	193	94,5

* Yüzdelere verileri tam olan katılımcılar üzerinden hesaplanmıştır.

Sigara içen ve içmeyen öğrencilerin sigara kullanımını nasıl değerlendirdikleri incelendiğinde “kesinlikle içilmemelidir” seçeneğini işaretleyenler sigara içmeyen grupta istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Sigara içilen ortamda rahatsızlık duyma ile ilgili soruda da sigara içmeyen grupta “aşırı derecede” istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Sigara içilen ortamda en fazla kalabilecekleri süre ile ilgili soruda da sigara içmeyen grupta yarım saat ve altındaki sürenin payı, sigara içen grupta ise 5-7 saat grubunun payı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıntılar Tablo 4.5.’te verilmiştir.

Tablo 4.5. Sigara İçen ve İçmeyen Öğrencilerin Sigara İle İlgili Bazı Sorulara Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması

	Sigara İçenler n (%)	Sigara İçmeyenler n (%)	Kikare Değeri	p*
Sigara kullanımını değerlendirmesi				
Zaman zaman içilebilir	90 (38,3)	35 (20,8)		
Bağımlılığa yol açar	72 (30,6)	36 (21,4)		
Sigara kullananların iradesi zayıftır	14 (6,0)	13 (7,7)	51,964	<0,001
Tiryakiliğe yol açabilir	23 (9,8)	9 (5,4)		
Bir beyin hastalığıdır	10 (4,3)	7 (4,2)		
Kesinlikle içilmemelidir	26 (11,1)	68 (40,5)		
Sigara içilen ortamdahatsızlık duyma				
Hiç	77 (32,2)	7 (4,9)		
Nadiren	128 (53,6)	28 (19,4)	157,109	<0,001
Sıklıkla	24 (10,0)	39 (27,1)		
Aşırı derecede	10 (4,2)	70 (48,6)		
Sigara içilen ortamda en fazla kalabileceği süre				
Hiç	0 (0,0)	41 (24,1)		
Yarım saat	26 (11,2)	63 (37,1)		
1-2 saat	39 (16,7)	31 (18,2)	143,894	<0,001
2-5 saat	45 (19,3)	19 (11,2)		
5-7 saat	123 (52,8)	16 (9,4)		

Yüzdelere verileri tam olan katılımcılar üzerinden hesaplanmıştır. * Pearson ki-kare testi

Sigara içen öğrencilere ait Fagerström puan ortalaması $2,7 \pm 2,7$ bulunmuştur (ortanca=2, en küçük=0, en büyük=10). Öğrencilerin %29,4'nün Fagerström puanı 0'dır ve bu grup en kalabalık gruptur. Ayrıntılar Tablo 4.6.'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Sigara Kullanan Öğrencilerin Fagerström Puanları*

	n	%
0	69	29,3
1	28	11,9
2	32	13,6
3	26	11,1
4	22	9,4
5	15	6,4
6	17	7,2
7	12	5,1
8	6	2,6
9	7	3,0
10	1	0,4

* Yüzdelere verileri tam olan katılımcılar üzerinden hesaplanmıştır.

“Kapalı alanda sigaranın içilmemesi sigarayı bırakmak için bir etkidir.” önermesine katılımcıların %53’ü “kesinlikle değil ve pek değil” yanıtlarını vermiştir. Buna karşılık “Dumansız hava sahaları arttırılmalıdır.” önermesine ise katılımcıların yarısından çoğu “fazlası ile” yanıtını vermiştir (%52,7). “Dumansız hava sahası hakkında yapılan bilgilendirmeler yeterlidir.” önermesine “fazlası ile” yanıtını verenler sadece %13,4’tür. “Yapılan dumansız hava sahası denetimleri yeterlidir.” önermesine “fazlası ile” yanıtını verenler de tüm grubun sadece %4,6’sıdır. “Dumansız hava sahalarının varlığını destekliyorum.” önermesine “fazlası ile” yanıtını verenlerin payı %60,0’dır. “Sigara içilmeyen alanların artması sizi etkiler.” önermesine “fazlası ile” yanıtını verenlerin payı yaklaşık %30,0’dur. “Dumansız hava sahası bu mekanlara gitme sıklığımı etkiler.” önermesine “fazlası ile” yanıtını verenlerin payı grubun dörtte birinden fazladır (%26,8). Her 6 öğrenciden biri “Sigara yasağı karmaşık, uygulanması zor bir düzenlemedir.” ve “Sigara yasağı bireylerin kişisel haklarına bir saldırıdır.” önermelerine “fazlası ile” yanıtını vermiştir. “Üniversitelerde sigara içilmesi öğrencileri sigara kullanmaya teşvik eder.” önermesine grubun yaklaşık dörtte biri fazlasıyla yanıtını verirken, “Sigara yasağı sonucunda sigarayı bırakmada artış olacaktır.” önermesine fazlasıyla yanıtını veren sadece %11,2’dir. “Üniversitelerde sigarayı bırakmayla ilgili (eğitimler/seminerler) çalışmalar yapılmalıdır.” ve “Üniversitelerde dumansız kampüs¹ uygulaması olmalıdır.” Önermelerine “fazlasıyla” yanıtını verenler %40’tan fazladır. Buna karşılık “Dumansız kampüs uygulaması olursa sigarayı bırakma oranı artar.” önermesine fazlasıyla yanıtını verenler sadece %21,1’dir. Ayrıntılar Tablo 4.7.’de verilmiştir.

Tablo 4.7. Öğrencilerin Dumansız Hava Sahası Değerlendirme Formu Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı*

Önergeler	Kesinlikle değil	Kesinlikle evet	n (%)		
			Fikrim Yok	Bir vere kadar	En çok
Sigara içmenin yasaklanmış olduğu yerlerde (kütüphane, tiyatro, hastane v.b.) sigara içmemek size zor gelir.	187 (49,7)	65 (17,3)	47 (12,5)	47 (12,5)	30 (8,0)
Kapalı alanda sigaranın içilmemesi sigarayı bırakmak için bir etkidir.	95 (23,4)	120 (29,6)	41 (10,1)	91 (22,4)	59 (14,5)
Dumansız hava sahaları artırılmalıdır.	41 (10,0)	33 (8,0)	44 (10,7)	77 (18,7)	217 (52,7)
Dumansız hava sahası hakkında yapılan bilgilendirmeler yeterlidir.	63 (15,4)	134 (32,7)	80 (19,5)	78 (19,0)	55 (13,4)
Dumansız hava sahalarının varlığı ile pasif içicilik oranı azalmıştır.	39 (9,5)	79 (19,3)	78 (19,0)	122 (29,8)	92 (22,4)
Yapılan dumansız hava sahası denetimleri yeterlidir.	113 (27,6)	124 (30,2)	107 (26,1)	47 (11,5)	19 (4,6)
Dumansız hava sahalarının varlığını destekliyorum.	20 (4,9)	28 (6,8)	30 (7,3)	86 (21,0)	246 (60,0)
Ders araları veya molalarda tek başınıza sigara içmek için dışarı çıkmak zor gelir.	110 (30,6)	82 (22,8)	83 (23,1)	43 (11,9)	42 (11,7)
Sigara içilmeyen alanların artması sizi etkiler.	77 (19,4)	81 (20,4)	58 (14,6)	63 (15,9)	118 (29,7)
Üniversite içerisindeki kapalı mekanlara (kantin, cafe vb.) gitme sıklığınız fazladır.	60 (14,6)	128 (31,1)	57 (13,8)	87 (21,1)	80 (19,4)
Ders sürelerinin uzun olması/ Ders aralarının uzun olması sigara içme isteğini artırır.	94 (24,0)	55 (14,1)	97 (24,8)	72 (18,4)	73 (18,7)
Dumansız hava sahası bu mekanlara gitme sıklığınızı etkiler.	61 (15,4)	72 (18,2)	72 (18,2)	85 (21,5)	106 (26,8)
Sigara yasağı karmaşık, uygulanması zor bir düzenlemedir ⁹	93 (23,1)	82 (20,4)	87 (21,6)	73 (18,2)	67 (16,7)
Sigara yasağı bireylerin kişisel haklarına bir saldırıdır ⁹ .	145 (35,4)	73 (17,8)	55 (13,4)	71 (17,3)	66 (16,1)
Üniversitelerde sigara içilmesi öğrencileri sigara kullanmaya teşvik eder ⁹ .	98 (24,0)	72 (17,6)	66 (16,1)	75 (18,3)	98 (24,0)
Sigara yasağı sonucunda sigarayı bırakmada artış olacaktır.	97 (23,6)	106 (25,8)	85 (20,7)	77 (18,7)	46 (11,2)
Üniversitelerde sigarayı bırakmayla ilgili (eğitimler/seminerler) çalışmalar yapılmalıdır.	46 (11,1)	38 (9,2)	71 (17,1)	89 (21,5)	170 (41,1)
Üniversitelerde dumansız kampüs uygulaması olmalıdır.	77 (18,7)	26 (6,3)	52 (12,6)	82 (19,9)	175 (42,5)
Dumansız kampüs uygulaması olursa sigarayı bırakma oranı artar.	80 (19,4)	85 (20,6)	75 (18,2)	86 (20,8)	87 (21,1)
Dumansız kampüs uygulaması yapılacak olursa bu sürece uyum sağlamak kolay olacaktır.	79 (19,2)	91 (22,1)	88 (21,4)	79 (19,2)	75 (18,2)

*Yüzdelere verileri tam olan katılımcılar üzerinden hesaplanmıştır.

⁹ Banoğlu, K., & Lisesi, M. H. A. (2011). Okullarda Dumansız Hava Sahası Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 3(3), 301-315.

Sigara içen ve içmeyen öğrencilerin “Dumansız Hava Sahası Değerlendirme formunda yer alan önermelere verdiği yanıtlar karşılaştırıldığında tüm önermelerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

“Sigara içmenin yasaklanmış olduğu yerlerde (kütüphane, tiyatro, hastane vb.) sigara içmemek size zor gelir.” önermesine sigara içenlerin %29’u “evet” yanıtını verirken, sigara içmeyen grupta “evet” yanıtını verenlerin payı sadece %5,8’dir.

“Kapalı alanda sigaranın içilmemesi sigarayı bırakmak için bir etkidir.” önermesine sigara içenlerin %29’u “evet” yanıtını verirken, sigara içmeyen grupta “evet” yanıtını verenlerin payı %48,2 bulunmuştur.

“Dumansız hava sahaları arttırılmalıdır.” önermesine sigara içenlerin %54,8’i “evet” yanıtını verirken, sigara içmeyen grupta “evet” yanıtını verenlerin payı %94,2 olarak bulunmuştur.

“Dumansız hava sahası hakkında yapılan bilgilendirmeler yeterlidir.” önermesine sigara içenlerin %40,3’ü “hayır” yanıtını verirken, sigara içmeyen grupta “hayır” yanıtını verenlerin payı %58,7 olarak bulunmuştur.

“Dumansız hava sahalarının varlığı ile pasif içicilik oranı azalmıştır.” önermesine sigara içenlerin %25’i “hayır” yanıtını verirken, sigara içmeyen grupta “hayır” yanıtını verenlerin payı %33,9 olarak bulunmuştur.

“Yapılan dumansız hava sahası denetimleri yeterlidir.” önermesine sigara içenlerin %52,5’i “hayır” yanıtını verirken, sigara içmeyen grupta “hayır” yanıtını verenlerin payı %64,9 olarak bulunmuştur.

“Dumansız hava sahalarının varlığını destekliyorum.” önermesine sigara içenlerin %69,4’ü “evet” yanıtını verirken, sigara içmeyen grupta “evet” yanıtını verenlerin payı %96,5 olarak bulunmuştur.

“Ders araları veya molalarda tek başınıza sigara içmek için dışarı çıkmak zor gelir.” önermesine sigara içenlerin %8,4’ü “fikrim yok” yanıtını verirken, sigara içmeyen grupta “fikrim yok” yanıtını verenlerin payı %52,1 olarak bulunmuştur.

“Sigara içilmeyen alanların artması sizi etkiler.” önermesine sigara içenlerin %39’u “evet” yanıtını verirken, sigara içmeyen grupta “evet” yanıtını verenlerin payı %55,3 olarak bulunmuştur.

“Üniversite içerisindeki kapalı mekânlara (kantin, kafe vb.) gitme sıklığım fazladır.” önermesine sigara içenlerin %33,9’u “evet” yanıtını verirken, sigara içmeyen grupta “evet” yanıtını verenlerin payı %49,7 olarak bulunmuştur.

“Ders sürelerinin uzun olması/ Ders aralarının uzun olması sigara içme isteğini artırır.” önermesine sigara içenlerin %49,8’i “evet” yanıtını verirken, sigara içmeyen grupta “evet” yanıtını verenlerin payı sadece %17,1’dir.

“Dumansız hava sahası bu mekanlara gitme sıklığımı etkiler.” önermesine sigara içenlerin %43’ü “evet” yanıtını verirken, sigara içmeyen grupta “evet” yanıtını verenlerin payı %55,9 olarak bulunmuştur.

“Sigara yasağı karmaşık, uygulanması zor bir düzenlemedir.” önermesine sigara içenlerin %41,3’ü “evet” yanıtını verirken, sigara içmeyen grupta “evet” yanıtını verenlerin payı %25,7’dir.

Sigara yasağı bireylerin kişisel haklarına bir saldırıdır.” önermesine sigara içenlerin %46,9’u “evet” yanıtını verirken, sigara içmeyen grupta “evet” yanıtını verenlerin payı sadece %14,6’dır.

“Üniversitelerde sigara içilmesi öğrencileri sigara kullanmaya teşvik eder.” önermesine sigara içenlerin %33,6’sı “evet” yanıtını verirken, sigara içmeyen grupta “evet” yanıtını verenlerin payı %54,4 bulunmuştur.

“Sigara yasağı sonucunda sigarayı bırakmada artış olacaktır.” önermesine sigara içenlerin %58,2’si “hayır” yanıtını verirken, sigara içmeyen grupta “hayır” yanıtını verenlerin payı %37,4 olarak bulunmuştur.

“Üniversitelerde sigarayı bırakmayla ilgili (eğitimler/seminerler) çalışmalar yapılmalıdır.” önermesine sigara içenlerin %47,3’ü “evet” yanıtını verirken, sigara içmeyen grupta “evet” yanıtını verenlerin payı %83,4 bulunmuştur.

“Üniversitelerde dumansız kampüs¹ uygulaması olmalıdır.” önermesine sigara içenlerin %43,9’u “evet” yanıtını verirken, sigara içmeyen grupta “evet” yanıtını verenlerin payı %87,8 bulunmuştur.

“Dumansız kampüs uygulaması olursa sigarayı bırakma oranı artar.” önermesine sigara içenlerin %28,5’i “evet” yanıtını verirken, sigara içmeyen grupta “evet” yanıtını verenlerin payı %60,3 bulunmuştur.

“Dumansız kampüs uygulaması yapılacak olursa bu sürece uyum sağlamak kolay olacaktır.” önermesine sigara içenlerin %25,9’u “evet” yanıtını verirken, sigara içmeyen grupta “evet” yanıtını verenlerin payı %53,2 bulunmuştur. Ayrıntılar Tablo 4.8.’de verilmiştir.



Tablo 4.8. Sigara İçen ve İçmeyen Öğrencilerin Dumansız Hava Sahası Değerlendirme Formu Sorularına Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması*

Önermeler	Sigara İçenler (%)			Sigara İçmeyenler (%)			Kikare değeri	p
	Havır	Fikrim Yok	Evet	Havır	Fikrim Yok	Evet		
Sigara içmenin yasaklanmış olduğu yerlerde (kütüphane, tiyatro, hastane v.b.) sigara içmemek size zor gelir.	65,1	5,9	29,0	70,3	23,9	5,8	46,014	<0,001
Kapalı alanda sigaranın içilmemesi sigarayı bırakmak için bir etkidir.	59,7	11,3	29,0	43,5	8,3	48,2	15,622	<0,001
Dumansız hava sahaları artırılmalıdır.	28,9	16,3	54,8	2,9	2,9	94,2	76,497	<0,001
Dumansız hava sahası hakkında yapılan bilgilendirmeler yeterlidir.	40,3	21,8	37,8	58,7	16,3	25,0	13,666	0,001
Dumansız hava sahalarının varlığı ile pasif içicilik oranı azalmıştır.	25,0	23,3	51,7	33,9	13,2	52,9	8,144	0,017
Yapılan dumansız hava sahası denetimleri yeterlidir.	52,5	27,1	20,3	64,9	24,8	10,3	9,101	0,011
Dumansız hava sahalarının varlığını destekliyorum.	18,3	12,3	69,4	2,9	0,6	96,5	48,585	<0,001
Ders araları veya molalarda tek başınıza sigara içmek için dışarı çıkmak zor gelir.	62,3	8,4	29,3	35,5	52,1	12,4	87,062	<0,001
Sigara içilmeyen alanların artması sizi etkiler.	45,0	16,0	39,0	32,1	12,6	55,3	10,258	0,006
Üniversite içerisindeki kapalı mekanlara (kantin, cafe vb.) gitme sıklığımı fazladır.	51,5	14,6	33,9	37,6	12,7	49,7	10,710	0,005
Ders sürelerinin uzun olması/ Ders aralarının uzun olması sigara içme isteğini artırır.	40,2	10,0	49,8	34,9	48,0	17,1	81,487	<0,001
Dumansız hava sahası bu mekanlara gitme sıklığımı etkiler.	38,7	18,3	43,0	26,1	18,0	55,9	7,854	0,020
Sigara yasağı karmaşık, uygulanması zor bir düzenlemedir	37,9	20,9	41,3	51,5	22,8	25,7	11,086	0,004
Sigara yasağı bireylerin kişisel haklarına bir saldırıdır.	37,2	15,9	46,9	75,4	9,9	14,6	61,006	<0,001
Üniversitelerde sigara içilmesi öğrencileri sigara kullanmaya teşvik eder.	50,0	16,4	33,6	29,8	15,8	54,4	19,918	<0,001
Sigara yasağı sonucunda sigarayı bırakmada artış olacaktır.	58,2	19,0	22,8	37,4	23,0	39,7	19,168	<0,001
Üniversitelerde sigarayı bırakmayla ilgili (eğitimler/seminerler) çalışmalar yapılmalıdır.	30,5	22,2	47,3	6,3	10,3	83,4	58,730	<0,001
Üniversitelerde dumansız kampüs ¹ uygulaması olmalıdır.	38,5	17,6	43,9	6,4	5,8	87,8	83,558	<0,001
Dumansız kampüs uygulaması olursa sigarayı bırakma oranı artar.	53,6	18,0	28,5	21,3	18,4	60,3	50,741	<0,001
Dumansız kampüs uygulaması yapılacak olursa bu sürece uyum sağlamak kolay olacaktır.	51,9	22,2	25,9	26,6	20,2	53,2	35,656	<0,001

Sigara içen öğrencilerde Fagörstörn Bağımlılık Ölçeğinden aldıkları puanlara göre “Çok Az Bağımlı = 0-2 puan”, “Az Bağımlı = 3-4 puan” ve “Orta ve Üzeri Bağımlı= 5 puan ve üzeri” olarak 3 farklı grup oluşturulmuştur.

Bu 3 grup arasında “Dumansız hava sahası hakkında yapılan bilgilendirmeler yeterlidir.”, “Dumansız hava sahalarının varlığı ile pasif içicilik oranı azalmıştır.”, “Yapılan dumansız hava sahası denetimleri yeterlidir.”, “Ders araları veya molalarda tek başınıza sigara içmek için dışarı çıkmak zor gelir.”, “Dumansız hava sahası bu mekanlara gitme sıklığımı etkiler.”, “Sigara yasağı karmaşık, uygulanması zor bir düzenlemedir.”, “Üniversitelerde sigara içilmesi öğrencileri sigara kullanmaya teşvik eder.”, “Üniversitelerde dumansız kampüs¹ uygulaması olmalıdır.”, “Dumansız kampüs uygulaması olursa sigarayı bırakma oranı artar.” ve “Dumansız kampüs uygulaması yapılacak olursa bu sürece uyum sağlamak kolay olacaktır.” önermelerine verilen yanıtların dağılımlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

“Sigara içmenin yasaklanmış olduğu yerlerde (kütüphane, tiyatro, hastane v.b.) sigara içmemek size zor gelir.” önermesine “evet” yanıtı verenlerin payı “çok az bağımlı” grupta %15,5, “az bağımlı” grupta %33,3 olarak bulunmuş iken, “orta ve üzeri bağımlı” grupta bu değer %56,9 ‘dur.

“Kapalı alanda sigaranın içilmemesi sigarayı bırakmak için bir etkidir.” önermesine “evet” yanıtı verenlerin payı “çok az bağımlı” grupta %37,2 iken, “az bağımlı” grupta %16,7 “orta ve üzeri bağımlı” grupta %19,0 olarak bulunmuştur.

“Dumansız hava sahaları artırılmalıdır.” önermesine “evet” yanıtı verenlerin payı “çok az bağımlı” grupta %65,9 iken, “az bağımlı” grupta %43,8 “orta ve üzeri bağımlı” grupta %37,9 olarak bulunmuştur.

“Dumansız hava sahalarının varlığını destekliyorum.” önermesine “evet” yanıtı verenlerin payı “çok az bağımlı” grupta %80,5 iken, “az bağımlı” grupta %58,7 “orta ve üzeri bağımlı” grupta %56,9 olarak bulunmuştur.

“Sigara içilmeyen alanların artması sizi etkiler.” önermesine “evet” yanıtı verenlerin payı “çok az bağımlı” grupta %31,8, “az bağımlı” grupta %37,5 olarak bulunmuş iken, “orta ve üzeri bağımlı” grupta bu değer %56,9 ‘dur.

“Üniversite içerisindeki kapalı mekanlara (kantin, kafe vb.) gitme sıklığım fazladır.” önermesine “hayır” yanıtı verenlerin payı “çok az bağımlı” grupta %46,9, “orta ve üzeri bağımlı” grupta %44,8 iken, “az bağımlı” grupta %70,8 olarak bulunmuştur.

“Ders sürelerinin uzun olması/ Ders aralarının uzun olması sigara içme isteğini artırır.” önermesine “evet” yanıtını verenlerin payı “çok az bağımlı” grupta %39,2 iken, “az bağımlı” grupta %60,4 “orta ve üzeri bağımlı” grupta %65,6 olarak bulunmuştur.

“Sigara yasağı bireylerin kişisel haklarına bir saldırıdır.” önermesine “evet” yanıtını verenlerin payı “çok az bağımlı” grupta %41,9, “az bağımlı” grupta %39,6 olarak bulunmuş iken, “orta ve üzeri bağımlı” grupta bu değer %62,1’dir.

“Sigara yasağı sonucunda sigarayı bırakmada artış olacaktır.” önermesine “hayır” yanıtını verenlerin payı “çok az bağımlı” grupta %50,4, “orta ve üzeri bağımlı” grupta %63,3 iken, “az bağımlı” grupta %72,9 olarak bulunmuştur.

“Üniversitelerde sigarayı bırakmayla ilgili (eğitimler/seminerler) çalışmalar yapılmalıdır.” önermesine “hayır” yanıtını verenlerin payı “çok az bağımlı” grupta %22,3, “orta ve üzeri bağımlı” grupta %36,2 iken, “az bağımlı” grupta %45,8 olarak bulunmuştur. Ayrıntılar Tablo 4.9.’da verilmiştir.

Tablo 4.9. Öğrencilerin Fagerstörn Bağımlılık Puanlarına Göre Dumansız Hava Sahası Değerlendirme Formu Sorularına Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması*

Önermeler	Çok Az Bağımlı (%)			Az Bağımlı (%)			Orta ve Üzeri Bağımlı (%)			Kikare değeri	p
	Hayır	Fikrim Yok	Evet	Hayır	Fikrim Yok	Evet	Hayır	Fikrim Yok	Evet		
Sigara içmenin yasaklanmış olduğu yerlerde (kütüphane, tiyatro, hastane v.b.) sigara içmemek size zor gelir.	79,1	5,4	15,5	60,4	6,3	33,3	36,2	6,9	56,9	35,360	<0,001
Kapalı alanda sigaranın içilmemesi sigarayı bırakmak için bir etkidir.	50,4	12,4	37,2	75,0	8,3	16,7	69,0	12,0	19,0	12,729	0,013
Dumansız hava sahaları artırılmalıdır.	22,5	11,6	65,9	33,3	22,9	43,8	39,7	22,2	37,9	15,754	0,003
Dumansız hava sahası hakkında yapılan bilgilendirmeler yeterlidir.	40,8	23,1	36,2	43,8	25,0	31,2	35,1	17,5	47,4	3,319	0,506
Dumansız hava sahalarının varlığı ile pasif içicilik oranı azalmıştır.	20,2	28,7	51,1	29,2	16,7	54,2	32,1	17,9	50,0	5,963	0,202
Yapılan dumansız hava sahası denetimleri yeterlidir.	57,1	28,1	14,8	45,8	31,3	22,9	48,3	22,4	29,3	6,314	0,177
Dumansız hava sahalarının varlığını destekliyorum.	10,9	8,6	80,5	23,9	17,4	58,7	29,3	13,8	56,9	15,320	0,004
Ders araları veya molalarda tek başınıza sigara içmek için dışarı çıkmak zor gelir.	58,9	6,2	34,9	72,9	8,3	18,8	62,1	13,8	24,1	7,571	0,109
Sigara içilmeyen alanların artması sizi etkiler.	48,8	19,4	31,8	52,1	10,4	37,5	29,3	13,8	56,9	12,649	0,013
Üniversite içerisindeki kapalı mekanlara (kantin, cafe vb.) gitme sıklığınız fazladır.	46,9	16,9	36,2	70,8	2,1	27,1	44,8	20,7	34,5	12,376	0,015
Ders sürelerinin uzun olması/ Ders aralarının uzun olması sigara içme isteğini artırır.	50,0	10,8	39,2	33,3	6,3	60,4	24,1	10,3	65,6	14,994	0,005
Dumansız hava sahası bu mekanlara gitme sıklığınızı etkiler.	45,0	18,6	36,4	31,9	17,0	51,1	31,6	17,5	50,9	5,471	0,242
Sigara yasağı karmaşık, uygulanması zor bir düzenlemedir	41,7	20,5	37,8	29,8	25,5	44,7	35,1	19,3	45,6	2,744	0,602
Sigara yasağı bireylerin kişisel haklarına bir saldırıdır.	38,8	19,4	41,9	47,9	12,5	39,6	25,9	12,1	62,1	9,492	0,049
Üniversitelerde sigara içilmesi öğrencileri sigara kullanmaya teşvik eder.	44,6	16,2	39,2	60,4	16,7	22,9	53,4	17,2	29,3	5,148	0,272
Sigara yasağı sonucunda sigarayı bırakmada artış olacaktır.	50,4	24,8	24,8	72,9	12,5	14,6	63,3	12,3	24,6	9,768	0,045
Üniversitelerde sigarayı bırakmayla ilgili (eğitimler/seminerler) çalışmalar yapılmalıdır.	22,3	27,7	50,0	45,8	16,7	37,5	36,2	15,5	48,3	11,915	0,018
Üniversitelerde dumansız kampüs ¹ uygulaması olmalıdır.	31,5	20,8	47,7	50,0	6,3	43,7	44,8	19,0	36,2	9,450	0,051
Dumansız kampüs uygulaması olursa sigarayı bırakma oranı artar.	47,7	20,0	32,3	64,6	8,3	27,1	58,6	20,7	20,7	7,175	0,127
Dumansız kampüs uygulaması yapılacak olursa bu sürece uyum sağlamak kolay olacaktır.	49,2	23,1	27,7	60,4	14,6	25,0	51,7	25,9	22,4	2,952	0,566

4.1. İstatistik Analiz

İstatistik analizler IBM SPSS versiyon 21.0 (IBM Corp. Released 2012. Armonk, NY, USA) paket programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük, en büyük, frekans, yüzde olarak verilmiştir. Kesikli değişkenlere ait karşılaştırmalarda Pearson ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel önemlilik için $p < 0,05$ değeri kabul edilmiştir.



5. TARTIŞMA

Dünyada tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı en başta gelen bağımlılık nedenlerindendir. Küresel çerçevede sigaranın sağlığa zararı ve ölüm oranlarına etkisi tartışılmakta ve önlemler alınmaktadır. Tütün kullanımı sadece aktif kullanıcıları değil sigara kullanmayan bireyleri de etkilemektedir. Bağımlılık yapan bu maddenin insan vücudundaki birçok sistem ve organizmaya zarar verdiği bilinmektedir. Bu nedenle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler temiz hava sahası oluşturmak için çalışmalar gerçekleştirmektedir. Türkiye 1996'dan beri tütünle mücadele etmektedir ve 2008 itibarıyla bunu bir kampanyaya dönüştürerek dikkate değer bir kamuoyu oluşturmuştur. Bu kampanya 'Dumansız Hava Sahası (DHS)' olarak isimlendirilmiş olup DHS uygulaması bireylerin sigara kullanımını azaltıp, sigarayı bırakmaya teşvik etmiştir. DHS kapalı alan, kamu kurumlarını ve toplu taşıma gibi taşıtları içine alan bir uygulama olarak başlamış günümüzde açık alanlara, özel kurumlara, medyaya ve hatta hususi araçlara kadar genişlemiştir.

DHS uygulaması ile ilgili yapılan çalışmalarda literatüre bakıldığında çok fazla çeşitlilik göstermemektedir. Tütün ve tütün ürünlerinin tüketimi ile ilgili yapılan araştırmalar DHS kapsamında yükseköğretim düzeyinde ele alınmamıştır. Diğer çalışmalar ilk ve ortaöğretim düzeyinde görev alan öğretmen ve yöneticileri kapsarken gerçekleştirdiğimiz bu çalışma öğrencileri merkeze almaktadır. Araştırmanın temelde iki hedefi vardır. Bunlardan ilki üniversite öğrencilerinin dumansız hava sahası uygulamalarına bakış açılarını tespit etmektir. Diğerisi ise sigara kullanan bireylerde Fagerström nikotin bağımlılık düzeylerine göre dumansız hava sahası uygulamalarına bakış açılarında farklılık olup olmadığını belirlemektir.

Çalışmamızda Üsküdar Üniversitesi ön lisans /lisans /yüksek lisans /doktora öğrencilerinde sigara içme sıklığı %57,7 olarak bulunmuştur. Demirel ve Sezer (2001) tarafından Sivas bölgesi Cumhuriyet Üniversitesi de öğrencilerinde buna benzer bir çalışma gerçekleştirmiş olup öğrencilerin sigara içme sıklığı %43.5 olarak bulmuşlardır. Harran Üniversitesi'nde 2002-2003 yılında yapılan araştırmada sigara içme sıklığı %51.7 olarak bulunmuştur (Demirel ve Sezer

2005). Nargile içme sıklığına bakacak olursak Vatansev ve arkadaşları (2019) tıp fakültesi ve iletişim fakültesi öğrencilerini nargile içme sıklığı bakımından farklı üniversiteler üzerinden karşılaştırmışlardır. Çalışmaya katılan tıp öğrencilerinde nargile içme sıklığı %9,5 iken, iletişim fakültesi öğrencilerinde %24,0 olarak bulunmuştur. Bizim gerçekleştirdiğimiz çalışmada ise herhangi bir fakülte karşılaştırma olmaksızın sigara içen grupta nargile içme sıklığı %69.7 bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda kadın öğrencilerde sigara içme sıklığı %53,1 iken, erkek öğrencilerde %69,2 bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Suriye’de Al-Kubaisy ve arkadaşları tarafından yine üniversite sahasında gerçekleştirilen anket çalışmasında öğrencilerinin %20.75’inin tütün ürünleri kullandığı, sigara kullanan erkek öğrencilerin oranının kızlara nazaran daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (%26,1’karşın %9.5).Çalışmadaki sonuca bakıldığında gerçekleştirdiğimiz çalışmayla paralellik arz ettiği söylenebilir. Yine başka bir çalışmada erkek öğrencilerin kız öğrencilere oranla daha yüksek oranda sigara içtikleri bulunmuştur. Alaçam ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri ile yaptığı bir çalışmada(2015) sigara kullanan erkek öğrencilerin oranının kızlara nazaran daha yüksek olduğunu saptamışlar. (%48.2’ye karşın %23.7).

Sigaraya başlama yaşı toplumdan topluma, yerleşim alanının niteliğine, cinsiyet vb. faktörlere göre değişmekle birlikte, sigara içenlerin çoğunluğunun ergenlik döneminde sigaraya başladığı görülmektedir (Çalışkan 2015). Katılımcılar arasında sigaraya en erken başlayan öğrenci 11, en geç başlayan ise 44 yaşında başlamıştır. Çalışmamızda sigaraya başlama için ortalama yaş 16’dır ve öğrencilerin çoğu sigaraya üniversiteden önce başlamışlardır. Çapık ve Cingil (2013) yapmış oldukları benzer bir çalışmada sigara kullanan öğrencilerin büyük bir kısmının 17 yaşından önce sigaraya başlamış olduklarını saptamıştır (Çapık ve Cingil 2013). Buradan elde ettiğimiz sonuç bize üniversite öncesinde de primer korumanın oluşturulması gereken erken yaşlara inip sigara ile mücadele kapsamında çalışmaların daha fazla yapılmasını ve genişletilmesinin önemini göstermektedir (Çapık ve Cingil 2013). Araştırmamızda sigara kullananların %58,9’u sigarayı bırakmak istemektedir ve sigara kullanan grubun %55,4’ü bırakmayı denemiştir. Bırakma isteme nedeni en çok sağlığa zararlı olması olarak ifade edilmiştir. Literatüre baktığımızda sigarayı bırakmayı düşünme ve bırakma nedenlerini araştıran az sayıda çalışma mevcuttur. Ünüvar ve Dişçigil (2017) çalışmalarında sigarayı bırakmayı düşünme nedenlerini ortaya koymuşlardır, sigaranın sağlığa zararlı olması sebebi ile bırakılmak istendiğini sonucuna ulaşmışlardır. Buradan çıkarılan sonuç öğrenciler sağlık sorunları yaşamaktan kaygı duymaktadırlar (Ünüvar ve Dişçigil 2017). Lisans öğrencileri çalışma grubunun %49,7’sini

oluşturmaktadır. DHS ile ilgili tüm önermelerde sigara tüketen ve tüketmeyen katılımcıların verdiği yanıtlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

DHS anketine ait 20 önerme kendi içerisinde gruplandırıldığında ilk olarak kapalı, sigara içmenin yasak olduğu alanlara sigara içen öğrencilerin gitmeyi tercih etme oranı belirgin biçimde sigara içmeyenlere göre düşüktür. DHS ilgili öğrencilerin bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde yine aynı sonuçlara ulaşmak mümkündür. Yine DHS ile ilgili seminerler düzenlenmesi, kampanyalar ve politikalar hakkında bilgilendirilme ilgili istekleri ve ilgisi karşılaştırıldığında sigara içmeyenlerin oranı daha yüksektir. Ayrıca temiz hava sahası kampanyasına verilen destek düzeyleri açısından yine aynı sonuçlara ulaşmak mümkündür. Üniversite sahasında uygulanan DHS'nin yaygınlaşmasına öğrencilerin bakış açıları değerlendirilecek olursa: “Üniversitelerde dumansız kampüs uygulaması olmalıdır”, “Dumansız kampüs uygulaması olursa sigarayı bırakma oranı artar.”, “Dumansız kampüs uygulaması yapılacak olursa bu sürece uyum sağlamak kolay olacaktır.” gibi önermelere verilen cevaplara bakıldığında sigara içenler daha az uygun bulurken içmeyenlerin ise belirgin bir farkla DHS'yi kampüs ortamında desteklediği görülmüştür.

Baştürk ve arkadaşlarının(2017) tıp fakültesi birinci ve son sınıf öğrencileriyle gerçekleştirdikleri çalışmada “Restoranlar, pastaneler ve kafeler gibi yeme içme alanlarında sigara yasağı uygulanmalı”(Sigara Kullanmayanlar:%95,4.Sigara Kullananlar: 57,7) ve “Toplu yaşam alanlarında (okul, alışveriş merkezi vb)sigara yasağı uygulanmalı”(Sigara Kullanmayanlar: 84,7. Sigara Kullananlar:%30,8) önermelerine sigara kullanmayanların katılım sıklığı kullananlara göre belirgin farklılık göstermiştir (Baştürk, Koç vd. 2018). Benzer biçimde DHS üzerinden ele aldığımız çalışmadan örnek verecek olursak “Üniversitelerde dumansız kampüs uygulaması olmalıdır.” önermesine katılım sıklığı sigara içmeyen grupta anlamlı bir şekilde yüksektir.(Sigara Kullanmayanlar:87,8. Sigara Kullananlar:43,9)

Bağımlılık düzeyleri açısından anket tekrarlanıp bağımlılık düzeyleri ile DHS bakış açılarında farklılık olup olmadığı incelendiğinde “Dumansız hava sahası hakkında yapılan bilgilendirmeler yeterlidir.”, “Dumansız hava sahası bu mekanlara gitme sıklığımı etkiler.”, “Üniversitelerde dumansız kampüs uygulaması olmalıdır.” şeklindeki önermelere verilen yanıtların dağılımında bağımlılık düzeyine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Buradan hareketle DHS'ye yönelik kampanya bilgilendirme ve uygulama hakkında olan önermelere verilen cevaplara bakıldığında bağımlılık düzeyiyle ilişkisi olmadığını belirtmek mümkündür. Farklı olarak “Sigara içmenin yasaklanmış olduğu yerlerde sigara içmemek size zor gelir.”, “Üniversite içerisindeki kapalı mekanlara (kantin, cafe vb.)

gitme sıklığını fazladır.” Önermelerinin sonuçlarına bakıldığında orta ve üzeri bağımlılık düzeyindekilerin çok az bağımlılara kıyasla kapalı alanlara gitme sıklığının daha az olduğu söylenebilir.

“Dumansız hava sahalarının varlığını destekliyorum” önermesine çok az bağımlı grup ciddi oranda destek verirken diğer bağımlı grupların çoğunluğu destek vermektedir. Yine “Dumansız hava sahaları arttırılmalıdır.” Çok az bağımlı grup daha fazla destek verirken az bağımlı ve orta üzeri grup görece az desteklemektedir. Ayrıyeten “Sigara yasağı bireylerin kişisel haklarına bir saldırıdır.” önermesine orta ve üzeri bağımlılık düzeyindekiler belirgin oranda katılmıştır. Buradan hareketle araştırmanın bakış açısıyla katılımcıların sigara yasağını geniş yelpazede değerlendirdiğini DHS’yi ise daha dar kapsamlı algıladığını belirtebiliriz. Çalışmanın güvenilirliğini arttırmak için kullanılan fagerström nikotin bağımlılık puanlamasında bağımlılık düzeyleri beş kategori şeklinde yer alırken çalışmada üç ana gruba indirgenmiştir.

6. SONUÇ

Türkiye tütün üretiminin yanı sıra, tüketiminde de önde gelen ülkeler arasında olup, sigara tüketiminde Avrupa ülkeleri arasında üçüncü, dünya ülkeleri arasında ise yedinci sırada yer almaktadır (Öztürk Özer, Ünalacak vd. 2013). Tütün ve tütün ürünleri bağımlılığı en sık karşılaşılan bağımlılık türüdür. Bu bağımlılık yani sigaranın kullanımı morbidite ve mortalite nedenlerinde en üst sırada yer almaktadır. Bu durum sigara kullanımını azaltmak ve pasif etkilenen bireyleri korumak adına çalışmalar yapılması gerekliliğini doğurmuştur. 1996’dan beri yayınlanan ve düzenlen kanun değişiklikleri ile 2008’den bu yana uygulanan %100 Dumansız Hava Sahası kampanyası bu çalışmaların başında gelmektedir.

Türkiye’de üniversite öğrencilerinin sigara, alkol ve madde kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda bu maddeleri kullanım oranı oldukça yüksek çıkmıştır (Duran ve Gözetten 2017). Bizim de çalışmamız buradan hareketle üniversite sahasında Üsküdar Üniversite öğrencileri örnekleminde gerçekleştirilmiştir. Sigara içenler ve içmeyenler karşılaştırmasında özelde de sigara içenler arasında bağımlılık düzeyine göre DHS’ye katılımları incelenmiştir. Dumansız Kampüs uygulamasına verilen desteğin sigara içmeyen grupta belirgin bir farklılık gösterdiği görülmüştür. Yine çok az bağımlı grupta az bağımlı ve orta üzeri bağımlı gruba nazaran farklılık bulunmuştur.

Sonuç olarak bu çalışma niversite sahasında DHS uygulamasını araştırması ve çıkardığı bulguları açısından önemlidir. Üniversite ğrencilerinin sigara kullanım nedenleri sigaraya ekonomik yaklaşım gibi çalışmalar olmasına karşın sigara yasağı, dumansız hava sahası ile ilgili çalışmalar kısıtlılık göstermektedir. DHS'yi merkeze aldığı için gerçekleştirilen bu çalışma değer arz etmektedir.



7. REFERANSLAR

- . "National Heart, Lung, and Blood Institute. The Framingham Heart Study." Erişim Tarihi: 20.11, 2019, <http://www.framingham.com/heart/>.
- (2009). "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun.(1996,7 Kasım) Resmi Gazete (Sayı: 22829 (Mükerrer)) " Erişim Tarihi: 12.12, 2019.
- Acıbadem. "En Sık Rastlanan Kalp Damar Hastalıkları ve Tedavi Yöntemleri." Erişim Tarihi: 01.12, 2019, <https://www.acibadem.com.tr/Hayat/Bilgi/en-sik-rastlanan-kalp-damar-hastaliklari-ve-tedavi-yontemleri>.
- Akıcı, N. (2008). "Sigara Dumanına Maruz Kalan Pasif İçici Durumundaki Çocuklarda DNA Hasarının Araştırılması." Erişim Tarihi: 11.12, 2019, http://www.bab.com.tr/resimler/Yayin/dr_narin_akici.pdf.
- Aksoy, F., K. Kaya, Z. T. Kızılkaya, S. N. Çot, H. F. Batu, İ. Hasoğlu ve G. Bıçak (2019). "Bir Tıp Fakültesi 3. Sınıf Öğrencilerinin Sigara ile ilgili Bilgi ve Görüş Durumları." SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi **26**(1): 90-95.
- Alacalı, M. (2012). "Mide Kanseri, Mide Kanseri Taramaları Ve Mide Kanserinden Korunma." Ankara Medical Journal **12**(4).
- Argüder, E., O. Abuzaina, H. Bakır, A. Karalezli ve H. C. Hasanoglu (2019). "Hasta Ve Yakınlarının Pasif Sigara İçiminin Oluşturduğu Sağlık Sorunları Hakkındaki Farkındalığı." Ankara Medical Journal **19**(2): 213-225.
- Aşut, Ö., Ş. Çalı, A. Özcan, F. Dünder, Ç. Palaz ve S. Vaizoğlu (2019). "Lefkoşa'da Bir Üniversitenin Türkçe Tıp Öğrencilerinde Tütün Kullanımı Durumu." STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi **28**(1): 1-16.
- Banoğlu, K. ve M. H. A. Lisesi (2011). "Okullarda Dumansız Hava Sahası Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması." Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi **3**(3): 301-315.
- Barış, Y. İ. "Tütünün Tarihçesi." Erişim Tarihi: 15.11, 2019, https://www.toraks.org.tr/userfiles/file/TuTuN_KULLANIMININ_TARİHCESİ-I_Baris.pdf.
- Barnes, P. J. (2017). "GOLD 2017: a new report." Chest **151**(2): 245-246.
- Baştürk, M., E. M. Koç, M. K. Sözmen, M. Arslan ve S. Albaş (2018). "Tıp Fakültesi Birinci ve Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Sigara İçme Durumları, Anksiyete Düzeyleri ve 4207 Sayılı Kanun Hakkındaki Tutumları." Konuralp Tıp Dergisi **10**(3): 282-288.
- Beşiroğlu, M. ve M. Şeker (2019). "Mide Kanseri Kliniği, Tanısı ve Evrelemesi." Türkiye Klinikleri Medical Oncology-Special Topics **12**(2): 24-32.
- Bilir, N. (2010). "Dünya'da ve Türkiye'de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi." Erişim Tarihi: 05.12, 2019, http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/elazig_kongre_sunumlar/nazmi_bilir.pdf.
- Boyle, P. (1997). "Cancer, cigarette smoking and premature death in Europe: a review including the Recommendations of European Cancer Experts Consensus Meeting, Helsinki, October 1996." Lung cancer **17**(1): 1-60.
- Çalışkan, Ş. (2015). "Üniversite Öğrencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler (Ekonometrik Bir Yaklaşım)." Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi **8**(2): 23-48.
- Çapık, C. ve D. Cingil (2013). "Hemşirelik Öğrencilerinde Sigara Kullanımı, Nikotin Bağımlılık Düzeyi ve İlişkili Etmenler." Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi(2): 55-61.
- Demirel, Y. ve R. E. Sezer (2005). "Sivas Bölgesi Üniversite Öğrencilerinde Sigara Kullanma Sıklığı." Dilbaz, N. "Bağımlılık Nedir?" Erişim Tarihi: 11.12, 2019, <https://npistanbul.com/amatem/bagimlilik-nedir>.
- Dogruel, F. ve A. S. Dogruel (2000). "Osmanlı'dan Günümüze Tekel." Tarih Vakfı Yurt Yayınları, İstanbul.
- Duran, S. ve A. Gözetin (2017). "Üniversite Öğrencilerinde Sigara İçme Davranışı, Yalnızlık ve Stresle Baş Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi." Bozok Tıp Dergisi **7**(1): 1-7.
- Egger, O. and M. Rauterberg (1996). "Internet Behaviour and Addiction." Semester thesis (Swiss Federal Institute of Technology, Zurich, 1996).
- Erçim, R. E. ve B. Baydaş (2017). "Genç Yetişkinlerde Pasif Sigara Maruziyetinin Diyet Kalitesine, Oksidatif Stres İndeksine ve Beslenme Durumuna Etkisi."
- Gately, I. (2001). Tobacco: The story of how tobacco seduced the world, Grove Press.

- Greenfield, D. N. (1999). "Virtual Addiction: Sometimes New Technology Can Create New Problems." Retrieved September 28: 2005.
- Güleç, S. (2009). "Kalp Damar Hastalıklarında Global Risk ve Hedefler." Türk Kardiyol Dern. Ars **37**: 3-5.
- Kar, S. ve N. Zengin (2019). "KOAHLı Hastalarda Sağlık Durumunun Sosyodemografik ve Hastalık İle İlgili Özelliklere Göre İncelenmesi." Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi **1**(1): 1-7.
- Kessler, R., M. R. Partridge, M. Miravittles, M. Cazzola, C. Vogelmeier, D. Leynaud and J. Ostinelli (2011). "Symptom variability in patients with severe COPD: a pan-European cross-sectional study." European Respiratory Journal **37**(2): 264-272.
- Kim, S. and R. Kim (2002). "A study of internet addiction: Status, causes, and remedies." Journal of Korean Home Economics Association English Edition **3**(1).
- Koç, E. M., D. Başer, P. Döner, T. Yılmaz, T. Yılmaz, A. Alsancak, R. Şencan, İ. Kasım, R. Kahveci ve A. Özkara (2015). "Hastane çalışanlarının sigara içme düzeylerinin belirlenmesi ve dumansız hava sahası uygulamasının değerlendirilmesi." Journal of Clinical and Experimental Investigations **6**(1): 33-39.
- Miravittles, M., H. Worth, J. J. S. Cataluña, D. Price, F. De Benedetto, N. Roche, N. S. Godtfredsen, T. van Der Molen, C.-G. Löfdahl and L. Padullés (2014). "Observational study to characterise 24-hour COPD symptoms and their relationship with patient-reported outcomes: results from the ASSESS study." Respiratory research **15**(1): 122.
- Musk, A. W. and N. H. De Klerk (2003). "History of tobacco and health." Respirology **8**(3): 286-290.
- Okmeydan, S. B. "Dumansız Hava Sahası Kampanyası Ekseninde Sosyal Pazarlama Kampanya Basamakları." Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi **6**(1): 502-538.
- Okulu, T. E. Y. (1978). "Tütüncülüğe Giriş." TEYO yayını, İstanbul: 9-18.
- Öztürk Özer, A., M. Ünalacak ve İ. Ünlüoğlu (2013). "Sigara ile ilgili Yasal Düzenlemenin Sağlık Personelinin Sigara Kullanımına Etkileri." Avrasya Aile Hekimliği Dergisi **2**(3): 127-132.
- Peçevi, İ. (1969). Peçevi Tarihi, Neşriyat Yrudu.
- Poulter, N. (2003). "Global risk of cardiovascular disease." Heart **89**(suppl 2): ii2-ii5.
- Prochaska, J. O., W. F. Velicer, C. C. DiClemente and J. Fava (1988). "Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking." Journal of consulting and clinical psychology **56**(4): 520.
- Sağlam, L. (2017). "Nikotin Bağımlılığının Klinik Değerlendirilmesi." Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi **4**(1): 78-89.
- Seydioğulları, M. ve T. Eksperi (2009). "Dünya’da Ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti Ve Temel Politikaları."
- Stephenson, J. J., Q. Cai, M. Mocarski, H. Tan, J. A. Doshi and S. D. Sullivan (2015). "Impact and factors associated with nighttime and early morning symptoms among patients with chronic obstructive pulmonary disease." International journal of chronic obstructive pulmonary disease **10**: 577.
- Tengilimoğlu, D., A. Güzel ve E. Günaydin (2014). "Sosyal Pazarlama Kapsamında Dumansız Hava Sahası: Örnek Bir Uygulama." Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi **15**(2): 1-26.
- Ünüvar, E. M. ve G. Dişçigil (2017). "Sigarayı bırakma girişimlerinde başarıyı etkileyen faktörler–Hekim adayları örneği." The Journal of Turkish Family Physician **8**(3): 57-65.
- van Amsterdam, J., F. Vorsepan, M. B. Snijder, W. van den Brink, A. H. Schene, K. Stronks, H. Galenkamp and E. M. Derks (2019). "Use of the Fagerström test to assess differences in the degree of nicotine dependence in smokers from five ethnic groups: The HELIUS study." Drug and alcohol dependence **194**: 197-204.
- Vatansev, H., R. Kutlu, A. G. Özdengül, N. Demırbas, S. Taşer ve F. Yılmaz (2019). "Tıp Ve İletişim Fakültesi Öğrencilerinin Tütün Ve Tütün Ürünleri Kullanım Farklılıkları." Ankara Medical Journal **19**(2): 344-356.
- Vogelmeier, C. F., G. J. Criner, F. J. Martinez, A. Anzueto, P. J. Barnes, J. Bourbeau, B. R. Celli, R. Chen, M. Decramer and L. M. Fabbri (2017). "Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease 2017 report. GOLD executive summary." American journal of respiratory and critical care medicine **195**(5): 557-582.

WHO. "Prevalence of Tobacco Smoking." Erişim Tarihi: 05.12, 2019, <http://apps.who.int/gho/data/view.sdg.3-a-data-ctry?lang=en>.

WHO. (2019). "Tobacco Fact Sheet." Erişim Tarihi: 01.08, 2019, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.

WPR. (2019). "Smoking Rates By Country " Erişim Tarihi: 25.11, 2019, <http://worldpopulationreview.com/countries/smoking-rates-by-country/#dataTable>.

Yeşilay. "Sigara ve Tütün Bağımlılığı." Erişim Tarihi: 01.12, 2019, <https://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/sigara-ve-tutun-bagimliliği>.

Yılmaz, A. (2006). "Türkiye’de Tömbeki Üretimi ve Nargile Kullanımının İncelenmesi.[Tez]." Ankara: TAPDK.

Yılmaz, B. ve D. Sarıkaya (2019). "Mide Kanseri Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri." Türkiye Klinikleri Medical Oncology-Special Topics 12(2): 1-7.

Zaridze, D. and R. Peto (1986). Tobacco: a major international health hazard, World Health Organization.



8. ÖZGEÇMİŞ

Birgül Kekliktepe, Üsküdar Üniversitesi'nden yüksek onur derecesiyle mezun olarak Psikoloji lisans eğitimi almaya hak kazanmıştır. Lisans eğitiminin ardından Üsküdar Üniversitesi'nden aldığı bursla Klinik Psikoloji alanında Yüksek Lisans eğitimine katılmıştır.

Öğrenciliği sırasında Lithuanian University of Educational Sciences'ta bir dönem eğitim almıştır. University of Leicester Psikoloji ve Nörobilim Departmanında iki dönem araştırma öğrencisi olarak çalışmıştır. Eğitim gördüğü Üsküdar Üniversitesi'nde Psikoloji Bölüm Başkanının asistanlığını yapmıştır.

Bunların yanı sıra NP İstanbul Beyin Hastahanesi, NP Feneryolu Tıp Merkezi, Zeytinburnu Rehberlik ve Araştırma Merkezi, Şişli Özel Asude Bakım ve Huzur Evi, KağıthaneEngelliler Merkezi, Çapa Tıp Fakültesi ve Avrasya Şizofreni Derneği adlı kurumlarda 'Stajyer Psikolog' unvanıyla görev almıştır. Üsküdar Üniversitesi ve Ümraniye Devlet Hastanesi iş birliği ile Mini Mental durum değerlendirme testi ile (miRNA)'nın Alzheimer hastalığı ile ilişkisi olup olmadığını belirlemek için gerçekleştirilen araştırmada gönüllü olarak çalışmıştır.

Katıldığı Kurs ve Kongreler

- ✓ Gelişim Günleri 5, Marmara Üniversitesi Psikoloji ve Gelişim Kulübü 2016-2017
- ✓ Ayrımcılık modülü Ötekisiz Psikoloji Atölyesi" Psikologlar Derneği
- ✓ 1.Avrasya Pozitif Psikoloji Kongresi 28.04.2016-30.04.2016 Üsküdar Üniversitesi
- ✓ 1.Avrasya Pozitif Psikoloji Kongresi Pozitif Psikolojide Farkındalık Müdahaleleri 28.04.2016-30.04.2016 Üsküdar Üniversitesi
- ✓ 1.Avrasya Pozitif Psikoloji Kongresi Psikoterapide Vam Modeli 28.04.2016-30.04.2016 Üsküdar Üniversitesi
- ✓ İÜ SİNİRBİLİM GÜNÜ 7 MAYIS 2016 İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
- ✓ Üsküdar Üniversitesi Kanıt Dayalı Mentörlük Projesi MentörAdayı olmaya hak kazandığına dair sertifika 18 Ocak 2014
- ✓ 11.Uluslararası Kognitif Nörobilim Kongresi Üsküdar Üniversitesi 2-4 Mayıs 2014
- ✓ Liderlik ve Mentörlük Eğitimi Yıldız Teknik Üniversitesi08.05.2014
- ✓ Psikiyatrist Tuğba Devecioğlu'yla Şizofreni Beykent Üniversitesi24.02.2016
- ✓ Stigmatizasyon Psikoloji Günleri İstanbul Ticaret ÜniversitesiPsikoloji Kulübü 26-27 Şubat 2016

- ✓ Sosyal Medya ve Teknoloji Bağımlılığı Paneli İstanbul Üniversitesi Yeşilay Bağımlılık Uygulama ve Araştırma Merkezi 07.03.2017
- ✓ II. Biyomühendislik ve Genetik Günleri Üsküdar Üniversitesi 9-10 Mayıs
- ✓ Deney Hayvanları Kullanım Sertifikası Nöropsikofarmakoloji Uygulama ve Araştırma Merkezi 23 Ocak- 03 Şubat 2017

Almış olduğu mesleki eğitimler:

- ✓ Aile Danışmanlığı Eğitimi (Yrd. Doç. Dr. Çiğdem Yavuz Güler), Mart-Haziran (2016)
- ✓ Çocuk Psikopatolojisi Eğitimi (Yrd. Doç. Dr. Emel Sarı Gökten), Mart-Haziran (2017)
- ✓ MMPI Kişilik Testi (Klinik Psikolog, Esma Uygun) Eylül –Kasım (2018)
- ✓ Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi (Prof.Dr. Aslıhan Dönmez) (Eylül –Aralık) 2018