

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ ASKERİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

ANKARA GARNİZONUNDAKİ ASKER HASTANELERİNİN PERSONELİ İLE
GATA ÖĞRENCİLERİNDE SİĞARA KULLANIMI SIKLIĞININ VE SİĞARA
İLE İLGİLİ TUTUM VE DAVRANIŞLARIN İNCELENMESİ

Levent KARAARDIÇ
Dz.Tbp.Yzb.

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Tayfun KIR
Doç.Tbp.Kd.Alb.

ANKARA
2013

GATA Askeri Tıp Fakóltesi Dekanlığı'na:

“Ankara Garnizonundaki Asker Hastanelerinin Personeli İle GATA Öğrencilerinde Sigara Kullanımı Sıklığının ve Sigara İle İlişkili Tutum ve Davranışların İncelenmesi”

konulu bu çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı: Doç. Tbp. Kd. Alb. Tayfun KIR.....

Üye : Prof. Tbp. Kd. Alb. Mahir GÜLEÇ.....

Üye : Prof. Tbp. Kd. Alb. Süleyman CEYLAN.....

ONAY

Dz.Tbp.Yzb. Levent KARAARDIÇ (2003-0243)'ın 21/06/2013 tarihinde savunduğı bu tez Akademi Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görölmüş ve kabul edilmiştir.

Sadettin ÇETİNER
Profesör Hava Tabip.Tümgeneral
GATA Komutanı Bilimsel Yardımcısı,
Askeri Tıp Fakóltesi Dekanı ve
Eğitim Hastanesi Baştabibi

TEŞEKKÜR

Gerek çalışma konumun seçiminde, gerekse tezimin tüm aşamalarında benden desteğini esirgemeyen tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Tayfun KIR'a, değerlendirmeleriyle eksiklerimi gidermem konusunda bana katkıda bulunan hocam Sayın Prof. Dr. Selim KILIÇ'a ve Anabilim Dalı Başkanım Sayın Prof. Dr. Mahir GÜLEÇ'e teşekkürü borç bilirim.

Tez sürecimde bana yardımcı olan asistan arkadaşım ve dostum Dr. F. Güven OYSUL'a; tezimin son halini verirken katkılarını esirgemeyen değerli ağabeylerim Uzm. Dr. Mustafa Nuri GÜNÇIKAN ve Uzm. Dr. Mustafa Alparslan BABAYİĞİT'e; anket uygulamama katılan GATF Eğitim Hastanesi, Ankara, Beytepe ve Etimesgut Asker Hastaneleri'nin personeli ile SAMYO, HYO ve ATF öğrencilerine; tez sürecinde yanımda olduğunu her zamankinden de fazla hissettiren kardeşim Kürşat KARAARDIÇ'a; bugünlere gelmemde tartışmasız en fazla paya sahip olan annem Gülsen ve babam Kadir KARAARDIÇ'a ve en büyük enerji kaynağım ve destekçilerim olan kızlarım Defne ve Zeynep ile sevgili eşim Merve KARAARDIÇ'a sonsuz teşekkürler.

Levent KARAARDIÇ

Dz.Tbp.Yzb.

Haziran 2013

ÖZET

Levent KARAARDIÇ “ANKARA GARNİZONUNDAKİ ASKER HASTANELERİNİN PERSONELİ İLE GATA ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA KULLANIMI SIKLIĞININ VE SİGARA İLE İLGİLİ TUTUM VE DAVRANIŞLARIN İNCELENMESİ ”

Bu araştırmanın amacı Ankara garnizonundaki asker hastanelerinin personeli ve GATA’da öğrenim gören öğrencilerin sigara kullanım sıklıkları ile sigara kullanımı konusundaki tutum ve davranışlarını belirleyerek; hem söz konusu bireylerde, hem de bu bireylerin sağlık personeli olarak hizmet verdiği kitlede sigara ile mücadele ederken öncelik verilmesi gereken noktaları tespit etmektir. Araştırmada örnekleme yapılmamış, tüm evrene ulaşılmaya çalışılmış olup 4.119 personelin 2.543’üne (%61,8) ve 1.345 öğrencinin 1.215’ine (%90,3) ulaşılmıştır. Personele ve öğrencilere Şubat-Mayıs 2013 tarihleri arasında uygulanan birbirinden farklı iki yeni soru formu; literatürdeki soru formları ve araştırmanın amaçları göz önüne alınarak hazırlanmıştır. Öğrencilerde sigara kullanma sıklığı %15,9 (erkeklerde %19,8; kadınlarda %7,4) olup; öğrenciler arasında cinsiyete ($p<0,001$) ve eğitim görülen okula ($p<0,001$) göre sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Personelde sigara kullanma sıklığı %34,9 (erkeklerde %35,3; kadınlarda %34,5) olup; cinsiyete göre sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yokken ($p=0,669$) eğitim durumuna ($p<0,001$), mesleğe ($p<0,001$) ve çalışılan hastane bölümüne ($p=0,001$) göre sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanlamasına göre yüksek ve çok yüksek düzeyde nikotin bağımlısı olarak değerlendirilen sigara kullanıcılarının sıklığı öğrenciler arasında %22,1; personelde ise %19,4’tür. Tüm dünyada ve ülkemizde ciddi boyutlarda varlığını sürdüren sigara salgınıyla mücadelede kritik bir role sahip olan sağlık çalışanlarının, hem eğitim süreçlerinde sigarayı bıraktırmaya yönelik dersler de içeren bir müfredat ile yetişmeleri ve mezun olduklarında bu konuya hakim olarak hizmet vermeleri, hem de kendi yaşamlarında sigara kullanımlarını azaltarak/sonlandırarak topluma bu konuda örnek olmaları son derece önemlidir. Bu noktada 4207 ve 5727 sayılı Kanunların, Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi doğrultusunda hazırlanan “MPOWER” prensiplerinin ve “TSK Tütün ve Mamullerinin Zararları ile Mücadele ve Kontrol Planı”nın mümkün olduğunca eksiksiz bir biçimde uygulanması doğru bir yaklaşım olacaktır.

Anahtar Kelimeler : Sigara içme, Prevalans, Sağlık personeli, Öğrenciler, Tutum

Yazar Adı : Dz.Tbp.Yzb. Levent KARAARDIÇ

Danışman : Doç. Tbp. Kd. Alb. Tayfun KIR

ABSTRACT

Levent KARAARDIÇ “The Evaluation of Prevalence, Attitudes and Behaviours Regarding Smoking Among Staff of Military Hospitals in Ankara Garrison and GMMA Students”

The aim of this study is to determine the prevalence, attitudes and behaviours regarding smoking among staff of military hospitals in Ankara Garrison and among Gülhane Military Medical Academy (GMMA) students so as to define high priority areas for tobacco control efforts in this population and the population it serves. There was no sampling in an effort to reach the whole universe of 5,464 persons, but the participation rates were 61.8% (2,543) for the personnel (4,119), and 90.3% (1,215) for the students (1,345). Two different questionnaires, taking into consideration the literature and research purposes, were prepared and applied to personnel and students through February to May, 2013. The smoking prevalence among students was 15.9% (19.8%, for males, 7.4%, for females). There were statistically significant differences among students in terms of smoking, between genders ($p<0.001$), and the schools ($p<0.001$). The prevalence of smoking was 34.9% for the personnel (35.3%, males; 34.5%, females). While there was no statistically significant difference in terms of smoking by gender ($p=0.669$), there were statistically significant differences by education level ($p<0.001$), occupation ($p<0.001$), and by hospital work units ($p=0.001$). As indicated by Fagerström Test for Nicotine Dependence scores; the prevalence of high and very high level of nicotine addiction among students was 22.1%, as compared to 19.4% among personnel. It's extremely important that, in both our country and the rest of the world, healthcare workers who have critical roles in dealing with the current smoking epidemic of seriously high levels should have, as part of their curriculum, practical courses regarding effective models of service for helping people who are willing to quit smoking to make them components in health promotion skills. It is also vital that they quit smoking or at least reduce their level of smoking and thus be a role model themselves. At this point, it will be correct to completely enforce the laws numbered 4,207 and 5,727, the MPOWER principles prepared in line with WHO Framework Convention on Tobacco Control, and The Turkish Armed Forces Action and Control Plan on Tobacco and Its Products.

Key Words : Cigarette smoking; Prevalence; Health personnel, Students, Attitudes

Author : Lieutenant, Levent KARAARDIÇ, MD, Navy

Consultant : Captain, Tayfun KIR, MD, Navy, Assoc. Prof.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
İNGİLİZCE ÖZET	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
EKLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ	xi
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Tütün ve Tütün Ürünü Nedir?	6
2.2. Tütünün Tarihçesi	6
2.2.1. Dünya’da Tütünün Tarihçesi.....	6
2.2.2. Türkiye’de Tütünün Tarihçesi	8
2.3. Sigarada Bulunan Sağlığa Zararlı Maddelerden Bazıları ve Sigara Bağımlılığı	9
2.3.1. Karbon Monoksit (CO).....	9
2.3.2. Kanserojen Maddeler	9
2.3.3. Tahriş Edici Maddeler	10
2.3.4. Nikotin	10
2.3.4.1. Tanımı ve Etkileri.....	10
2.3.4.2. Nikotin Bağımlılığı.....	11
2.3.4.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)	12
2.4. Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi	13
2.4.1. Dünya’da Tütün Kullanımı	13

2.4.2. Türkiye’de Tütün Kullanımı	17
2.5. Pasif Sigara İçiciliği	18
2.5.1. Tanım ve Genel Bilgiler	18
2.5.2. Pasif İçiciliğin Sağlık Üzerine Etkileri	18
2.6. Gençlik Dönemi ve Sigara	19
2.6.1. Tanım, Özellikler ve Sigaraya Başlama Sebepleri.....	19
2.6.1.1. Adölesan Döneme Ait Sebepler	20
2.6.1.2. Ailenin Etkisi	20
2.6.1.3. Arkadaşların Etkisi.....	21
2.6.2. Üniversite Gençliği	21
2.6.3. Gençler Arasında Sigara Kullanımının Önlenmesi	22
2.7. Sağlık Personeli ve Sigara.....	23
2.7.1. Sağlık Personeli Arasında Sigara İçme Sıklığı	23
2.7.2. Sağlık Personelinin Tütünle Mücadeledeki Rolü	25
2.7.3. Rol Modeli Olarak Hekimler.....	28
2.7.4. Sağlık Profesyoneli Olarak Hekimler	28
2.8. Tütün Kontrol Çalışmaları	29
2.8.1. Dünya’da Tütün Kontrol Çalışmaları ve DSÖ Önerileri.....	29
2.8.1.1. TKÇS (Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi)	29
2.8.1.2. MPOWER.....	30
2.8.2. Türkiye’de Tütün Kontrol Çalışmaları ve Mevzuatı	33
2.8.3. Tütün Kontrol Kurulları	38
2.9. Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK)’nde Tütün Kontrol Çalışmaları.....	38
2.9.1. Tütün Ürünlerine Olan Talebin Azaltılmasına Yönelik Önlemler	38
2.9.1.1. TSK Personeli ve Ailelerini Bilgilendirme, Bilinçlendirme ve Eğitim	38

2.9.1.2. TSK Personeli ve Ailelerine Yönelik Sigara Bırakma Programları.....	39
2.9.1.3. TSK Personeli ve Ailelerinin Sigara Dumanından Pasif Etkileniminin Önlenmesi	39
2.9.2. Tütün Ürünlerine Ulaşılabilirliğin Azaltılmasına Yönelik Önlemler.....	40
GEREÇ YÖNTEM	41
3.1. Araştırmanın Yeri.....	41
3.2. Araştırmanın Tipi	41
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnek Seçimi.....	41
3.4. İzlem Formunun Oluşturulması ve Uygulanması	43
3.5. Araştırma İle İlgili İzinlerin Alınması	45
3.6. Tez Zaman Çizelgesi	46
3.7. Araştırma Planı	46
3.8. Araştırmanın Kısıtlılıkları Ve Karşılaşılan Güçlükler.....	46
3.9. İstatistiksel Analizler	47
BULGULAR.....	48
4.1. GATA bünyesindeki okullarda eğitim gören öğrencilere ait bulgular..	48
4.2. Ankara Garnizonundaki Asker Hastaneleri personeline ait bulgular ..	49
TARTIŞMA.....	112
5.1. Öğrencilere ait bulguların tartışması	112
5.2. Personele ait bulguların tartışması	121
SONUÇ ve ÖNERİLER	134
KAYNAKLAR.....	137

EKLER

EK: 1: Öğrenci Soru Formu

EK: 2: Personel Soru Formu

EK: 3: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

EK: 4: GATA Etik Kurul Onayı

EK: 5: GATA Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Kurul Onayı

EK: 6: Araştırma İzin Belgesi

EK: 7: Araştırma Zaman Çizelgesi

SİMGELER ve KISALTMALAR

AAH	: Ankara Asker Hastanesi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AH	: Asker Hastanesi
AIDS	: Kazanılmış İmmün Yetmezlik Sendromu
AML	: Akut Myeloid Lösemi
ATF	: Askeri Tıp Fakültesi
BAH	: Beytepe Asker Hastanesi
CO	: Karbonmonoksit
CDC	: Amerika Birleşik Devletleri Hastalıkların Kontrolü ve Önlenmesi Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
EAH	: Etimesgut Asker Hastanesi
FNBT	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
GATF	: Gülhane Askeri Tıp Fakültesi
HIV	: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
HYO	: Hemşirelik Yüksek Okulu
ICD	: Hastalıkların ve İlişkili Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları
KYTA	: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
SAMYO	: Sağlık Meslek Yüksek Okulu
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi (Statistical Package for Social Science)
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TKÇS	: Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSK	: Türk Silahlı Kuvvetleri

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
UTKP : Ulusal Tütün Kontrol Programı
VKİ : Vücut Kitle İndeksi (Body Mass Index: BMI)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Tütün kullanımı evreleri	15
Şekil 2.2. Ülkemizde Çeşitli Yıllara Göre Erişkinlerde Sigara İçme Sıklıkları.	17
Şekil 2.3 KYTA 2008 ve 2012 verilerine göre 15-24 yaş grubu bireylerde sigara içme sıklığı	22

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 2.1. Bazı Ülkelerde Erişkinlerde Güncel Sigara İçme Sıklıkları	16
Tablo 2.2. Dünyada Sağlık Çalışanları Arasında Sigara İçme Sıklığına Ait Bazı Çalışmaların Sonuçları	24
Tablo 2.3. Türkiye’de Sağlık Çalışanları Arasında Sigara İçme Sıklığına Ait Bazı Çalışmaların Sonuçları	25
Tablo 3.1. Çalışmanın Evreni ve Ulaşılabilen Katılımcı Sayı/Yüzdeleri	42
Tablo 3.2. Araştırmaya katılanların personelin mesleklerine göre dağılımı ..	43
Tablo 4.1. Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özellikleri	49
Tablo 4.2. Cinsiyete göre halen sigara içme durumu	50
Tablo 4.3. GATA bünyesindeki okullarda halen sigara kullanım sıklıkları	50
Tablo 4.4. ATF öğrencilerinin sınıflara göre halen sigara içme sıklıkları	51
Tablo 4.5. HYO öğrencilerinin sınıflara göre halen sigara içme sıklıkları	51
Tablo 4.6. SAMYO öğrencilerinin halen sınıflara göre sigara içme sıklıkları ..	52
Tablo 4.7. Araştırmaya katılan öğrencilerin halen sigara içme durumları ile VKİ’nin karşılaştırılması	52
Tablo 4.8. GATA bünyesindeki okullarda eğitim gören öğrencilerin cinsiyetlerine göre hayatlarının bir döneminde sigara içme sıklıkları	53
Tablo 4.9. GATA bünyesindeki okullarda eğitim gören öğrencilerin okullarına göre hayatlarının bir döneminde sigara içme sıklıkları	53
Tablo 4.10. ATF öğrencilerinin hayatlarının bir döneminde sigara içme sıklıkları	54
Tablo 4.11. HYO öğrencilerinin hayatlarının bir döneminde sigara içme sıklıkları	55
Tablo 4.12. SAMYO öğrencilerinin hayatlarının bir döneminde sigara içme sıklıkları	55
Tablo 4.13. Araştırmaya katılan öğrencilerin hayatlarının bir döneminde sigara içme durumları ile VKİ’nin karşılaştırılması	56
Tablo 4.14. Öğrencilerin yaşam alanlarında sigara yasağına uyum konusundaki gözlemleri ve sigara kullanımı konusundaki tutumları	59

Tablo 4.15. Öğrencilerin sigara içmenin sosyal yaşamdaki etkilerine dair tutumları	63
Tablo 4.16. Öğrencilerin sigara içmenin stresten kurtardığı varsayımı hakkındaki düşünceleri	65
Tablo 4.17. Öğrencilerin sağlık personeline sigara kullanımının tehlikeleri konusunda bilgilendirilme durumu	66
Tablo 4.18. Öğrencilerin sigara kullanımına yönelik aile ve eğitim kurumunca bilgilendirilme durumları	68
Tablo 4.19. Okullarda sigara kullanımına dair ders verilme durumu	69
Tablo 4.20. Öğrencilerin nargile içme deneyimi sıklıkları	70
Tablo 4.21. Öğrencilere göre nargile ile sigaranın zararlarının kıyaslanması.....	70
Tablo 4.22. Öğrencilerin Sağlık Bakanlığı “Sigarayı Bırakma ve Yardım Hattı” numarasını bilme durumları	71
Tablo 4.23. Öğrencilerin sinemada/TV’de/DVD’de izlenen filmlerde sigara içen karakter ile karşılaşma durumları	72
Tablo 4.24. Öğrencilerde son otuz gün içerisinde medyadaki sigara karşıtı mesajlar ile karşılaşma sıklığı	73
Tablo 4.25. Öğrencilerin sigara firmalarına ait ürün/eşantiyon kullanım durumu	74
Tablo 4.26. Öğrencilerin sigara firma reklamı içeren ürün kullanıp kullanmayacaklarına dair tutumlar	75
Tablo 4.27. Öğrencilerin son bir hafta içerisinde sigara içen biriyle aynı odada bulunma sıklığı	75
Tablo 4.28. Öğrencilerin sigara dumanına pasif maruziyetin zararlı olup olmadığına dair düşünceleri	77
Tablo 4.29. Öğrencilerin pasif maruziyet yaşama sıklıkları	79
Tablo 4.30. Öğrencilerin en yakın dört arkadaşında sigara içme sıklığı	80
Tablo 4.31. Öğrencilerin beraber yaşadığı kimseden sigarayı bırakmasını talep etme durumu	81
Tablo 4.32. Ebeveynlerin sigara kullanımına yönelik tutum ve davranışları ..	82

Tablo 4.33. Öğrencilerin sigaraya başlamaması/sigara içmesi konusundaki ebeveyn yaklaşımları	83
Tablo 4.34. Öğrencilerin sigara içme durumuna ebeveynlerinin gösterdiği tepkiler	84
Tablo 4.35. Öğrencilerin okullarına göre sigaraya başlama yaşları.....	85
Tablo 4.36. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre sigaraya başlama yaşları	85
Tablo 4.37. Öğrencilerin okullarına göre art arda otuz gün boyunca sigara içme sıklığı	86
Tablo 4.38. Öğrencilerin okullarına göre günlük ortalama tükettikleri sigara sayısı (Son 30 gün içerisinde)	87
Tablo 4.39. Sigara içen öğrencilerin sigaraya ulaşma yolları	88
Tablo 4.40. Sigara içen öğrencilerden sigara alışverişlerinde yaşa dair kimlik talep edilme durumu	88
Tablo 4.41. Sigara kullanan öğrencilerin sigarayı bırakmaya yönelik düşünce ve girişimleri	90
Tablo 4.42. Sigara kullanan öğrencilerin FNBT puanına göre nikotin bağımlılık düzeyleri	91
Tablo 4.43. Öğrencilerin okullara göre sigaraya başlama sebepleri.....	92
Tablo 4.44. Araştırmaya katılan personelin sosyodemografik özelliklerine ve VKİ'lerine göre dağılımı	95
Tablo 4.45. Araştırmaya katılan personelin eğitim düzeylerine göre dağılımı	96
Tablo 4.46. Araştırmaya katılan personelin cinsiyete göre halen sigara içme sıklıkları	96
Tablo 4.47. Araştırmaya katılan personelin mesleğe göre halen sigara içme sıklıkları	97
Tablo 4.48. Araştırmaya katılan personelin görev yaptığı branşa göre halen sigara içme sıklıkları	97
Tablo 4.49. Araştırmaya katılan personelin halen sigara içme durumları ile VKİ'lerinin karşılaştırılması	98
Tablo 4.50. Araştırmaya katılan personelin eğitim düzeylerine göre halen sigara içme sıklıkları	99

Tablo 4.51. Araştırmaya katılan personelin cinsiyete göre hayatının bir döneminde sigara içme sıklıkları	99
Tablo 4.52. Araştırmaya katılan personelin mesleğe göre hayatının bir döneminde sigara içme sıklıkları	100
Tablo 4.53. Araştırmaya katılan personelin eğitim düzeyine göre hayatının bir döneminde sigara içme sıklıkları	101
Tablo 4.54. Araştırmaya katılan personelin hayatlarının bir döneminde sigara içme durumları ile VKİ'lerinin karşılaştırılması	101
Tablo 4.55. Araştırmaya katılan personelin cinsiyete göre sigaraya başlama yaşları	102
Tablo 4.56. Araştırmaya katılan personelin eğitim düzeyine göre sigaraya başlama yaşları	103
Tablo 4.57. Araştırmaya katılan personelin mesleğine göre sigaraya başlama yaşları	104
Tablo 4.58. Araştırmaya katılan personelin mesleğine göre günlük içtikleri sigara sayıları	105
Tablo 4.59. Sigara karşıtı uyarıların katılımcılarca algılanma durumu	107
Tablo 4.60. Personelin görev yaptığı kurumda sigara ve zararları ile sigarayı bırakma konularında bilgilendirilme durumu	108
Tablo 4.61. Personelin son 30 gün içerisinde sigara satışı yapılan dükkanlarda/marketlerde sigarayı özendirici bir reklam ya da ilana rastlama durumu	109
Tablo 4.62. Personelin "Sağlık personeli sigara içmemeli" ibaresi ve hastalarca rol model kabul edilme düşüncelerine katılım sıklığı	109
Tablo 4.63. Sigara kullanan personelin FNBT puanına göre nikotin bağımlılık düzeyleri	111

1.GİRİŞ

Sigara kullanımı, erken yaşta ölümlerin, önlenabilir mortalite ve morbiditenin en önde gelen sebebi olarak tanımlanmakta olup bu özelliği dolayısıyla ABD gibi gelişmiş ülkelerde, bir hastalık olmamasına karşın sıklığı yıllık olarak takip edilen yegane alışkanlık olarak yerini almıştır (1). Sigara kullanımı dünyada en sık görülen başlıca sekiz ölüm nedeninden (iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, alt solunum yolu enfeksiyonları, KOAH, HIV/AIDS, ishal, tüberküloz, akciğer kanseri) altısı için risk faktörüdür (ishal ve HIV/AIDS haricindekiler) (2). Sigara kullanımının yol açtığı diğer kanser türleri arasında ağız boşluğu, farinks, larinks, yemek borusu, pankreas, mesane, böbrek, rahim ağzı ve mide kanserleri ile AML yer almakta olup; sigara içen bireylerde içmeyenlere kıyasla akciğer kanseri için 16, KOAH için 12, miyokard enfarktüsü için ise 2 katlık bir risk artışından bahsedilmektedir. Beklenen yaşam süresinde ortalama olarak erkeklerde 12,9; kadınlarda ise 12,4 yıllık bir kayıp da olayın diğer bir yönüdür (1,67).

Bugün artık “salgın” haline gelmiş olan sigara kullanımı tek başına değerlendirildiğinde dünyada en önemli ölüm nedeni olup, 20. yüzyılda 100 milyon kişinin ölümüne yol açmıştır (2,10). Yıllık ölümüne yol açtığı kişi sayısı kazalar, intiharlar, cinayetler, tüberküloz, HIV/AIDS ve sıtmaya bağlı toplam ölüm sayısından daha fazladır. Bugün itibariyle her yıl 5,5 milyon kişinin (her gün 14.000 kişinin, her 8 saniyede bir kişinin) sigara kullanımının yol açtığı bir hastalık nedeniyle hayatını kaybettiği bilinmektedir. Buradan yola çıkılarak yapılan tahminler de oldukça karamsar olup, ülkeler etkin sigara kontrol politikaları hayata geçirmezlerse, 2023 yılında 8 milyondan fazla; 21. yüzyılda ise toplam 1 milyar kişinin bu sebeple hayatını kaybedeceği öngörülmektedir (3). İşin daha da olumsuz yönü; bu sayının %80'i gelişmekte olan ülkelerin vatandaşlarınca oluşturulacak; bu ülkelerde hem ölüm sayıları artacak, hem de iş gücü verimliliğinde azalma ve sağlık giderlerinde artış olacaktır (2,67). Bu sebeplerle, sigara hem ülkemizde hem de tüm dünyada en önemli ve önlenabilir “halk sağlığı” sorunlarından bir tanesi, belki de birincisidir.

Tüm bunlara rağmen dünyada bir milyardan fazla insan halen sigara içmektedir (4). Bunun sebebi belki de içeriğindeki yüksek düzeyde bağımlılık yapan bir madde olan “nikotin”in varlığıdır. Sigara içme davranışının kolay kontrol edilemediği kabul edilir. Çünkü sigara ve diğer tütün ürünleri, nefes çekildikten hemen sonra nikotini beyne ulaştırır; burada bahsedilen hız, enjeksiyon yoluyla ilaç verilmesi kadardır. Zaten sigara endüstrisi sigarayı “nikotin ulaştırıcı bir araç” olarak tarif etmektedir (2).

Türkiye’de duruma bakacak olursak; halen 20 milyon sigara kullanıcısı olduğu, her yıl 110.000 kişinin sigara kullanımı nedeniyle hayatını kaybettiği ve 2030 yılında bu rakamın 240.000 civarında olacağı belirtilmektedir (3). Ülkemizde, 2012 verileri doğrultusunda, 15 yaş ve üzeri erkeklerin %41,4’ü, kadınların ise %13,1’i sigara içmektedir (5).

Sigara, tüketicisine zarar veren yasal bir üründür; bilindiği şekilde kullanıldığında kullanıcılarının üçte biri ile yarısını öldürmektedir. Yapılan çalışmalar günümüzde tütün kullanan bireylerin yarısının bu olumsuz sağlık davranışından kaynaklanan bir sağlık sorunu nedeniyle yaşamlarını kaybettiklerini ortaya koymaktadır (4,5,13). Bununla birlikte sigara kullanımı bütün dünyada oldukça yaygın bir davranıştır. Bunda fiyatının ucuzluğu, yaygın ve saldırgan pazarlama teknikleri, sigara kullanımının tehlikeleri hakkındaki bilgi yetersizliği ve sigara kullanımına karşı etkili politikaların olmayışı rol oynamaktadır (2).

Sigara kullanımının sağlığa verdiği zararlar uzun yıllar boyunca bilinmediği için kullanımı ve buna bağlı ölümler salgın şeklinde artmaya başlamıştır (2). Bugüne kadar sigara kullanımını azaltmak için pek çok strateji denenmiş fakat sigara kullanımının sağlığa zarar verdiğinin bilimsel olarak kanıtlanmasının üzerinden 50 yıl, pasif içiciliğin zararlarının onaylanmasının üzerinden ise 20 yıl geçmesine karşın çok az sayıda ülke sigara salgınını önlemeye yönelik etkili ve bilinçli stratejiler uygulamıştır (4). Bunun sonucunda son yıllarda (son 40 yılda) sigara kullanım sıklıkları azalma eğilimi gösterse de bu eğilim sadece gelişmiş ülkelerle sınırlı kalmış, gelişmekte olan ülkelerde ise, özellikle kadınlar ve genç erişkinler sigara

endüstrisinin yeni hedef kitlesi haline gelerek (tütün endüstrisi gelişmiş ülkelerde kaybettiği pazar payını buraya kaydırmıştır), kullanım sıklığı artmaya devam etmiştir (4,77). Sigaraya başlama yaşı da son 40 yıldır düşme eğilimindedir. 1950'li yıllarda çoğunlukla 18 yaşından sonra sigaraya başlama eğilimi varken, günümüzde bu sınırın kullanıcıların %40'ı için 15-19 yaş aralığına düştüğü ve 15-24 yaş aralığının bağımlılık gelişmesi açısından en riskli grup olduğunu göstermektedir (10,11,13).

DSÖ; 10-19 yaş arasını adolesan, 15-24 yaş arasını ise gençlik dönemi olarak tanımlamaktadır (6, 50). Adolesan dönemde kimlik arayışı ve kabul görme çabası yoğun olarak yaşanır, kişide yoğun bir fizyolojik değişim süreci başlar. Gençlik döneminde de bu değişimlerin tamamlanması ve geleceğe yönelik planların olgunlaşması beklenir, yaşam tarzını belirleyen pek çok davranış edinilir (7). Bu davranışlar içerisinde sağlığı olumsuz etkileyenlerden biri de sigaradır. Çalışmalar birçok ülkede sigara içenlerin çoğunun 18 yaşından önce sigara içmeye başladığını, hatta dörtte birinin de 10 yaşından önce ilk kez sigarayla tanıştığını belirtmektedir. Bu durum ise; bireylerin sigarayı erken yaşlarda içmeye başlamasına, dolayısıyla uzun süre sigara içmesi sonucunda önemli sağlık sorunları yaşamasına neden olmaktadır. Özellikle erken yaşlarda sigara içmeye başlama ile bağımlılık riskinin arttığı bilinmektedir (7,12). Türkiye 2012 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre, yüksekokul ve üniversite gençliğinin de büyük oranda dahil olduğu, 15-24 yaş grubundakilerde sigara kullanım sıklığı %18,9 olup, erkeklerde %31,2, kadınlarda ise %6,8'dir (söz konusu değerler 2008 Türkiye Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'nda sırasıyla %25,4, %39,7 ve %11,7 idi) (5,7,8).

Sigarayla mücadele çok farklı disiplinleri ilgilendiren bir alan olmakla birlikte sağlık sektörü bunların içinde çok büyük bir paya sahiptir. Sağlık çalışanları (doktor, diş hekimi ve yardımcı sağlık personeli) ile bu mesleklere yönelik eğitim alan öğrencilere sigara kullanımı ve bunun olumsuz etkilerinin azaltılmasında çok önemli görevler düşer. Sağlık çalışanlarının bu görevleri doğru yapabilmeleri için sigara içme davranışından uzak durabilmeleri çok önemlidir. Sağlık çalışanlarının özellikle rol modeli olma öncelikli sorumluluğu

ile birlikte, toplumdaki bireylerin sigara içmeye hiç başlamamaları, kullananların bu davranışından vazgeçmeleri ve kullanmayanların sigara dumanının yarattığı zararlı etkilerden korunmaları konularında yaklaşımları ile topluma yol gösterici olmaları beklenir (14,15). Bu kişilerin sigaranın sağlığa ilişkin zararları konusunda bilinçlendirme ve sigarayı bıraktırmaya yönelik tıbbi yaklaşımlar konularında aktif rol almaları sigara salgınıyla mücadelede büyük önem taşır. Ancak yapılan birçok çalışmada sağlık personeline sigaranın sağlık üzerine etkilerine ilişkin yeterli eğitim verilmediği, zararlı etkilerinden korunma önlemleri ve bırakma programları konusunda yeterli bilgiye sahip eğitici sayısının yetersiz olduğu ve mevcut müfredatlar ile eğitim formatlarının da yetersizliği ortaya çıkmaktadır (9).

Bilimsel literatür; tütün ürünlerinin yüksek fiyatla satışa sunulmasının, dumansız hava sahası yaratmanın, konu hakkında medya kampanyası yapmanın, tütün ürünlerinin zararlarını ve tüketim kısıtlamalarını belirten uyarı yazıları kullanmanın, isteyen bireylere sigara bırakma desteği sunmanın ve tütün endüstrisinin reklam yapmasını önlemenin sigara kontrolünün temel bileşenleri olduğunu belirtmektedir. Oysa kapsamlı sigara bırakma hizmetinden yararlanabilen, sigara dumanının pasif etkileniminden veya tütün endüstrisinin reklam kampanyalarından korunabilen kişi sayısı dünya nüfusunun sadece %5 kadarıdır (3).

Salgın olarak ifade edilen sigara kullanımıyla ilgili olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), “Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi”ni (TKÇS) (ilk küresel Halk Sağlığı sözleşmesi olarak kabul edilir) 2003 yılında üye ülkelerin oy birliğiyle kabul etmiş ve sözleşme üye ülkelerin Sağlık Bakanları tarafından imzalanması ve ülke parlamentolarında onaylanmasını müteakiben uygulanmaya başlanmıştır. Bugüne kadar Sözleşme’yi onaylayan ülke sayısı 173’e ulaşmıştır. Bu sözleşmede yer alan tütün kontrolündeki etkili altı uygulama (MPOWER kelimesiyle özetlenebilir) ile sigara salgını ile baş edilebileceği değerlendirilmekte ve mücadele ülkeler arasında hızı değişmekle beraber, kesintisiz biçimde sürdürülmektedir (2).

TSK da; “4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun”, 211 sayılı “TSK İç Hizmet Kanunu” ve “TSK İç Hizmet Yönetmeliği” ışığında hazırladığı “TSK Tütün Mamullerinin Zararları ile Mücadele ve Kontrol Planı” vasıtasıyla mücadeledeki yerini almaya, üzerine düşen görevleri ilgili oluşumları ile yerine getirmeye çalışmaktadır. Söz konusu planda; tütün ürünlerine olan talebin ve ulaşılabilirliğin azaltılmasına yönelik önlemler ana başlıkları altında; TSK personeli ve ailelerinin bilgilendirmesi, bilinçlendirmesi, eğitim ve sigara bırakma programları geliştirilmesi/uygulanması ile TSK personeli ve ailelerinin sigara dumanından pasif etkilenimlerinin önlenmesi hedeflerine yönelik kısa, orta ve uzun vadeli hedefler ile bu amaçlarla görevli personel belirlenmiş ve plan uygulanmaya başlanmıştır (49).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TÜTÜN ve TÜTÜN ÜRÜNÜ NEDİR?

Tütün; pancargiller (solanaceae) familyasının “nicotiana” cinsi içinde yer alan; genellikle yıllık, bazı türler itibariyle çok yıllık bir bitkidir. Yaprığı ticari açıdan bitkinin en önemli ve en çok yararlanılan kısmı olup, tütünde önemli olan yaprağın kimyasal yapısında bulunan organik azotlu bir madde olan “nikotin”dir. Kökte sentezlenip yapraklarda biriken bu madde keyif verici ve alışkanlık yapıcı güçlü bir alkaloiddir (17,18)

Tütün ürünü ise; tütün yaprağının tamamen ya da kısmen hammadde olarak kullanılması ile yapılan içme, burna çekme, emme veya çiğneme amaçlı tüm ürünleri ifade eden kavramdır (17). Tütün kullanımının en çok bilinen şekli sigara olmakla birlikte bidi, kreket, nargile gibi kullanımı giderek daha da artan türlerinin yanı sıra sarmalık kıyılmış tütün, pipo, puro, sigarillo, enfiye, çiğnemelik tütün vb. pek çok tütün ürünü de vardır. Sigara dışındaki türlerin daha az zararlı olduğuna dair yaygın bir düşünce olsa da; tütün kullanımının her türlü ölümcüldür (2). En sık kullanılan şekli olan sigara kullanımı çoğunlukla tütün kullanımı ile eşanlamlı olarak çalışmalarda geçmektedir.

2.2 TÜTÜNÜN TARİHÇESİ

2.2.1 Dünya’da Tütünün Tarihçesi

Tütünün kökeni olarak Asyalı mı, Amerikalı mı olduğu tartışılmakla birlikte, bilinen ilk yolculuğunu Christoph Colomb ve arkadaşlarıyla Amerika’dan Avrupa’ya doğru yaptığı değerlendirilmektedir. 1492 tarihinde San Salvador’da ilk defa tütünün ve yapraklarının çubuklarla tütürüldüğünü, ağızda çiğnendiğini gören Colomb’un yerlilerin tütün içtikleri saz borusunun “tobacco” olan adını bitkiye verdiği kaydedilmektedir (16).

Çeşitli uygarlıklarca dini törenlerde, tedavi edici olarak yaralar üzerine konmak suretiyle, göğüs hastalıklarına karşı dumanı koklatılarak, kokusu baş ağrılarının tedavisi amacıyla ve “tütsü” olarak kullanıldığı bilinen tütün, Orta

Amerika'da yaşayan halklar arasında keyif verici olarak yaygınlaşmış ve sonrasında Avrupa kıtasına ulaşmıştır (16,17).

16. yüzyılın başlarında ilk ulaştığı ülke olan Portekiz ve sonrasında Fransa'dan; öksürük, astım, baş ağrısı, mide hastalıkları ve kadın hastalıklarına iyi geldiği gerekçesiyle diğer Avrupa ülkelerine yayılan tütüne bu yayılımda önemli rol oynayan Fransız büyükelçisi Jean Nicot'a ithafen "nicotiana", 1828 yılında bulunan alkaloidine de "nikotin" ismi verilmiştir (16,17).

Tütün tüketiminin giderek artış göstermesi üzerine pek çok Avrupa ülkesi, Amerika kıtasındaki sömürgelerinde tütün üretimi yaptırarak, tütün ticaretinden gelir sağlama yoluna gitmişler; hızla Akdeniz ve Kuzey Avrupa ülkelerinde yayılan tütünü, Macellan Filipin Adalarına, Portekizliler de Hindistan ve Çin gibi doğu ülkelere götürmüşlerdir. Özetle; önceleri dini törenlerde kullanılan tütün, sonraları süs ve şifa bitkisi olarak kullanılmış; keyif verici olarak yaygınlaşmasından sonra da tüketimi hızla artmıştır (17).

Bu dönemi takiben; keyif verici niteliği sebebiyle tütüne verilen paranın fuzuli bir harcama olarak görülmesi ve sağlığa zararlı olduğunun ileri sürülmesi, beraberinde yasaklama ve cezaları getirse de, tütün kullanımı getirilen her türlü yasaklamaya, hapis ve ölüm cezalarına rağmen devam etmiştir (16,17).

18. yüzyılda kağıda sarılarak içilmeye başlanması ve 19.yüzyılda Amerika'da ilk sigara yapan makinenin icadı sonucu üretimin makineleşmesiyle maliyet düşmüş; güvenli kibritin icadıyla da sigara şeklinde tütün tüketimi bir anda patlamış ve diğer tüketim şekillerine karşı üstünlük sağlamıştır. Bundan sonraki süreçte devletler tütün tüketiminden elde edilen gelirin yüksekliği nedeniyle tütün tarımını, ticaretini ve tüketimini teşvik etmişler; tütünden çeşitli vergiler almak için ulusal tekeller kurmaya başlamışlardır (16,17,18).

Bu arada tüketimin artmasıyla birlikte hastalıklarda ve ölümlerde meydana gelen artışlar, bilim ve tıp dünyasını tütünün zararlarını daha çok araştırmaya, yöneticileri de tütün tüketiminin kısıtlanması ve yasaklanması konusunda tedbirler almaya sevk etmiş olsa da; Birinci ve İkinci Dünya

Savaşları hem yasakları sekteye uğratmış, hem de tütün kullanımını daha da arttırmıştır. Bu süreçlerde tütün ve sigara cephede en az silah ve mühimmat kadar aranır olmuş, yine özellikle sigara tüketimi yaygınlaşmış ve savaş sonrasında hayatta kalanlar evlerine dönerken bu alışkanlığı da beraberinde götürüp daha da yayılmasına sebep olmuşlar ve sonuçta Dünya’da yetişkin nüfusun yaklaşık %60-80’i sigara içere hale gelmiştir (16,17).

20. yüzyılın ortalarında hastalıklara ve ölümlere neden olduğu bilimsel olarak kanıtlanan tütünün insanoğlu ile girdiği ölüm-kalım mücadelesi günümüzde de tüm şiddetiyle devam etmektedir (16,17).

2.2.2 Türkiye’de Tütünün Tarihçesi

Tütünün ülkemizdeki seyri de dünya genelindekine paralel olmuştur. Çeşitli kaynaklarda tütünün ilk defa İngiliz, İspanyol, İtalyan gemici ve tacirler vasıtasıyla İstanbul’a getirildiği ifade edilmektedir (16). Başlangıçta rutubetten ileri gelen bazı hastalıkları tedavi eder diye satılan tütünün daha sonraları halkın ve hatta devlet adamlarının müptelası haline geldiği bir maddeye dönüştüğü ifade edilmektedir (16,17). Tütün kullanımının artması üzerine, diğer ülkelerde olduğu gibi, Osmanlı’da da lehte ve aleyhte fikirler ortaya çıkmış, özellikle dini açıdan tartışmalar yapılmıştır (17).

1634 yılında IV. Murat tütün kullanımını yasaklamışsa da ölümünden (1640) sonra tekrar serbestleşmeye başlayan tütün kullanımı, IV. Mehmet tarafından 1646 yılında resmen serbest bırakılmıştır (17). 1678’de tütün ithalatından gümrük vergisi, 1686 yılında ise gümrük vergisinin yanı sıra tütün satışından da vergi alınmaya başlanmış, bu vergiler sürekli arttırılmış ve devletin tütüne bakış açısı da tütün lehine değişmeye başlamıştır (16,17).

1861 yılında tütün ithalatı yasaklanmış, 1862 yılında tütünün idaresi “tekeli” haline getirilmiştir. Söz konusu tütün tekeli çok kısa süre “ulusal” niteliğini koruyabilmiş, Osmanlı dış borçları öne sürülerek 1874-1925 yılları arasında yabancı devletlerin ittifakı ile oluşturulmuş bir yapı tarafından yönetilmiş ve sonrasında söz konusu borçların Türkiye Cumhuriyeti Devleti tarafından ödenmesi ile 1925 yılında tekrar devlet tekeli haline gelmiştir. 2008 yılına kadar bu şekilde varlığını sürdüren tekelin sigara ile ilgili bölümü

2008’de ihale ile çok uluslu sigara şirketlerinden bir tanesine devredilerek tekrar devlet kurumlüğundan çıkarılmıştır (16,18).

2.3. SİGARADA BULUNAN SAĞLIĞA ZARARLI MADDELERDEN BAZILARI ve SİGARA BAĞIMLILIĞI

Sigara dumanında 4000 kadar parçacık halinde madde türü ve 500’den fazla gaz türü bulunmaktadır. Bunlar içerisinde öne çıkan başlıca zararlı maddeleri; CO, kanser yapıcı maddeler, tahriş edici maddeler ve nikotin olmak üzere dört ana başlıkta toplayabiliriz (20,33).

2.3.1 Karbon Monoksit (CO)

Tütünün kısmi yanması ile oluşan CO sigara dumanında mevcut insan sağlığına en zararlı bileşiklerden biridir. Renksiz ve kokusuz bir gaz olup hemoglobine bağlanarak, karboksihemoglobin (COHb) bileşimini oluşturur. CO’nun hemoglobine afinitesi oksijenden 220 kat daha fazla olduğundan ortamda varlığı durumunda oksijenin hemoglobine bağlanması imkansız hale gelmekte ve bunun sonucunda hemoglobinin dokuları oksijenlendirme kapasitesi ileri derecede azalmaktadır. COHb düzeyinin %20’ye ulaşması akut semptomların ortaya çıkmasına (düşünme, karar verme, net görme ve işitme gibi hayati fonksiyonlarda zayıflama gibi) yol açmakta; %60’ın üzerine çıkması ise ölümle sonuçlanabilmektedir. Ayrıca; nikotinle beraber vasküler endotel hasarına yol açmaları ve santral havayollarındaki siliaların üzerinde direkt toksik etkileri öne çıkan diğer birtakım zararlıdır (20,33).

2.3.2 Kanserojen Maddeler

Sigara dumanının özel bir filtre üzerinde kalan bölümünün, su ve nikotin dışındaki kısmı tütün katranı (tütün zifiri, tar)’dır. Sigarada bulunan kanser yapıcılar işte bu katranın içinde yer alır. Bu maddeler içerisinde hem kanser sürecini başlatan maddeler (polisiklik aromatik hidrokarbonlar, nitrozaminler, stiran gibi), hem de bu süreci hızlandırıcı maddeler (fenoller, fenol esterleri gibi) yer alır (20,30,32,33). Benzipiren, hidrojen siyanid gibi

maddeler de sigara dumanında yer alan muhtemel kanserojenler olarak ifade edilmektedir (30,31,32,33).

En önemlisi benzo(a)piren olan polisiklik aromatik hidrokarbonlar, mikrozomal enzimlerce epoksit radikallerine dönüştürülür ve DNA (Deoksiribonükleik asit) moleküllerinin yapısını bozarak kanser sürecini başlatmaktadırlar (20).

2.3.3 Tahriş Edici Maddeler

Sigara dumanındaki tahriş edici maddeler siliatoksiktir. Açığa çıkan aldehytler, asitler, akrelain gibi tahriş edici çok sayıda madde solunum yolları mukozasındaki titreş tüylerin işlevlerini bozar. Daha yapışkan bir sekresyon oluştururlar. Bu durum makrofajların fonksiyonlarında bozulmaya ve bronş direncinde azalmaya yol açarak kronik bronşit ve rekürren solunum enfeksiyonlarının görülme sıklığını artırır. Tüm bu değişiklikler sigara bırakıldığı takdirde kısmen veya tamamen düzelir (20,33).

2.3.4 Nikotin

2.3.4.1 Tanımı ve Etkileri

Sigaranın sağlık üzerine etkilerinden sigara dumanının içerdiği çeşitli maddeler sorumlu iken sigara bağımlılığının sorumlusu ise bir alkaloid olan “nikotin”dir (21, 24). Tıpkı normikotin, anatabin ve anabisin gibi bir alkaloid olan nikotin psikoaktif etkileri ile ön plana çıkan bir tersiyer amindir (25).

Bir adet sigara sıklıkla 0,8 gr tütün ve 9-20 mg nikotin içerse de, hem tamamının yanma esnasında dumana geçmemesi hem de açığa çıkan dumanın ancak bir kısmının inhale edilebilmesi sebepleriyle içici bunun ancak %10'unu (1-2 mg) absorbe eder. Fatal dozu ise 40 mg olarak belirtilmektedir (iki adet sigaranın toplam içeriği kadar). Akciğerlerden intravenöz infüzyona eşdeğer yükseklikte bir hızla emilen nikotinin kan-beyin bariyerini geçişi de son derece hızlıdır ama hem yarı ömrünün kısalığı (2 saat) hem de dokulara geçiş hızının yüksekliği sebebiyle kandan hızla alınır. Karaciğerde metaboliti olan “kotin”e dönüştürülür ve bunun da yarı ömrü 16 saattir (25).

Başlıca etkileri; merkezi sinir sistemindeki hücrelerin glikoz alımını ve dolayısıyla metabolik faaliyet düzeyini arttırarak iş performansında artış, dikkatte artış, zevk alma ve mutlu hissetme, kendini iyi hissetme, hafızada iyileşme, anksiyete ve gerginlikte azalma ile iştahın ve kilo alımının azalması şeklindedir. İştah azalmasına eşlik eden sigara içicilerdeki metabolizma hızı (hem istirahat halindeki, hem de hafif aktivite durumundaki) artışı sigara içenlerde kilonun daha düşük (ortalama 4 kg) olmasının sebebi olarak belirtilmektedir. İşte tüm bu sebeplerden dolayı sigara içen birey kan nikotin düzeyini sürekli belirli bir seviyenin üzerinde (20-40 ng/ml) tutmak ister ve sık sık sigara içer. Hem nikotinin bağımlılık yapıcı (eksikliğinde açığa çıkan yoksunluk belirtileri ve zaman içerisinde aynı etki için daha fazla sigara içmesi gerekliliği anlamına gelen “tolerans” gelişimi) etkileri hem de sigara dumanında yer alan CO, katran vb. pek çok kanserojen ve irritan maddenin varlığı sigara içen bireylerce kar-zarar hesabı esnasında göz ardı edilebilir hale gelmektedir (25).

Diğer sistemler üzerine etkileri; osteoporoza yatkınlığı arttırması, kalp hızı ve kan basıncında artış, koroner kan akımı ve myokardın iş yükünde artış, hiperkoagülasyon şeklinde özetlenebilir (25).

2.3.4.2 Nikotin Bağımlılığı

Sigaranın hem fiziksel bağımlılık hem de psikolojik bağımlılık yapıcı özelliği vardır. Sigaranın fiziksel bağımlılığının sorumlusu nikotindir (21,24). Hem DSM-IV hem de ICD-10’a göre nikotin bağımlılık yapıcı maddelerden biri olarak değerlendirilmekte olup, DSM-IV’e göre nikotin bağımlılık kriterleri;

1. Tolerans gelişmesi (başlangıçtaki etkilerin giderek daha yüksek dozda madde kullanımı ile elde edilir hale gelmesi),
2. Yoksunluk belirtileri (bırakıldığı veya ara verildiğinde genellikle 24 saat içerisinde ortaya çıkmaya başlayan; depresif duygu durum, uyku bozuklukları, irritabilitede artış, sinirlilik, huzursuzluk, iştah artması/kilo alma gibi) oluşması,
3. Düşünülenden daha fazla miktarda ve daha uzun süre sigara içilmesi,

4. Sürekli istemesine karşın kullanımının durdurulamaması veya azaltılamaması,
5. Sigarayı elde etmek için ciddi para ve zaman harcanması,
6. Sigara içme ihtiyacı sebebiyle sosyal yaşantıda sorunlar yaşanması (otobüs, seminer, kütüphane gibi sigara içmenin yasak olduğu yerlerde yapılan faaliyetlere katılmaması veya zorlanması)
7. Sigaraya bağlı süreklilik arz eden bir hastalığı (KOAH, kalp krizi, kanser gibi) veya tekrarlayan problemleri (astım krizi, sinüzit gibi) olmasına ve bunun sigaradan kaynaklandığını bilmesine rağmen kişinin sigara içmeye devam etmesi (21, 26, 29).

Bu bağımlılığın değerlendirilmesinde FNBT ve türevleri, günlük sigara tüketim miktarını ölçmeye dayalı ölçümler ve kişinin kendi bağımlılığını değerlendirdiği ölçekler olarak üç grupta toplanabilen ölçekler kullanılabilir (29).

2.3.4.3 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)

Nikotin bağımlılığının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilen yöntemlerden en yaygın kullanılanı; 1978'de İsveçli Dr. Karl Fagerström tarafından 8 soru olarak ve "Fagerström Tolerans Testi" adıyla oluşturulan ve 1992 yılında Fagerström, Heatherton ve Kozlowski tarafından yeniden değerlendirilerek 6 soruluk son halini alan FNBT (Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi)'dir (29). Konu ile ilgili yapılan birçok araştırmada kullanılan bu test 2001 yılında Güneş ve arkadaşları tarafından dilimize uyarlanmıştır (20,21,23,28).

FNBT 6 sorudan oluşur. Bu sorulara verilen yanıtların her birine, mevcut seçenek sayısına göre, "0", "1", "2", "3" şeklinde puan verilip bu puanlar toplanır ve kişinin nikotin bağımlılığı aldığı toplam puana göre; çok az (0-2 puan), az (3-4 puan), orta (5 puan), yüksek (6-7 puan) ve çok yüksek (8-10 puan) olmak üzere 5 grupta değerlendirilir (21,28,29).

2.4. TÜTÜN KULLANIMI EPİDEMİYOLOJİSİ

Tütün ürünleri içerisinde bir çeşitlilik olsa da; en yaygın biçimde kullanılan tütün ürünü şüphesiz “sigara”dır. Dolayısıyla tütün ürünü kullanımından kastedilen sıklıkla “sigara kullanımı”dır.

Tütün ürünü kullanımının algılanması bakımından da çeşitlilik söz konusu olup; yaşamı boyunca hiç tütün ürünü kullanmamış (life-long nonsmoker) olan kişiler dışında tütün ürünü kullanımı farklılıklar gösterebilir. DSÖ, yaşamı boyunca 100 adet sigara içmiş olan kişiyi “sigara içen (smoker)” olarak tanımlamaktadır. Ancak sigara içen tanımına giren kişilerin sigara kullanım durumları da çok değişik şekillerde olabilir. Bu ürünleri her gün düzenli olarak içen (daily smoker) kişiler olabildiği gibi, aralıklı olarak kullananlar (occasional smoker) da olabilir. Öte yandan önceden kullanmış olup halen tütün ürünü kullanmayan kişiler (ex-smoker) de olabilir. Arada bir sigara içenler dışında sigarayı her gün içenler veya her gün içmese bile kısa aralıklarla devamlı olarak sigara içen kişiler “halen sigara içenler veya düzenli içiciler (current smoker, regular smoker)” olarak adlandırılır. Bu yüzden tütün ürünleri kullanımı konusunda yapılan çalışmalarda hangi tanımın dikkate alındığı önem taşımaktadır (48).

2.4.1 Dünya’da Tütün Kullanımı

Tütün ürünlerinin kullanımı ülkeler arasında farklılıklar göstermekle birlikte dünyada toplam 1,3 milyar insanın sigara içtiği hesaplanmaktadır. Bu sayının en büyük bölümü; Çin, Hindistan ve Endonezya’da olup; Dünya’da sigara içenlerin 2/3’ü Türkiye’nin de aralarında bulunduğu 10 ülkede (sırasıyla; Çin, Hindistan, Endonezya, Rusya Federasyonu, ABD, Japonya, Brezilya, Bangladeş, Almanya ve Türkiye) yaşamaktadır (48). Erkeklerde sigara içme oranı kadınların yaklaşık 2,5 katıdır.

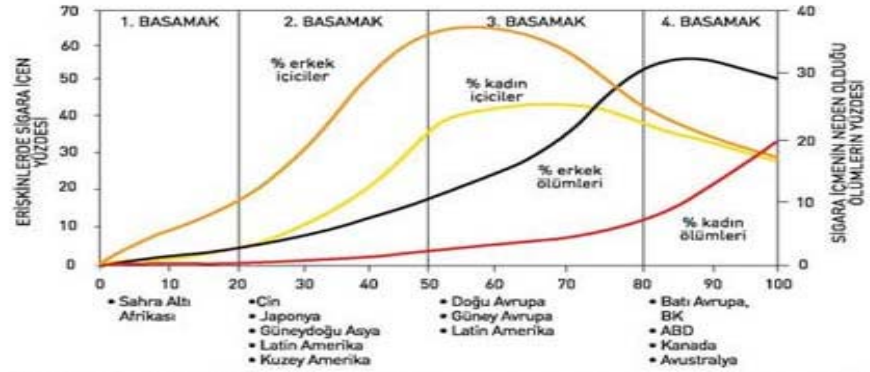
Tütün ürünlerinin kullanım sıklığı bakımından ülkeler arasındaki fark önemli boyutlardadır. Gelişmiş olan ülkelerde tütün kullanımı düşük düzeylerde (oysa eskiden çok daha yüksek düzeylerdeydi), buna karşılık gelişmekte olan ülkelere genellikle yüksek (giderek de artan) değerler söz konusudur (48). Yani tütün salgını gelişmekte olan ülkelere doğru

kaymaktadır, bunun üzerine bu ülkelerde sağlık bakım hizmetlerinin yetersizliği de eklendiğinde hastalık ve ölümlerin beklenmedik hızlarda artması kaçınılmaz gibi gözükmetedir (2). Ama konuya kadınlarda sigara kullanımı olarak bakarsak; gelişmiş ülkelerde kadınlar arasında sigara kullanımı gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksektir (48).

Nüfusu fazla olan ülkelerde kadınlar arasında sigara kullanımının yaygınlaşması tütün salgınının büyümesi bakımından son derece ciddi bir tehlikedir. Pek çok ülkede geleneksel olarak kadınlar sigara içmese de tütün endüstrisi tarafından reklam, tanıtım ve kadınların hayır kuruluşlarına sponsorluk yapılması suretiyle kültürel olarak kadınların sigara içmeyen özelliği zayıflatılmaktadır. Ürün tasarımı ve dikkat çekici rol modeller kullanmak suretiyle kadınlara yönelik pazarlama yaklaşımları, kadınlar arasında sigara kullanımını arttırıcı etki yapmaktadır (2). Gelişmekte olan ülkelerde sigara kullanımı bakımından erkekler ve kadınlar arasında büyük farklılıklar olmasına karşın, gelişmiş ülkelerde bu değerler birbirine daha yakındır (48). Günümüzde Avrupalı erkekler arasında sigara içme sıklığı azalırken Avrupalı kadınlar arasında artış gözlenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde yetişkin kadınlarda sigara kullanım sıklığı halen düşüktür, ancak adolesan dönemdekiler arasında hızla artma eğilimindedir (2).

Tütün ve sigara kullanımı bakımından dünyada son 100 yıllık sürede 4 farklı evrenin yaşandığı ifade edilmektedir. Günümüzde farklı ülkeler bu evreleri temsil eden eğrinin farklı yerlerinde yer almakta olup, bugün dördüncü evreye ulaşmış olan ülkelerin yıllar önce birinci-ikinci evreleri yaşayarak bugünkü evrelerine ulaştıkları da bir gerçektir (1,48).

Şekil 2.1. Tütün kullanımı evreleri



- 1. Evre: Tütün kullanımının henüz düşük düzeyde olduğu ama zaman içinde artma yönünde gelişmesinin beklendiği evredir. Bu artış öncelikle erkekler arasında olacaktır, kadınlarda sigara kullanımı henüz çok düşük düzeylerde (örneğin; Sahra Altı Afrika ülkeleri vb.).
- 2. Evre: Tütün kullanımı bakımından hızlı artışın yaşandığı dönemdir. Artış daha çok erkekler arasında olsa da kadınlar arasında da sigara kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu evrede sigara kullanımına bağlı sağlık sorunları da artmaya başlamıştır (örneğin; Çin, Japonya, Latin Amerika vb.).
- 3. Evre: Tütün kullanımına bağlı sağlık sorunlarının çok görüldüğü, sigara kullanımının da azalmaya başladığı evredir. Sigara kullanımındaki azalma da öncelikle erkeklerde olacak, bunu kadınlardaki azalma izleyecektir. Bu dönemde erkeklerde sigaraya bağlı sağlık sorunları ve bu nedenle olan ölümler hızlı artış göstermektedir. Kadınlarda da benzer durum artmaya başlamıştır (örneğin; Orta ve Güney Avrupa vb.).
- 4. Evre: Tütün kullanımının bu son evresinde hem erkeklerde hem de kadınlarda sigara kullanımı önemli derecede azalma göstermektedir. Erkeklerde sigaraya bağlı ölümlerde de azalma olmaktadır; ancak kadınlarda bu nedenle olan ölümler halen artma yönünde sürmektedir. Bugün için Batı Avrupa ülkeleri ile İngiltere, ABD, Kanada ve Avustralya dördüncü evreyi yaşamakta olan ülkelerdir.

Bazı ülkeler tütün kontrolü çalışmalarında daha başarılı konumdadır. Bu ülkelerde tütün kullanım sıklığı düşük düzeylerde olup tütün kullanım sıklığına ilişkin bilgiler de ayrıntılı olarak elde edilebilmektedir (1,48,86).

Ülkeler arasında eğitim düzeyinin seviyesinde görülen farklılıklar, tütün ürünlerinin kullanımının kontrolü bakımından önemli bir belirleyici olup; düşük olması ciddi bir engel oluşturmaktadır (1,48).

Tablo 2.1. Bazı Ülkelerde Erişkinlerde Güncel Sigara İçme Sıklıkları (2)

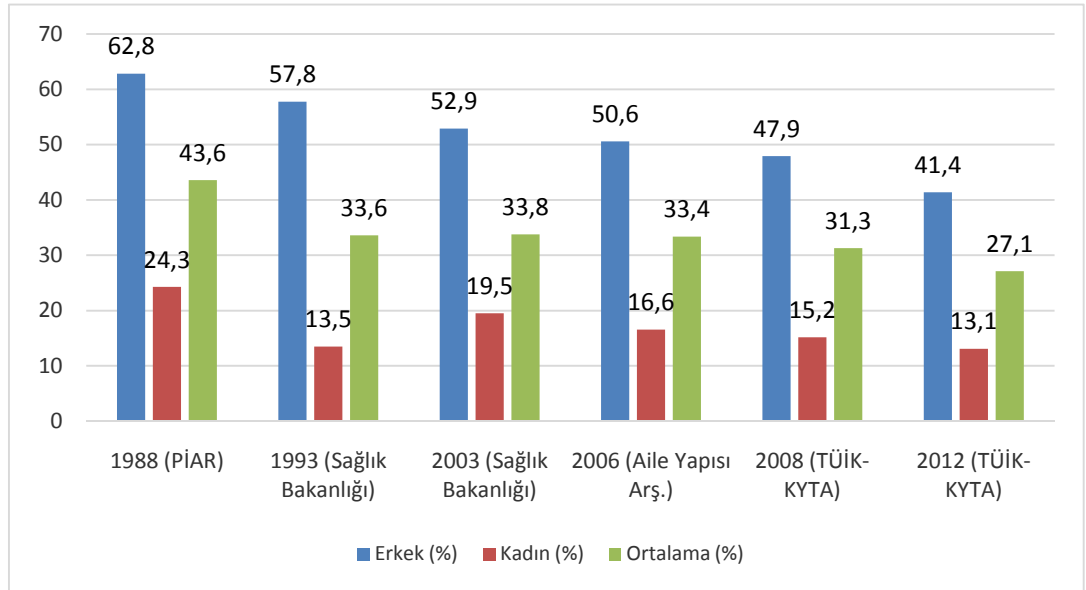
ÜLKE	Erkeklerde (%)	Kadınlarda (%)	Toplam (%)	Veri Yılı
ABD	27,5	19,0	23,2	2005
İngiltere	27,0	25,0	26,0	2002
Fransa	33,3	26,5	29,9	2005
Rusya	60,4	15,5	-	2002
Almanya	33,2	22,4	27,2	2005
Ukrayna	66,8	19,9	41,2	2005
Polonya	38,0	25,6	32,0	2004
TÜRKİYE	52,0	17,3	34,6	2003
Japonya	43,3	12,0	-	2004
Çin*	66,0	3,1	35,8	2002
Vietnam*	49,4	2,3	24,8	2003
Endonezya*	63,2	4,5	34,5	2004
Hindistan*	57,0	3,1	-	2005
Bangladeş*	41,0	1,8	20,9	2004
Güney Afrika	36,0	10,2	22,4	2003
Mısır*	59,3	2,7	29,9	2005
Tayland*	40,2	2,4	21,1	2004

*Sıklıklarına dikkat edilirse; özellikle Güneydoğu Asya ülkeleri ile kalabalık müslüman ülkelerdeki kadınların tütün endüstrisinin yeni hedefleri, potansiyel müşterileri olmaları şaşırtıcı değildir.

2.4.2 Türkiye’de Sigara Kullanımı

Türkiye; sigara kullanımının yüksek olduğu bir ülkedir. Türkiye’de sigara kullanımı erkeklerde oldukça yaygın olup, bu alanda 2005 yılı verilerine göre Avrupa ülkeleri arasındaki sıralamada oldukça üst sıralarda (11. sırada) olmamıza karşın kadınlar arasında sigara kullanımı yönünden ise Avrupa ülkeleri arasında en sonda yer alan 10 ülkenin içerisinde yer almaktayız (48).

Şekil 2.2. Ülkemizde Çeşitli Yıllara Göre Erişkinlerde Sigara İçme Sıklıkları (5,15,19,48)



Sağlık Bakanlığı’nın CDC ile koordineli olarak yürüttüğü, ilki 2008 ikincisi 2012 yıllarında yapılan, çok uluslu bir çalışmanın Türkiye ayağı olan KYTA 2012 (Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012) verilerine göre ülkemizde 15 yaş ve üzeri bireyler arasında hem kadınlarda (%2,1) hem de erkeklerde (%6,5) sigara kullanım sıklıklarında azalma olmuştur. Yine aynı çalışmanın verilerine göre; 15 yaş ve üzeri sigara içen bireylerin sigarayı bırakmaya teşebbüs etme oranları kadınlarda 2008 yılında %40,8 iken 2012 yılında %44,9’a yükselmiş; erkekler için ise bu oranlar sırasıyla %40,5 ve

%41,8 olmuştur; yani sigara içen kadınlar erkeklere kıyasla sigarayı bırakmayı daha fazla denemektedirler (5).

2.5. PASİF SİGARA İÇİCİLİĞİ

2.5.1 Tanım ve Genel Bilgiler

Sigara içilmesi esnasında iki ana çeşit emisyon (çıkarma, yayma) oluşur; ana akım (sigara içen kişinin havayollarına giren akım) ve yan akım (tütünün yanması ile ortaya çıkan ve içenin havayollarına girmeyen). Çevresel (ikinci el) tütün dumanı esas olarak yan akım dumanı ve daha az miktarda da sigara içen kişinin ekshale ettiği ana dumandan oluşur. Pasif içicilik ise kendisi sigara içmediği halde çevresel tütün dumanına maruz kalma durumudur (45). Sigara dumanı tüm dünyada evlerdeki en önemli hava kirliliği nedenidir (46).

Çevresel tütün dumanının %85'i kokusuz gazlardan oluşurken %15'lik kısmı da katran, nikotin, benzen gibi partiküllerden oluşur ve Uluslararası Kanseri Araştırma Ajansı (IARC) tarafından 2002 yılından itibaren pasif içicilik akciğer kanserinin bir nedeni olarak, ikinci el sigara dumanı da karsinojen olarak tanımlanmıştır. Önemli bir diğer nokta; çevresel tütün dumanı maruziyeti için güvenli bir maruziyet seviyesinin olmaması yani her seviyede zarar verebilmesidir (45,47).

2.5.2 Pasif İçiciliğin Sağlık Üzerine Etkileri

Sağlık için tehlikeli olduğu kabul edilen pasif içiciliğin akut etkileri; erişkinler için göz, burun ve boğazda irritasyon, akut bronşit/pnömoni şeklinde olup, bebeklik döneminde ise ani bebek ölümü sendromu ile ilişkilendirilen bir olgudur. Uzun süreli maruziyetlerde ise akciğer kanseri, serviks kanseri, pankreas kanseri gibi kanserlerde pasif içiciliğin bir risk faktörü olduğu; en fazla solunum sistemini etkileyerek soğuk algınlığı sıklığında artışa, öksürük/balgam/irritasyon gibi şikayetlerin sıklığında artışa, astım ataklarının tetiklenmesine ve KOAH sıklığının artmasına neden olduğu; hipertansiyon, akut myokard enfarktüsü, inme ve periferik arter hastalığında

artışa yol açtığı ve erkeklerde spermatozoa kalite ve mobilitesini azaltabildiği değerlendirilmektedir (45,47).

Sigara dumanına maruziyetin fetus ve çocuklar üzerine zararlı etkileri de gayet iyi bilinmesine karşın tüm dünyada çocukların %38-75'inin; ülkemizde ise %75'inin bulunduğu ortamlarda sigara içilmektedir (46). Prenatal maruziyetlerde sigara dumanı ektopik gebelik, ölü doğum, düşük doğum ağırlığı yenidoğanda solunum fonksiyonlarında düşüklük gibi durumlarla ilişkilendirilmekteyken; postnatal dönemde de ani bebek ölümleri, akut solunum yolu enfeksiyonlarının, astım gelişim riskinin, tekrarlayan otit olgularının görülme sıklığının, multibl skleroz sıklığının, yoğun ve uzun süreli maruziyetlerde ise akut lösemi gelişme riskinin arttığı bildirilmektedir (46).

2.6. GENÇLİK DÖNEMİ ve SİGARA

2.6.1 Tanım, Özellikler ve Sigaraya Başlama Sebepleri

DSÖ; 10-19 yaş aralığını “adelosan dönem”, 15-24 yaşındaki bireyleri de “genç” olarak kabul etmektedir (6, 50). Diğer bir tanımla gençlik; adolosanlığın içerisinde başlayıp kimliğin kazanılmasıyla son bulan, çocuklukla yetişkinlik arasında bir geçiş dönemidir ve bu iki dönemin en önemli özelliklerinden bir tanesi riskli davranışlara yönelimdir. Bu noktada ortaya çıkan daha da önemli tehlike yönelinebilen bu alışkanlıkların (sigara kullanımı gibi) yetişkinlik döneminde de devam ederek sonuçta sakatlık veya ölümle sonuçlanabilme potansiyelidir (22,84).

2011 TÜİK verilerine göre ülkemizde 15-24 yaş grubu, nüfusun yaklaşık %6'sını oluşturmakta (Türkiye’de ortalama yaş 29,7’dir) ve 2025 yılında Türkiye’deki genç nüfus oranının ABD ve Avrupa ülkelerinden daha yüksek olması beklenmektedir (5,19). Ülkemizde bu yaş grubunda sigara kullanım sıklığı erkeklerde %39,7, kadınlarda ise %25,4 olarak bildirilmektedir (21). Bu sebeple bu yaş grubuna yönelik sigara kullanım sıklığı, tutum ve davranış çalışmaları bugün çok önemli olmakla birlikte, gelecekte daha da fazla önem kazanacaktır.

Günümüzde ABD’de erişkin sigara içicilerinin %80’den fazlası 18 yaşından önce, genellikle adolosan dönemde sigara içmeye başlamakta,

hatta dörtte biri ilk sigaralarını 10 yaşından önce denemektedir (20,21). Sigaraya başlangıç yaşı Dünya genelinde 13 olarak belirtilmekte olup giderek de düşmektedir. Türkiye’de de durum buna paraleldir.

Sigara kullanımı davranışında hem yaş grubuna ait etkenler hem de çevresel etkenler başlama, sürdürme ve sonlandırmada önemli belirleyicilerdir (27,52). Adolesan dönemde sigaraya başlama nedenleri; döneme ait nedenler, ailenin etkisi ve arkadaşların etkisi ana başlıkları altında incelenebilir.

2.6.1.1 Adolosan Dönemine Ait Sebepler

Adolosan dönemde sigara içmenin getireceği sağlık sorunları yeterince algılanamamakta ve önemsenmemektedir (20,50,51). Yine bu dönemdeki ruhsal gelişime has özellikler olan; duygusal dengesizlik, başkalarına benzeme, otoriteye karşı çıkma gibi davranış örüntüleri etkili olan faktörler olarak literatürde yer alır (21).

2.6.1.2 Ailenin Etkisi

Ailenin sosyoekonomik özelliği, ebeveynlerin, kardeşlerin ve yakın akrabaların sigara içme alışkanlıkları ve sigara konusundaki tutum ve davranışları, bireyin kişilik özellikleri (bağımlı bir kişiliği olması gibi) ile beraber sigaraya başlama durumunun ana belirleyicilerinden kabul edilir (20). Anne, baba ya da kardeşleri sigara içen genç bireylerde, içmeyenlere kıyasla sigara kullanım sıklıkları daha yüksektir. Sigara içen ebeveyn veya kardeşe karşı duyulan hayranlık hissi sonucunda benimseme yoluyla genç de sigaraya başlayabilir (27,84).

Sigaraya başlamada etkili diğer ailesel risk faktörleri arasında; ebeveynlerinin gence karşı tutumlarının tutarsız oluşu, aşırı sert ya da aşırı yumuşak davranmaları, uygun denetimin sağlanmaması, gencin davranışlarının ebeveynleri tarafından izlenmemesi, ebeveynlerin evlilik ilişkilerinde çatışmanın fazla olması, geniş ve kalabalık aile olmaları, işsiz aile üyelerinin varlığı, ebeveynlerden birinin veya her ikisinin kaybedilmiş oluşu

veya ayrı olmaları, ebeveynlerde madde kullanımı öyküsü sayılabilir (20,66,84).

2.6.1.3 Arkadaşların Etkisi

Bireylerin çocukluktan erişkinliğe geçmeye çalıştıkları gençlik döneminde arkadaş etkisi aileden daha ön plana geçer. Onlarla sırlar paylaşılır, ortak hazlar ve yaşantılar oluşturulur. Dolayısıyla bu dönemde genç için en önemli şey arkadaşları tarafından kabul edilme, dışlanmama endişesidir ki bunu engellemek için de sigara ve içki gibi davranışlar istenilmese/hoşlanılmasa da paylaşılmak zorunda kalınabilir. Gruba dahil olma duygusunu yaşatma adına bu tür davranışlar zamanla kişide yerleşerek sigaranın tadına bakmak bile sigaraya başlama nedeni olabilir (27). Sigara kullanım alışkanlığının devam ettirilmesinde de yakın arkadaşların tutum-davranışları, sigara içme alışkanlıkları ön plana çıkmakta; bunu nikotin bağımlısı haline gelme durumu izlemektedir (20,66).

Bunların haricinde kitle iletişim araçlarında çıkan sigara reklamları ve promosyonları, düşük fiyatlar ve sigaraya kolay erişebilme gibi faktörlerin rolü de payı yadsınamayacak düzeylerde (21,27,53).

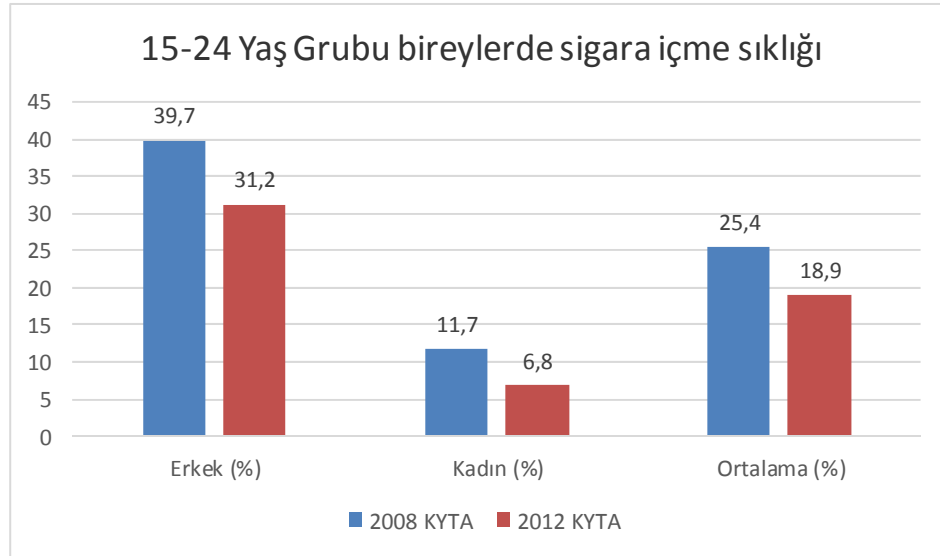
2.6.2 Üniversite Gençliği

Üniversite gençliği ise gençlik kavramının bir alt sınıfı olup gençliğin sıkıntılarını daha çok yaşayan kesimdir. 17-24 yaşlarını kapsayan bu dönemde gençlerin öne çıkan özellikleri; duygusal, coşkulu hatta taşkın, çabuk kırılan ve kolay bozulan ilişkiler yaşayan, kolay etkilenen, toplum içinde ilgi çekmeye çalışan ve yetişkin olmaya daha çok çabalayan bireyler olmalarıdır (21).

Türkiye genelinde üniversite öğrencileri arasında sigara içme sıklığı %19-48 arasında değişmekte ve genellikle sınıflar büyüdükçe bu sıklık artmaktadır. Türkiye 2012 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre, yüksekokul ve üniversite gençliğinin de büyük oranda dahil olduğu, 15-24 yaş grubundakilerde sigara kullanım sıklığı %18,9 olup, erkeklerde %31,2, kadınlarda ise %6,8'dir (söz konusu değerler 2008 Türkiye Küresel Yetişkin

Tütün Araştırması'nda sırasıyla %25,4, %39,7 ve %11,7 idi) (5,7,8). Araştırmalar bu döneme rastlayan yıllarda gençlerin ergenlik psikolojisinin yanı sıra evden ve aileden uzak olma, yeni bir çevreye uyum sağlama çabası, yeni şeyleri deneme merakı, kendini daha iyi ve önemli hissetme ihtiyacı, stresi azaltma çabası, arkadaş çevresinde kabul görme ihtiyacı ve reklamlardan etkilenme gibi nedenlerle sigaraya başlayabildiklerine işaret etmektedir (51). Dolayısıyla bu yaş grubunda sigara kullanımıyla mücadele etmek geleceğin sigara kullanıcılarını engellemek anlamına gelmektedir. Bu mücadelenin doğru yapılabilmesinin ön şartı ise şüphesiz gençlerin bu alışkanlığa ilişkin tutum ve davranışlarının doğru bir şekilde tespit edilebilmesidir.

Şekil 2.3 KYTA 2008 ve 2012 verilerine göre 15-24 yaş grubu bireylerde sigara içme sıklığı



2.6.3 Gençler Arasında Sigara Kullanımının Önlenmesi

Sigaranın zararlarından korunmak için en etkili yöntem sigarayı hiç içmemektir. Bu yüzden sigara alışkanlığını hiç edinmemek gerekir. Araştırmalar sigara içmeyi bir kez deneyen 4 kişiden 3'ünün sigara içicisi olduğunu göstermektedir (53).

Sigara alışkanlığının/sigara içmeyi denemenin genellikle 12-13 yaşlarında ve gençlerin birbirlerinden görerek ya da arkadaş etkisiyle edinildiği düşünülürse (sigaraya devam etme sürecinin sorumlusu ise nikotinden alınan haz ve oluşan fiziksel bağımlılık olarak özetlenebilir), alışkanlığın önüne geçmek için bu yaş grubundaki kişilere yönelik bazı önlemler alınması gerekliliği ortaya çıkar. Bu kapsamda alınabilecek tedbirler olarak; bireyin mümkünse sigara içmeyen arkadaşların bulunduğu ortamlara yönelmelerini sağlamak, sigara içilebilen yerlerin kısıtlanmasına yönelik tedbirler alınması, sigara fiyatlarının yüksek olması (yetişkinlerde de etkili bir yöntem olsa da gençlerde çok daha etkili sonuçlar vermektedir), sigara reklamlarının engellenmesi, çocuklar ve gençler için toplumda “rol model” olan kişilerin (başta anne-babaları olmak üzere yakın çevrelerinde sevdikleri kişiler, öğretmenler, doktorlar, sevilen sanatçılar gibi) en doğru yaklaşım olarak sigara içmemek yönünde davranış sergilemeleri ancak içiyorlarsa da çocukların ve gençlerin göreceği ortamlarda sigara içmemeye özen göstermeleri, sigara içmenin sağlık üzerine zararları ve neden olabileceği hastalıklar konularında eğitim verilmesi, spor imkanı gibi alternatif uğraş alanlarına yönlendirilmeleri sayılabilir (27).

2.7. SAĞLIK PERSONELİ ve SİGARA

2.7.1 Sağlık Personeli Arasında Sigara İçme Sıklığı

Sağlık personelinin sigara salgınıyla mücadeledeki önemli rolünü yerine getirebilmesinde sigara içme davranışından uzak durabilmesi çok önemlidir. Fakat, dünyanın pek çok bölgesinde sağlık çalışanları arasında sigara içme sıklığı geçmiş yıllara göre azalma eğiliminde olsa da halen önemli bir sağlık sorunu olarak varlığını sürdürmektedir (9,15,24,76).

Yapıldığı ülkelere ve hedeflediği meslek grubuna göre değişiklikler gösteren konuya yönelik çalışmalarda elde edilen sonuçlardan bazılarını bakacak olursak;

Tablo 2.2. Dünyada Sağlık Çalışanları Arasında Sigara İçme Sıklığına Ait Bazı Çalışmaların Sonuçları (15,35,70,71,73,75,81)

Yazar(lar)	Yıl	Ülke	Hedef Grup	Sıklık (%)
Pokhrel ve ark.	2005	Nepal	Sağlık çalışanları	32,4 (Erkek); 3,2 (Kadın)
Kay ve Lowe	2005	İngiltere	Diş hekimleri	4
Hodgetts ve ark.	2002	Bosna	Aile hekimleri, Hemşireler	40 (Aile Hekimleri), 51 (Hemşireler)
Kotz ve ark.	2002-2003	Hollanda	Pratisyen hekimler, Kardiyologlar, Göğüs hastalıkları uzmanları	8,4 (Pratisyen Hekim), 4,3 (Kardiyolog), 3,5 (Göğüs Hastalıkları Uzmanları)
Adamek ve ark.	2012	Polonya	Hemşireler	40
Suzuki ve ark.	2005	Japonya	Hemşirelik öğrencileri	24
Gupta ve ark.	2009	Hindistan	Erkek tıp fakültesi öğrencileri	38,2
Bielska ve ark.	2012	Polonya	Tıp fakültesi öğrencileri (6. sınıf)	12 (Erkek) 26 (Kadın)
Aggarwal ve ark.	2011	Hindistan	Tıp fakültesi öğrencileri	38,6 (Erkek) 6,5 (Kadın)
Takeuchi ve ark.	2009	Japonya	Tıp fakültesi öğrencileri	5,6 (Erkek) 1,8 (Kadın)
Smith ve ark.	1990-2005 (sistemik derleme)	Dünya'da seçilmiş bazı ülkeler	Hemşirelik öğrencileri	3-51
Sebo ve ark.		İsveç	Hekimler	12
Soritopoulos ve ark.	2003-2005	Yunanistan	Hekimler	38,6

Tablo 2.3. Türkiye’de Sağlık Çalışanları Arasında Sigara İçme Sıklığına Ait Bazı Çalışmaların Sonuçları (15,36,80)

Yazar(lar)	Yıl	Yer	Hedef Grup ve Katılım (kişi)	Sıklık (%)
Bilir ve ark.	1995	Ankara	Tıp doktoru (237)	43,9
Ergüder ve ark.	1997	Elazığ	Sağlık personeli (392)	Tıp doktoru 50,0 Hemşire 47,0 Yardımcı Sağlık Personeli 54,2
Sezer ve ark	1988	Elazığ	Tıp doktoru (209), Diş hekimleri (44)	Tıp doktoru 49,3 Diş hekimi 68,2
Bilir ve ark.	1998	Türkiye, 17 il	Tıp doktoru (985)	41,1
Bilir ve ark.	1999	Türkiye, 17 il	Tıp doktoru (1.127)	43,1
Yeğenoğlu ve ark.	2004	Hacettepe Üniv. Eczacılık Fak.	1. (102) ve 4. (105) sınıflar	1.sınıf 12,0 4.sınıf 17,5
Tahir ve ark.	2006	Hacettepe Üniv. Tıp Fak.	1.sınıf (98), 2.sınıf (129), 3.sınıf (112), 4.sınıf (106), 5.sınıf (135)	1.sınıf 10,2 2.sınıf 7,8 3.sınıf 8,9 4.sınıf 10,4 5.sınıf 10,4
Marakoğlu ve ark.	2008	Selçuk Üniv. Meram Tıp Fak.	Tıp doktorları (500)	28,7
Sağlık Bakanlığı- CDC	2008	Türkiye geneli	Pratisyen Hekim (650), Uzman Hekim (634), Diş Hekimi-Eczacı- Psikolog grubu (719), Ebe ve Hemşire grubu (1.378), Sağlık Teknisyenleri (705), İdari personel	Pratisyen Hekim 39,3 Uzman Hekim 30,9 Diş Hekimi-Eczacı- Psikolog grubu 37,1 Ebe ve Hemşire grubu 40,7 Sağlık Teknisyenleri 43,3 İdari personel 47,8

2.7.2 Sağlık Personelinin Tütünle Mücadeledeki Rolü

Sağlık personelinin sağlıklı yaşam davranışlarının kazanılması ve toplumda yaygınlaştırılmasında çok önemli rolü vardır. Sağlık çalışanları; hekimler, hemşireler, ebeler, diş hekimleri, psikologlar, eczacılar ve sağlık

teknisyenleri ile diyetisyenlerden oluşan bir profesyonel meslek grubudur (15,44,74).

Özellikle rol modeli olma öncelikli sorumluluğu ile birlikte sağlık personelinin toplumdaki bireylerin tütün ürünlerini kullanmaya hiç başlamamaları, kullananların bu davranışlarından vazgeçmeleri ve tütün ürünlerinin dumanının yarattığı etkilerden korunmaları ile ilgili yaklaşımları profesyonel mesleki kapsamda uygulamaları gerekir. Üzerinde durulan bu üç yaklaşım uluslararası kabul görmüş yaklaşımlardır. Her ne kadar, bağımlılık ve mesleki stres durumlarını zorlaştırırsa da; sağlık çalışanlarının tütün salgını ile mücadeledeki rolleri ve önceliklerini sıralayacak olursak;

1. Toplum için önemli rol model oldukları için sigara veya başka tütün ürünü kullanmamalıdır,
2. Bireylerin sigaraya hiç başlamaması için çaba göstermelidirler,
3. Sigara içen bireylerin sigarayı bırakmalarını sağlamalıdır,
4. “Sağlık her bireyin hakkıdır” prensibinden hareketle sigara içmeyen bireylerin sigara dumanından pasif etkilenimini engelleyici çalışmalar yapmalıdırlar,
5. Sürekli mesleki eğitim ve gelişim kapsamında “en çok öldüren, en çok sakat bırakan, en çok işgücü kaybına neden olan ve en çok maliyeti olan” “sigara” ile ilgili bilgilerini güncellemeli, yeni yaklaşım ve stratejileri bilmelidirler,
6. Sigara konusundaki ulusal ve uluslararası politikaları ile yıllar içerisinde ulusal prevalans değerlerini bilmeli, yakından takip etmeli ve geliştirilecek olan ulusal politikalara katkı verebilmelidirler (15).

Sigarayı bırakma konusunda verilecek profesyonel hizmet “ekip çalışması” haline getirildiğinde başarı oranı ciddi olarak artmaktadır. Örneğin sadece doktor tarafından sigara kullanımı sorulup önerilerde bulunan kişilerde sigarayı bırakma sıklığı üç ayda %3 artarken, hemşirenin de bilgi ve öneriyi pekiştirmesiyle bu sıklık %7,2’ye çıkmaktadır (15,37,62,68). Hemşirelerin hastaların sigarayı bırakmaları konusundaki rolü; hem sağlık çalışanları içerisinde genellikle en büyük grubu oluşturmaları hem de

hastalarla en uzun süreli doğrudan temas eden grup olmaları sebepleriyle diğer yardımcı personele kıyasla daha da ön plana çıkmaktadır (69). DSÖ tarafından 2005 yılında “tütün kontrolünde sağlık personelinin rolü” konusunda hazırlanan dökümanda sağlık personeline yapılan başlıca öneriler şunlardır:

- Tütün kontrolü konusunda yerel, bölgesel ve ulusal düzeyde kanıta dayalı bilgilendirme ve duyarlılık artırıcı yazılar yazmak, ulusal ve yerel düzeydeki örgütlenmelere katılmak,
- Bütün hasta ve başvuranların sigara kullanımı ile ilgili alışkanlıklarını sormak, içenlere sigarayı bırakma konusunda öneri ve bilgilendirmelerde bulunmak,
- Güncel sigara bıraktırma uygulamalarını öğrenmek, buna yönelik harcamaların sosyal güvenlik sistemi tarafından karşılanmasını sağlamaya çalışmak,
- Tütün ürünlerine müdahalede alternatif yollar bulmak, düzenlemeler bakımından hükümeti etkilemeye çalışmak,
- Sigaradan alınan vergilerin artırılması ve buradan sağlanacak gelirin yeterli bir bölümünün sigarayla mücadeleye aktarılması için çaba göstermek,
- Tütün kontrolü çalışmalarını ana-çocuk sağlığı hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri, acil hizmetler gibi günlük çalışmalar içine yerleştirmeye çalışmak,
- Sağlık çalışanları arasında sigara kullanım sıklığı, sigara bırakma gereksinimi ve değişik ortamlardaki müdahalelerin etki düzeyini belirleme konularında çalışmalar yapmak,
- Tütün kontrolü konusunda çalışmalar yapma konusunda diğer kuruluşlarla işbirliği yapmak (38,44,68).

Ayrıca bu ortak rollerinin yanı sıra, her sağlık meslek grubunun kendi hedef kitlesine yönelik özel olarak çalışması da gerekir (örneğin eczacılar ilaç almaya gelenlere, doktor ve hemşirelerin hem tedavi hizmetleri hem de koruyucu hizmet için başvuranlara, diğ hekimlerinin tedavi hizmetleri için

başvuran gruba odaklanmaları gibi). DSÖ'nün bu özel çalışmalara yönelik de önerileri vardır (38,44).

2.7.3 Rol Modeli Olarak Hekimler

Toplumlarda hekimlerin sağlıklı davrandıkları yönünde yaygın bir kanı vardır ve hekimlerin sağlıkla ilgili davranışları toplum tarafından yakından izlenir. Bu nedenle hekimler yaşamlarında sağlık kurallarına uygun davranmaya özen göstermelidirler. Dünyada yapılan çalışmalar hekimlerin sigara içme sıklıklarının ilk dönemlerde genel toplumdan çok farklı olmadığı, hatta bazı ülkelerde daha yüksek bile olduğu, ancak bu gerçeğin azalma ya da düşme eğiliminde olduğuna işaret etmektedir. Türkiye'de de değişim bu yöndedir (15).

Toplumda sigara tüketimini azaltmaya yönelik çalışmalarda hekimlerin “sigara içmeme” görüntü ve davranışları hem kendi sağlıkları hem de toplum için son derece önemli olup, sigara içen hekimlerin bu davranışlarını toplumun göreceği şekilde gerçekleştirmemesi de bir o kadar önem taşır (15,44,68).

2.7.4 Sağlık Profesyoneli Olarak Hekimler

Hekimlerin hastalarına ve diğer kişilere sigaranın zararlarını açıklamaları sigara içenler üzerinde çok etkilidir. Çalışmalar sigara içenlerin %70 kadarının yıl içinde doktora başvurduğunu göstermektedir. Hekimlerin bu kişilerin sadece %15 kadarına sigaranın zararları konusunda yol gösterdiği düşünülürse bu duruma “kaçırılmış fırsat” denmesi gerekliliği doğar (15,20,38,62).

Hekimlerin sigara mücadelesindeki sorumlulukları “5A” ya da Türkçe karşılığında “5Ö” ilkesi olarak da adlandırılan yaklaşımla açıklanabilir:

- Ask (Öğren): Başvuran her bireye sigara içip içmediğinin sorulması
- Assess (Ölç): Sigara içenlere ne zamandan beri sigara içmekte olduklarının ve günde içtikleri sigara sayısının sorulması

- Advise (Öner): Sigaranın zararlarının anlatılması, bırakılmasına dair önerilerin yapılması
- Assisst (Önderlik et): Sigara içmeyi bırakmayı düşünenlere bu konuda yardımcı olunması
- Arrange (Örgüt): Sigarayı bırakanların izlenmesi bakımından program yapılması (1,15,38,44)

2.8. TÜTÜN KONTROL ÇALIŞMALARI

2.8.1 Dünya’da Tütün Kontrol Çalışmaları ve DSÖ önerileri (MPOWER)

Dünya genelindeki deneyimler, tütün pazarına sahip çok uluslu şirketlerin ekonomik ve siyasi güçleri karşısında ulusal hükümetlerin tek başlarına önemli bir başarı sağlayamadığını göstermiştir. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2003 yılında “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)” adını verdiği bir rehber hazırlayıp konu hakkında etkin kontrol önlemlerini düzenlemeye çalışmıştır. Tütün kullanımıyla mücadelenin başarılı olabilmesi için uluslararası birliklerin ve kurumların koordineli desteğinin yanı sıra ülke içindeki mücadelede devlet kurumlarının, akademik kuruluşların, profesyonel birliklerin ve sivil toplum kuruluşlarının da koordineli bir yapıda çalışması gerekmektedir (2,4,44,82).

2.8.1.1 TKÇS (Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi)

DSÖ’nün yönlendirdiği uluslararası çabaların neticesinde tütün salgınına karşı verilen savaşta uluslararası nitelikli ilk antlaşma ve atılan ilk adım olan DSÖ TKÇS 2003 yılında uygulamaya girmiştir. Bu sözleşme, tütün arzını ve talebini azaltma yolunda ülkelere ayrıntılı bilgiler vermekte ve yol göstermekte olup tüm bireylerin en yüksek sağlık standardında yaşama hakkını onaylayan tek kanıta dayalı antlaşmadır. Önceki madde bağımlılığı antlaşmalarının tam tersine, arz konularının yanı sıra talep azaltmanın da önemini vurgulaması yönüyle de bir ilktir. Tütün salgınının küreselleştirilmesine cevap olarak geliştirilmiş olup tütüne talebi azaltmaya yönelik önlemler hakkındaki ana maddeleri (6-14) şu şekildedir (2,4,44,82);

- Tütüne talebi azaltıcı fiyat ve vergi önlemleri,
- Tütün dumanından korunma,
- Tütün ürünlerinin içerikleriyle ilgili düzenleme,
- Tütün ürünlerinin ifşası ile ilgili düzenleme,
- Tütün ürünlerinin paketlenmesi ve etiketlenmesi,
- Öğretim, iletişim, eğitim ve toplumsal bilincin artırılması,
- Tütün reklamı, promosyonu ve sponsorluğu,
- Tütün bağımlılığı ve tütünün bırakılması ile ilgili talep azaltıcı önlemler (2,4,44,82).

Tütün arzının azaltılmasına yönelik önlemler hakkındaki ana maddeleri (15-17) ise;

- Tütün ürünlerinin yasa dışı ticaretinin önlenmesi,
- Çocuklara ve çocuklar aracılığıyla satış yapılmasının önlenmesi,
- Ekonomik açıdan uygun alternatif faaliyetler için destek sağlanması konusundaki önlemler (2,4,44,82).

Sözleşmeyi imzalamış taraf ülkeler anlaşmayı onaylamak, kabul etmek ve hedeflerini gerçekleştirmek (tütün salgınıyla mücadeleye katılarak ülkelerindeki halkın sağlığını korumak) için politik bağımlılıklarını belirtmiş olmaktadır. Şubat 2005'te yürürlüğe giren TKÇS' yi 2011 yılı sonu itibariyle 173 ülke imzalamış (dünya nüfusunun %87'sini kapsamakta), bunların 164 tanesi parlamentolarında onaylayarak yürürlüğe sokmuştur. Bu anlamda TKÇS, Birleşmiş Milletler tarihinde en çok "Taraf"a sahip olan antlaşmadır.

2.8.1.2 MPOWER

Ülkelere hedeflerine ulaşmaları yönünde yardım etmek için DSÖ tarafından 2008 yılında "Küresel Tütün Salgını Raporu, MPOWER" paketi hazırlanmıştır. Bu pakette tütün kontrol politikası olarak en etkili 6 politika ele alınmakta ve baş harfleri "MPOWER" şeklinde ifade edilmektedir (2,4,44,82);

- **(M; monitor tobacco use and prevention policies)** Salgını ve koruyucu uygulamaları titizlikle izlemek: Halen ülkelerin yarısında (gelişmekte olan ülkelerin 2/3'ünde) sigara kullanımı

konusundaki bilgiler yetersizdir. İyi bir izleme ve değerlendirme sistemi; (i) tütün kullanım prevelansı, (ii) politika müdahalelerinin etkinliği ve (iii) tütün endüstrisinin pazarlama, tanıtım ve lobicilik faaliyetleri konularında ölçütler kullanılmak suretiyle değerlendirme yapılmalıdır.

- **(P; protect people from tobacco smoke)** Toplumlara pasif sigara dumanı etkileniminden korumak: Araştırmalar, sigara dumanından pasif etkilenim bakımından güvenli bir sınır olmadığını net bir biçimde ortaya koymaktadır. Sigara dumanından pasif etkilenimin de kalp hastalığı ve değişik kanserler dahil olmak üzere çok sayıda hastalık için risk faktörü olduğu DSÖ Uluslararası Kanser Araştırma Derneği, Amerikan Halk Sağlığı Kurumu vb. birçok söz sahibi kuruluş tarafından fikir birliğiyle kabul edilmektedir. Sigarasız, dumansız ortamlar sağlanması; hem sigara içmeyenleri koruyan hem de sigara içenleri bırakmaları konusunda destekleyen bir yaklaşımdır.
- **(O; offer help to quit tobacco use)** Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek: Sigara içenlerin pek çoğu sigarayı bırakmak ister ancak pek azı gereksinim duyduğunda bu konuda yardım alabilir. Bu nedenle ülkeler sigara kullanan ve bırakmak isteyenlere yönelik olarak etkili ve ucuz müdahale programları oluşturmalıdır. Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım amacıyla üç farklı yol izlenebilir;
 - o Birinci basamak hizmetleri içinde sigara bırakma; görevli sağlık çalışanlarının sigara içen hastalara sigaranın zararları hakkında bilgilendirme yapmaları ve sigarayı bırakmaları konusunda telkinde bulunmaları şeklinde,
 - o Ücretsiz ve kolay ulaşılabilecek bir “quit line/sigara bırakma hattı”,
 - o Farmakolojik tedavi; nikotin replasman tedavisi amacıyla nikotin bandı, sprey, çiklet, pastil; bupropion adlı antidepresan ve varenicline gibi nikotin reseptör agonisti

ilaçlar. Bu yöntemler içerisinde farmakolojik tedavinin maliyeti çok daha yüksek olsa da başarı şansıda ilk iki yöneme nazaran 2-3 kat daha yüksektir.

- **(W; warn about dangers of tobacco)** Herkesi sigaranın tehlikeleri konusunda uyarmak: Bu konuda ikna edici kanıtlara karşın, bilimsel araştırmalar, sigara içenlerin pek az bir bölümünün sigara kullanımına bağlı sağlık sorunlarını bütün boyutları ile bildiklerine işaret etmektedir (Tütün kullanımının tehlikeleri konusunda kapsamlı uyarılar özellikle adölesan ve genç yetişkinler arasında sigaranın imajını değiştirebilir).
- **(E; enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship)** Reklam, tanıtım ve sponsorluğu yasaklamak.
- **(R; raise taxes on tobacco)** Vergileri ve fiyatı arttırmak: Vergilerin dolayısıyla sigara fiyatlarının arttırılması sigara kullanımını azaltma bakımından en önemli, tek başına en etkili yol olup özellikle gençlerin sigaradan uzak kalmasını sağlamaktadır. Bu uygulama sigara içenlerin sigarayı bırakmasına da yardımcıdır. Uygulamanın diğer bir yönü hükümetlerin izleyecekleri sigara karşıtı politikalar için de bir kaynak oluşturabilmesidir.

Bu politikaların tütün kullanımını azalttığı kanıtlanmıştır. Bu altı politika paket olarak etkili şekilde kullanıldığı takdirde; gençlerin sigaraya başlaması önlenmekte, halen sigara içenlere bırakmaları konusunda destek sağlanmakta, sigara içmeyenler pasif sigara dumanı etkileniminden korunmakta ve sonuçta toplumlar sigaranın zararlarından korunmuş olmaktadır (2,4,44,82).

MPOWER; ülkelerindeki ilgili kurum ve kuruluşlara tütün kontrol politikalarını pratiğe dönüştürmelerinde yardımcı olmayı hedeflemektedir. Tütün denetimi için gereken birtakım finansal kaynaklara erişim imkanı sağlarken, aynı zamanda ulusal ve uluslararası işbirlikleri planlama, oluşturma ve değerlendirmede de yardımcı olmak için hazırlanmıştır. Başarı

için ön şart MPOWER yasalarının bütünüyle ve geniş bir katılım ile uygulanması olarak görülmektedir (2,4,44,82).

Bu amaçla ülkeler kendi ulusal programlarını, tüm vatandaşlarını kapsayacak şekilde hazırlamakla yükümlüdür. Türkiye TKÇS'yi Nisan 2004'te imzalamış ve Kasım 2004'te de TBMM'ce kabul ederek "taraf ülke" haline gelmiştir. TBMM'nin bu yasaı kabulü sonrasında, sözleşme gereğince, UTKP (Ulusal Tütün Kontrol Programı) ve Ulusal Eylem Planı hazırlanarak uygulamalar büyük bir hız kazanmıştır. Mevzuatın çoğu TBMM'nin TKÇS'yi kontrolü sonrasında hazırlanan Ulusal Tütün Kontrol Programı'na dayanmaktadır (2,4,44,82).

2.8.2 Türkiye'de Tütün Kontrol Mevzuatı ve Çalışmaları

Mevzuat; bir ülkede yürürlükte olan yasa, tüzük, yönetmelik vb.nin bütünüdür. Bu tanımdan hareketle ulusal tütün kontrol mevzuatı; Türkiye'de tütün üretimini, pazarlamasını ve tüketimini düzenleyen tüm yasa, tüzük ve yönetmelikleri kapsamaktadır. Tütün mevzuatımızın kilometre taşları (3,4,34,44):

- **1996 tarih ve 4207 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun" (TÜTÜN YASASI);**
 - o Kamuoyuna konu hakkında eğitici yayın yapılması, sigara paketleri üzerine uyarıcı yazılar konulması, toplu taşıma araçlarında ve kapalı alanların büyük bir kısmında sigara kullanımının yasaklanması, tütün ürünlerinin reklamı ve 18 yaşından küçük çocuklara sigara satışının yasaklanmasını emreder.
 - o Toplumda tütün karşıtı bilinç oluşturulması ve toplu taşıma araçlarının dumandan arındırılması konularında başarı sağlanmıştır (3,4,34,44).
- **2008 tarih ve 5727 sayılı kanun;** 2004'te ülkemizin de kabul ettiği TKÇS sonrası 4207 sayılı Kanunun kapsamı ve özellikle cezai müeyyidelerin uygulanmasını yetkinleştirecek yönü geliştirilerek oluşturulan revize hali olup özellikle sınırlamaların

sadece sigara ile sınırlı olmadığı, her türlü tütün mamulünü kapsadığı ayrıntılı şekilde vurgulanmıştır. Yeni haliyle ;

- o Kamu hizmet binalarının kapalı alanlarında,
- o İkamete mahsus konutlar hariç olmak kaydıyla koridorları da dahil olmak üzere her türlü eğitim, sağlık, üretim, ticaret, sosyal, kültürel, spor, eğlence vb. amaçlı özel hukuk kişilerine ait binaların kapalı alanlarında,
- o Taksi hizmeti verenler de dahil olmak üzere karayolu, demiryolu, denizyolu ve havayolu toplu taşıma araçlarında,
- o Okul öncesi eğitim kurumlarının, dershaneler, özel eğitim ve öğretim kurumları dahil olmak üzere ilk ve orta öğrenim kurumlarının, kültür ve sosyal hizmet binalarının kapalı ve açık alanlarında,
- o 19 Temmuz 2009 tarihinden itibaren de özel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde tütün tüketimini tümüyle yasaklamıştır.
- o Yasa; açık havada yapılan her türlü spor, kültür-sanat ve eğlence faaliyetlerinin yapıldığı yerler ile bunların seyir yerlerinde tütün ürünlerinin kullanılamayacağını ancak bu tesislerde tütün ürünlerinin tüketilmesine mahsus alanların oluşturulabileceğini; benzer şekilde otelcilik hizmeti verilen işletmelerde de tütün ürünleri tüketen müşterilerin konaklaması için tütün tüketiminin serbest olduğu odaların tahsis edilebileceğini hükme bağlamıştır. Ama bu serbest alanların tecrit edilmesi ve bu alanlara 18 yaşından küçük şahısların giremeyeceği şartlarını da koştur.
- o Tütün firmalarının isimleri, amblemleri veya ürünlerinin marka, işaret veya bunları çağrıştıracak sembollerin kıyafet, takı ve aksesuar olarak taşınamayacağı da

hükme bağlanmaktadır. Tütün ürünlerinin dağıtımını yapan araçların üzerinde de amblem, isim vb. bulundurulması yasaklanmıştır. Tütün firmaları bayilere veya tüketicilere tütün ürünlerini teşvik, eşantyon, promosyon, bedelsiz veya yardım adları altında dağıtamayacak; tütün ürünlerinin isimleri, logoları veya amblemleri kullanılarak ilan verilemeyecektir.

- o Söz konusu kanunla ilgili yaptırımlarda belediye sınırları içinde belediye encümeni, dışında ise mahalli mülki amir yetkili kılınmış; ilk ihlalde yazı ile uyarı yapılması tekrarında ise idari para cezası verilmesi söylenmiştir.
- o Günümüzde dördüncü güç olarak kabul edilen medyanın insanların algıları üzerindeki önemine ithafen; televizyonda yayınlanan programlarda, filmlerde, dizilerde, müzik kliplerinde, reklam ve tanıtım filmlerinde tütün ürünleri kullanılmasına, bu görüntülere yer verilmesine izin verilmeyecektir.
- o Diğer koruyucu önlemler başlığı altında;
 - Sağlık, eğitim-öğretim, kültür ve spor hizmeti verilen yerlerde tütün ürünü satışı yapılmayacak,
 - Tütün ürünleri 18 yaşını doldurmamış kimselere satılmayacak, 18 yaşını doldurmamış kimseler tütün ürünü işletmelerinde, pazarlanmasında ve satışında istihdam edilmeyecek,
 - Tütün ürünlerinin paketi açılarak küçük balyalar veya adet olarak satışı gerçekleştirilmeyecek,
 - Tütün ürünleri 18 yaşından küçüklerin doğrudan ulaşacağı ve işletme dışından görülecek biçimde satılamayacak,
 - Her türlü sakız, şeker, çerez, oyuncak, takı, kıyafet vb ürünler tütün ürünlerine benzeyecek

veya onu çağrıştırarak şekilde üretilmeyecek şekilde yer alır.

- o Tütün ürünlerinin içilmesinin yasaklandığı yerlerde, bu yasal düzenlemeye uymamanın cezai sonuçlarını belirten uyarıların (salonlarda asgari 10 cm'lik puntolarla, toplu taşıma araçlarında ise asgari 3 cm'lik puntolarla) herkes tarafından görülebilecek yerlere asılması gerekmektedir. Tütün ürünlerinin tüketilmesine tahsis edilen yerlerde bu ürünlerin kullanımının tehlikelerini anlatan sağlık uyarılarının herkes tarafından görülebileceği yere asılması gerekmektedir.
- o Türkiye'de üretilen veya ithal edilen sigara paketleri ve paket balyalarının üzerinde en geniş iki yüzünden bir tanesinde %40'tan diğerinde de %30'dan daha az alanı kaplamamak koşuluyla özel çerçeve içerisinde tütün ürünlerinin zararlarını belirten Türkçe yazılı uyarılar veya mesajlar konulması gerekmektedir. Uyarılar resim, şekil veya grafik biçimlerinde olabilecektir.
- o Radyo Televizyon Üst Kurulu (RTÜK) de çeşitli yetkilerle donatılmıştır;
 - Özel televizyon kuruluşları ve radyolar, ayda en az 90 dakika tütün ürünleri ve sağlığa zararlı diğer alışkanlıklar konusunda Sağlık Bakanlığı, Mili Eğitim Bakanlığı (MEB), RTÜK, TAPDK, bilimsel kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri tarafından hazırlanacak veya hazırlatılacak olan uyarıcı ve eğitici mahiyette yayınlar yapmak zorundadır.
- o Milli Eğitim Bakanlığı'na tütün ürünleri tüketimi ve duman maruziyetinin oluşturduğu sağlık riskleri konusunda çocukları ve gençleri bilgilendirmek konusunda müfredat hazırlamak; Sağlık Bakanlığı'na ise tütün ürünleri alışkanlığının bırakılmasını özendiren programlar

hazırlamak ve tütün bağımlılığının farmakolojik tedavisinin ulaşılabilir olmasını sağlamak üzere gerekli çalışmaları yapması görevleri yüklenmektedir (3,4,34,44).

- **2002 tarih ve 4685 sayılı “Tütün, Tütün Mamulleri, Tuz ve Alkol İşletmeleri Genel Müdürlüğünün Yeniden Yapılandırılması ile Tütün ve Tütün Mamullerinin Üretimine, İç ve Dış Alım ve Satımına Dair Kanun”**
 - o Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurulu (TAPDK) yasa gereğince kurulmuştur (3,4,44)
- **2005 tarih ve 5326 sayılı “Kabahatlar Kanunu”**
- **Tütün ürünleri kullanımıyla ilgili düzenlemelerde verilecek cezaların belirlenmesinde de kullanılacak kanun (3,4,44)**
- **2006 tarih ve 13224 sayılı ve 2009 tarih ve 27290 sayılı “Başbakanlık Genelge”leri (3,4,44)**
- **2009 tarih ve 2099/44 sayılı “Sağlık Bakanlığı Genelgesi”;**
 - o 4207 sayılı kanun hükümlerinin tam olarak uygulanması için Sağlık Bakanlığı’nca “uygulama rehberi” hazırlanıp tüm illere yollandığı; yasakların ve uygulanacak yaptırımların takip edilmesi vurgulanmıştır (3,4,44)
- **2008 tarih ve 1013 sayı 2008/16 numaralı “MEB genelgesi”;**
 - o MEB Tesislerinde Uygulamaların Ne Şekilde Yürütüleceği Konuları (3,4,44)
- **2008 tarih ve 42786 sayılı “Adalet Bakanlığı” genelgesi;**
 - o Adalet Bakanlığı Tesislerinde Sigara Kullanımına Dair Hususlar
- **2005 tarih ve 25692 Resmi Gazete sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarından Korumaya Yönelik Üretim Şekline, Etiketlenmesine ve Denetlenmesine İlişkin Usûl ve Esaslar” Yönetmeliği (3,4,44)**
- **2008 tarih ve 26888 Resmi Gazete sayılı “Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Yer, Araç, Bina ve Tesislerinde Tütün**

Ürünü Tüketenlere Verilecek İdari Yaptırım Kararlarının Uygulama Usûl ve Esasları Hakkında” Tebliğ (3,4,44)

2.8.3 İl Tütün Kontrol Kurulları

Türkiye’de UTKP (Ulusal Tütün Kontrol Programı)’nin uygulanması ve saptanan hedeflere ulaşmak için gereken görevlerin yerine getirilebilmesi için Sağlık Bakanlığı’nın 2007 tarih ve 11083 sayılı genelgesine istinaden illerde İl Hıfzısıhha Meclisi kararıyla “İl Tütün Kontrol Kurulu” oluşturulmuştur. İllerdeki tüm kamu kurum ve kuruluşları, üniversite hastaneleri ve sivil toplum kuruluşlarının dahil edildiği bu kurul aracılığıyla; tütün kontrolü hakkında geniş tabanlı bir mücadele hedeflenmektedir. Konuyla ilgili olarak İl Sağlık Müdürlükleri’ndeki müdür yardımcılarında biri görevlendirilerek bu kurulun faaliyetleri hakkında üçer aylık raporlar hazırlaması ve Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne iletmesi istenmektedir (3,4,44).

2.9. TSK’DA TÜTÜN KONTROL ÇALIŞMALARI

Ciddi bir halk sağlığı sorunu olan tütün ürünlerinin kullanımıyla mücadele amacıyla TSK da; dünyada ve Türkiye’de kabul edilen yaklaşımları göz önüne alarak, bünyesindeki birlik ve kurumlarda uygulanmak üzere “TSK Tütün ve Mamullerinin Zararları ile Mücadele ve Kontrol Planı”nı hazırlamış ve söz konusu mücadeleye yönelik alınacak önlemleri iki ana başlık ve alt başlıklar altında toplamıştır (49).

2.9.1. Tütün Ürünlerine Olan Talebin Azaltılmasına Yönelik Önlemler

2.9.1.1. TSK Personeli ve Ailelerini Bilgilendirme, Bilinçlendirme ve Eğitim

Bu amaçla; personelde sigara içme durum ve alışkanlıklarının bilimsel çalışmalar aracılığıyla tespit edilmesi, değişik eğitim düzeylerine göre müfredatlar hazırlanması, her düzeydeki askeri okulda 4207 sayılı kanunun tam olarak uygulanarak sigarasız okul normunun güçlendirilmesi, okullarda tütünle mücadele kollarının kurulması, sigaranın zararları ile ilgili eğitici

seminerler verilmesi, bilgilendirici broşürler/afişler hazırlanılarak dağıtılması, bilgisayar tabanlı eğitimlerin başlatılması, toplumda rol model olan ünlü kişilerin sigaranın zararları ile ilgili etkinliklere katılımının sağlanması, sigara kullanımının sağlık ve sosyal açıdan olumsuzlukları konusunda eğitimler yapılması, eğitici filmler hazırlanması, “sigarasız mekan” temasının hafızalarda oluşturulması, sigara içilebilen alanların azaltılarak sigara bıraktırma etkinliklerinin artırılması, birlik komutanlarının hem kendilerinin olumlu örnek olması hem de personeli içerisindeki konuyla ilgili olumlu örnekleri ön plana çıkartması, bu çalışmaların sürekliliğinin sağlanabilmesi amacıyla bir koordinasyon kurulunun teşkil edilmesi hedeflenmektedir (49).

2.9.1.2. TSK Personeli ve Ailelerine Yönelik Sigara Bırakma Programları

Bu amaçla; sigara bırakma konusunda istekli olan personele destek sağlanması, sigara bırakma konusunda mevcut durumun ve program uygulamalarında başarının tespiti için düzenli aralıklarla araştırmalar yapılması, TSK bünyesindeki her düzeydeki okulda çekirdek eğitim programları içerisinde konuyla ilgili öğrenim hedeflerinin yer alması, birinci basamak dahil her seviyedeki sağlık kuruluşlarında tanı-tedavi rehberleri hazırlanması, konuyla ilgili sağlık personeline mezuniyet sonrası eğitim programlarının verilmesi, sigara bırakma hattı kurulması, nikotin bağımlılığı tedavisinde kullanılan etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış tedavilerin kolay ulaşılabilirliğinin sağlanması, sigara içicilerine bırakmaları için motivasyon ve destekleme programları başlatılması ve bu programların başarı düzeylerinin düzenli olarak izlenmesi hedeflenmektedir (49).

2.9.1.3.TSK Personeli ve Ailelerinin Sigara Dumanından Pasif Etkileniminin Önlenmesi

Bu amaçla; askeri birlik ve kurumlarda kademeli olarak pasif içicilikle ilgili hizmet içi eğitimlerin yapılması, pasif etkilenimin sağlık riskleri konusunda eğitimler yapılarak bilinçlendirme sağlanması, sağlık teşkillerine başvuran askeri personel ve ailelerine hem sigara içicilik durumlarının hem

de pasif içicilik durumlarının sorulması ve konuyla ilgili tıbbi bilgilendirmelerin yapılması, pasif etkilenimle ilgili şikayetlerin takip edilmesi, pasif etkilenime dair bilgilerin de bilimsel araştırmalarla tespit ve takip edilmesi, askeri birlik ve kurumlarda toplu taşıma araçları, bekleme salonları, sosyal tesisler, spor salonları, okul ve sağlık kuruluşlarının bahçeleri gibi bölgelerde pasif etkilenimin tümüyle engellenmesi için mevzuatın uygulanması hedeflenmektedir (49).

2.9.2. Tütün Ürünlerine Ulaşılabilirliğin Azaltılmasına Yönelik Önlemler

Bu amaçla alınacak tedbirler kapsamında; 18 yaşından küçüklere tütün mamullerinin satışını yasaklayan mevcut yasal düzenlemeye uyumun denetlenmesi ve uymayanlara caydırıcı yaptırımlar uygulanması, tütün ürünü satışı yapan kişilerin satın alan gençlerden 18 yaş üstünde olduklarına dair belge istemelerinin sağlanması ile 18 yaş altındakilere sigara satışının yasak olduğu bilincinin oluşturulması, tütün ürünlerinin sigara satış makineleri, postayla sipariş, market rafı ve kasaları gibi doğrudan ulaşılabilir yerlerde satılmasını yasaklayan mevzuata uyulmasının sağlanması, gençlerin bir arada bulundukları kafe, internet kafe, kışla kantini, gazino gibi sosyal tesislerde ve spor alanlarında tütün mamullerinin satılmasını ve içilmesini yasaklayan mevzuata uyulmasının sağlanması hedeflenmektedir (49).

3. GEREÇ YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma; Ankara Garnizonu'nda yer alan Gülhane Askeri Tıp Fakültesi (GATF) Eğitim Hastanesi, Etimesgut Asker Hastanesi (EAH), Ankara Asker Hastanesi (AAH) ve Beytepe Asker Hastanesi (BAH) personeli ile GATA bünyesinde yer alan Askeri Tıp Fakültesi (ATF), Hemşirelik Yüksekokulu (HYO) ve Sağlık Meslek Yüksekokulu (SAMYO) öğrencilerinde yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma kesitsel tipte planlanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEK SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini; GATA bünyesinde yer alan ATF, HYO ve SAMYO öğrencileri ile GATF Eğitim Hastanesi, Ankara AH, Beytepe AH ve Etimesgut AH'de görev yapan tüm personel oluşturmaktadır.

ATF'de 721 (38'i kadın), HYO'da 391 (tamamı kadın) ve SAMYO'da 233 (tamamı erkek) olmak üzere toplam 1.345 öğrenci ile GATF Eğitim Hastanesi'nde 3.492, Etimesgut AH'de 300, Ankara AH'de 243 ve Beytepe AH'de 84 olmak üzere toplam 4.119 personelden oluşan 5.464 kişi araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamıştır.

Nihai olarak GATA bünyesindeki okullarda 1.215 (%90,3), GATF Eğitim Hastanesi'nde 2.098 (%60,1), Etimesgut AH'de 210 (%70), Ankara AH'de 171 (%70,4) ve Beytepe AH'de 64 (%76,2) olmak üzere toplam 3.758 (%68,9) kişiye ulaşılmıştır.

Tablo 3.1. Çalışmanın Evreni ve Ulaşılabilen Katılımcı Sayı/Yüzdeleri

	Birimler	n	Araştırmaya Katılım	
			(n)	(%)
OKULLAR	ATF	721	641	88,9
	HYO	391	342	87,5
	SAMYO	233	232	99,6
	Toplam	1.345	1.215	90,3
HASTANELER	GATF Eğt. Hst.	3.492	2.098	60,1
	EAH	300	210	70,0
	AAH	243	171	70,4
	BAH	84	64	76,2
	Toplam	4.119	2.543	61,8
TOPLAM		5.464	3.758	68,9

Personele ait verilerin analizi amacıyla personel mesleğine göre 4 gruba ayrılmıştır; hekimler (tıp doktorları ve diş hekimleri), hemşireler (subay ve sivil memur statüsündeki tüm hemşireler), diğer yardımcı sağlık personeli (hemşireler dışında yer alan eczacı, veteriner, sağlık subayı, sağlık sınıfı astsubay, hasta bakıcı gibi tüm yardımcı sağlık sınıfları) ve sağlık sınıfı olmayan hastane personeli olmak üzere. Kendilerine ulaşılan 2.543 hastane personelinin (GATF Eğitim Hastanesi, Etimesgut AH, Ankara AH ve Beytepe AH) bu sınıflamaya göre sayısal dağılımları; 492 (%19,4) hekim (437 tıp doktoru, 55 diş hekimi), 511 (%20,1) hemşire, 562 (%22,1) diğer yardımcı sağlık personeli, 972 (%38,2) sağlık sınıfı olmayan hastane personeli şeklindedir (Tablo 3.2). Katılımcıların 6 (%0,2) tanesi mesleğini belirtmemiştir. Bu grupta; hasta ile doğrudan iletişim halinde olan tıp doktorları ile diş hekimleri bir arada değerlendirilmiştir. Hemşireler yine hastalarla hekimlerden sonra en fazla etkileşim kuran meslek grubu olmalarının yanı sıra kalabalık bir grup olmaları sebepleri ile yardımcı sağlık

personeli grubunun dışında bırakılıp ayrı bir grup olarak değerlendirilmişlerdir.

Tablo 3.2. Araştırmaya katılanların personelin mesleklerine göre dağılımı

MESLEK	n	%*
Tıp doktoru	437	17,2
Diş hekimi	55	2,2
Hemşire	511	20,1
Sağlık sınıfı astsubay	245	9,6
Eczacı	26	1,0
Veteriner	5	0,2
Sağlık sınıfı subay	36	1,5
Sağlık sınıfı sivil memur	250	9,8
Sağlık sınıfı olmayan personel	972	38,5

* Sütun yüzdesi

Hastane personeli bazı veri analizlerinde çalıştıkları bölüm göz önüne alınarak ikinci bir gruplamaya tabi tutulmuş ve temel tıp bölümlerinde çalışanlar, dahili tıp bölümlerinde çalışanlar, cerrahi tıp bölümlerinde çalışanlar ve diğer bölümlerde çalışanlar (idari birimler, karargah birimleri ve sağlık dışı hizmet birimleri) olarak gruplandırılmışlardır.

3.4. SORU FORMLARININ OLUŞTURULMASI VE UYGULANMASI

Çalışılan grupların özellikleri ve araştırmanın amacı dikkate alınarak hazır bir soru formu kullanılmamış, literatürdeki soru formları ve ilgili değişkenler incelenip çalışma grubuna ve araştırmanın amacına uygun olduğu düşünülen, öğrenciler ve personel için farklı iki yeni soru formu hazırlanmıştır (39,40,41,42,43). Hazırlanan soru formları Şubat 2013'te Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda görevli personelde (n=16) ve staj için Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda bulunan öğrencilerde (n=14) uygulanarak son şeklini almıştır. Soru formları açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır (EK-1; öğrenci soru formu ve EK-2; personel soru formu).

Öğrenci soru formunun;

- ilk dört sorusu sosyodemografik özelliklerle ilgili iken,
- 5-46. soruları sigara içme durumu/sıklığını, aile bireyleri ve arkadaşlarının sigara içme durum, tutum-davranış ve bilgilerini,
- 47-58. sorular sigara içen bireylere yönelik olup sigara içmeye başlangıç yaşı, miktarı, sigara bırakmaya yönelik tutum-davranışlarını,
- 59-64. sorular Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) soruları olup, sigara içen bireylerin nikotin bağımlılık düzeyinin ölçülmesini,
- 65 ve 66. sorular sigara başlangıç yaşı ve sebebini,
- 67-69. sorular ise sigara içmeyen bireylerin sigaraya yönelik deneyim ve düşüncelerini belirlemeye yöneliktir.

Personel soru formunun;

- ilk sorusu sosyodemografik özelliklerle ilişkili sorulardan,
- 2 ve 3. sorular kişinin sigara içme durumu/sıklığı ve sigaraya başlangıç dönemine dair sorulardan,
- 4-16 ve 20-29. sorular kişinin kendisi, aile fertleri, yaşadığı ve çalıştığı ortama yönelik bilgi, tutum-davranış ve durum sorularından,
- 16-19. sorular ise sigara karşıtı politikaların kişilere ulaşma durumunun değerlendirilmesine yönelik sorulardan,
- 30.soru ise FNBT sorularından oluşmakta ve sigara içen bireylerin nikotin bağımlılık düzeylerini ölçmeyi hedefleyen sorulardan oluşmaktadır (EK-3).

Katılımcıların sigara içme durumunu/sıklığını tespit etmek amacıyla düzenlenen soru değerlendirilirken sigara içme durumu; hayatı boyunca hiç sigara içmemiş olanlar, araştırmanın yapıldığı tarihte sigara içmekte olanlar ve geçmişte sigara içip bırakmış olanlar şeklinde belirlenmiştir. DSÖ, hayatı boyunca 100 adet veya daha fazla sigara içmiş olan kişileri “sigara içicisi” olarak kabul ettiği için, yaşamı boyunca toplam olarak bu sayının altında

sigara içmiş olan katılımcılar da hiç sigara içmemişler arasında değerlendirilmiştir. Verilerin analizi sürecinde katılımcıların sigara içme durumları; “hiç sigara içmemiş olanlar”, “halen sigara içenler” (araştırma tarihinde sigara kullananlar) ve “hayatının bir döneminde sigara içenler” (halen içenlere ilaveten içip bırakmış olanlar) olarak ifade edilmiştir.

FNBT; 6 sorudan oluşmakta olup soruların tamamına yanıt vermeyen sigara kullanıcıları için bu teste yönelik bir puan hesabı ve dolayısıyla nikotin bağımlılık düzey tespiti yapılmamıştır.

Soru formlarını yanıtlayan bireylerin sosyodemografik özelliklerinden vücut ağırlığı (kg) / [boy (m)]² formülü ile elde edilen vücut kitle indeksi (VKİ) (Body Mass Index: BMI) elde edilmiştir. Elde edilen VKİ değeri DSÖ tarafından kabul edilen sınıflaması doğrultusunda değerlendirilerek;

- <18,5 zayıf,
- 18,5-24,9 arası normal,
- 25-29,9 arası kilolu ve
- ≥30 ise obez olarak katılımcılar sınıflanmıştır.

Çalışma grubunu oluşturan bireylerin sigara içme sıklığı, tutum ve davranışlarını araştırmak amacıyla hazırlanan soru formları evreni oluşturan öğrenci ve personele araştırmacı tarafından bırakılıp, 1-3 gün içinde geri alınmak suretiyle uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından katılımcılara; araştırmanın amacı, bir tez çalışması olduğu ve kişilere özel verilerin kesinlikle gizli kalacağı ifade edilmiştir. Sonuçta evreni oluşturan 5.464 kişiden 3.758 (%68,9) kişi soru formlarını doldurmayı kabul etmiş ve doldurduktan sonra vermiştir. Bu soru formlarından hiçbirisi, yanıtlarından bazılarının eksik oluşuna rağmen değerlendirme dışı tutulmamış, ancak eksik yanıtlanan sorular analiz sırasında değerlendirme dışı kalmıştır.

3.5. ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ İZİNLERİN ALINMASI

Çalışma için GATA Askeri Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 09 Ekim 2012 tarih ve Y.ETİK KRL:1491-117-12/1648.4-4968 sayılı GATA Etik Kurul onayı alınmıştır (EK-4).

Çalışmada uygulanacak soru formları için GATA Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Komisyonu'ndan 08 Şubat 2013 tarih ve 50687469-

3730-253-13/ Mzn.Son (4) (1648-319) sayılı anket komisyonu onayı alınmıştır (EK-5).

Çalışmanın Ankara Garnizonu'nda bulunan GATF Eğitim Hastanesi dışındaki üç Asker Hastanesinde de yürütülebilmesi için TSK Sağlık Komutanlığından 29 Mart 2013 tarih ve HRK: 50687-469-8030-1008-13/(Mzn. Son.) (4) 1511-1343 sayılı emirle çalışma izni verildiği bildirilmiştir (EK-6).

3.6. TEZ ZAMAN ÇİZELGESİ

Araştırma zaman çizelgesi EK-7'de verilmiştir.

3.7. ARAŞTIRMA PLANI

GATF Eğitim Hastanesi personeli ile GATA bünyesinde yer alan ATF, HYO ve SAMYO öğrencilerine soru formu uygulaması 30 Ocak 2013 tarihinde anket komisyonu onayının alınmasından sonra yapılmaya başlanmıştır. Etimesgut AH, Beytepe AH ve Ankara AH personeline soru formu uygulanması ise Mart 2013'te Sağlık Komutanlığından gerekli iznin alınmasını müteakiben başlanmıştır. 20 Mayıs 2013 tarihinde veri toplama sona ermiş ve toplanan verilerin analizi yapılmıştır.

3.8. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI ve KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

Araştırma yapılan evrenin sayısal ve dağılımsal olarak geniş oluşu sebebiyle %68,9'una ulaşılabilmektedir.

Uygulanan soru formlarında soru adedinin çok oluşu ve açık uçlu soruların da bulunması veri girişi evresinde ciddi anlamda güçlük yaratmıştır.

Araştırılan konuda ülkeler arasında büyük anlayış farklılıkları olması, araştırılan evrenin kendine has özellikleri bulunması gibi sebeplerle elde edilen verilerin gerek ülkemizde gerekse ülke dışında yapılan benzer araştırma verileri ile karşılaştırılmasında ve elde edilen verilerin yorumlanmasında, sebeplerinin açıklanmaya çalışılmasında zaman zaman net bir sonuca varılamamasına yol açmıştır.

3.9. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Veriler elektronik ortama aktarılmıştır. İstatistiksel analizler SPSS for Windows versiyon 15.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistik olarak sıklık, ortalama, ortanca, standart sapma, en küçük ve en büyük değerler ve yüzdeler kullanılmıştır.

Gruplar arasında kesikli değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi; sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında ise değişkenler normal dağılıma uymadığı için Mann-Whitney U ile Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. Kruskal-Wallis testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğunda Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile farkın hangi ikili grup veya gruplardan kaynaklandığı değerlendirilmiştir (bu analiz için “p” değerinin 0,017’nin altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirilmiştir).

“p” değerinin 0,05’in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. GATA BÜNYESİNDEKİ OKULLARDA EĞİTİM GÖREN ÖĞRENCİLERE AİT BULGULAR

Araştırmaya ATF, HYO ve SAMYO'da öğrenim gören toplam 1.215 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin 641'i (%52,8) ATF'de, 342'si (%28,1) HYO'da, 232'si (%19,1) SAMYO'da okumaktadır. Öğrencilerin yaşları 18 ile 26 arasında olup, ortanca yaş 21 (yaş ortalaması $20,8 \pm 1,5$)'dir. Katılımcıların 835'i (%68,7) erkek, 380'i (%31,3) kadındır. DSÖ VKİ sınıflama kriterlerine göre katılımcılardan 52'si (%4,3) zayıf, 947'si (%78,8) normal, 188'i (%15,6) fazla kilolu, 15'i ise (%1,2) obezdir (Tablo 4.1).

ATF öğrencilerinin yaş ortancası 21 (yaş ortalaması $21,2 \pm 1,7$) olup yaşları 18 ile 26 arasında değişmektedir. Tıp fakültesi öğrencilerinin 603'ü (%94,1) erkek, 38'i (%5,9) kadındır. Öğrencilerin VKİ'ye göre dağılımları; 16 (%2,5) zayıf, 462 (%73) normal, 142 (%22,4) fazla kilolu ve 13 (%2,1) obez şeklindedir. Öğrencilerin 160'ı (%25,0) birinci sınıfta, 167'si (%26,1) ikinci sınıfta, 134'ü (%20,9) üçüncü sınıfta, 54'ü (%8,4) dördüncü sınıfta, 65'i (%10,1) beşinci sınıfta ve 61'i (%9,5) ise altıncı sınıfta okumaktadır (Tablo 4.1).

HYO öğrencilerinin yaş ortancası 21 (yaş ortalaması $20,5 \pm 1,1$) olup yaşları 18 ile 23 arasında değişmektedir. HYO öğrencilerinin tamamı kadındır. Öğrencilerin VKİ'ye göre dağılımları; 31 (%9,1) zayıf, 292 (%85,9) normal, 16 (%4,7) fazla kilolu, 1 (%0,3) obez şeklinde olup; 74'ü (%21,6) birinci sınıf, 95'i (%27,8) ikinci sınıf, 78'i (%22,8) üçüncü sınıf, 95'i (%27,8) dördüncü sınıfta okumaktadır (Tablo 4.1).

SAMYO öğrencilerinin yaş ortancası 20 (yaş ortalaması $19,9 \pm 0,9$), yaşları 18 ile 23 arasında değişmekte olup tamamı erkek öğrencilerden oluşmaktadır. Öğrencilerin VKİ'ye göre dağılımları; 5 (%2,2) zayıf, 193 (%84,3) normal, 30 (%13,1) fazla kilolu, 13 (%0,4) obez şeklindedir.

Öğrencilerin 149'u (%64,2) birinci sınıf, 83'ü (%35,8) ikinci sınıfta okumaktadırlar (Tablo 4.1).

Okullar arasında VKİ açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=83,548$; $p<0,001$). Okullar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2= 1048,687$; $p<0,001$).

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özellikleri

OKUL	Ortanca yaş (en küçük- en büyük değer)	Cinsiyet n (%) [*]		VKİ (kg/m ²)			
		E	K	Zayıf n (%) [*]	Normal n (%) [*]	Fazla kilolu n (%) [*]	Obez n (%) [*]
ATF	21 (18-26)	603 (94,1)	38 (5,9)	16 (2,5)	462 (73,0)	142 (22,4)	13 (2,1)
HYO	21 (18-23)	0 (0)	342 (100)	31 (9,1)	292 (85,9)	16 (4,7)	1 (0,3)
SAMYO	20 (18-23)	232 (100)	0 (0)	5 (2,2)	193 (84,3)	30 (13,1)	1 (0,4)
TOPLAM	21 (18-26)	835 (68,7)	380 (31,3)	52 (4,3)	947 (78,9)	188 (15,6)	15 (1,2)
p / χ^2	<0,001***	<0,001** 1048,687		<0,001** 83,548			

* Satır yüzdesi

** Ki-kare testi

*** Kruskal-Wallis testi

Araştırmaya katılan okullardaki 1.212 öğrenciden 193'ü (%15,9) araştırma tarihinde sigara içmektedir. Cinsiyete göre, 835 erkek öğrenciden 165'i (%19,8), 380 kadından ise 28'i (%7,4) sigara içmektedir (Tablo 4.2). ATF'de öğrenim gören 38 kadın öğrenciden 1'i (%2,6) sigara içmektedir. Cinsiyete göre sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=30,013$; $p<0,001$).

Tablo 4.2. Cinsiyete göre halen sigara içme durumu

CİNSİYET	n	Sigara kullanan sayısı	Sigara kullanım sıklığı (%)	p/ χ^2
Erkek	835	165	19,8	<0,001 30,013
Kadın	380	28	7,4	
Toplam	1.212	193	15,9	

ATF'de araştırma tarihinde 641 öğrenciden 77'si (%12,0), HYO'daki 341 öğrenciden 27'si (%7,9), SAMYO'daki 230 öğrenciden 89'u (%38,7) sigara içmektedir (Tablo 4.3). Okullar arasında halen sigara kullanım sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=112,733$; $p<0,001$).

Tablo 4.3. GATA bünyesindeki okullarda halen sigara kullanım sıklıkları

OKUL	n	Sigara kullanan sayısı	Sigara kullanım sıklığı (%)	p/ χ^2
ATF	641	77	12,0	<0,001 112,733
HYO	341	27	7,9	
SAMYO	230	89	38,7	
Toplam	1.212	193	15,9	

ATF'de sigara içme sıklığı %12,0'dır. Sınıflara göre değerlendirildiğinde en yüksek sıklık altıncı sınıf öğrencilerinde (%19,7), en düşük sıklık ise üçüncü sınıf öğrencilerinde (%9,0) bulunmuştur (Tablo 4.4). Sınıflar arasında sigara içme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=8,319$; $p=0,216$).

Tablo 4.4. ATF öğrencilerinin sınıflara göre halen sigara içme sıklıkları

ATF SINIF	n	Sigara kullanan sayısı	Sigara kullanım sıklığı (%)	p / χ^2
1. sınıf	160	15	9,3	0,216 8,319
2. sınıf	167	19	11,4	
3. sınıf	134	12	9,0	
4. sınıf	54	7	13,0	
5. sınıf	65	12	18,5	
6. sınıf	61	12	19,7	
Toplam	641	77	12,0	

HYO'da sigara içme sıklığı %7,9'dur. Sınıflara göre değerlendirildiğinde en yüksek sıklık dördüncü sınıf öğrencilerinde (%13,7), en düşük sıklık ise birinci sınıf öğrencilerinde (%0) bulunmuştur (Tablo 4.5). Sınıflar arasında sigara içme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=14,315$; $p=0,003$).

Tablo 4.5. HYO öğrencilerinin sınıflara göre halen sigara içme sıklıkları

SINIF	n	Sigara kullanan sayısı	Sigara kullanım sıklığı (%)	p / χ^2
1. sınıf	74	0	0	0,003 14,315
2. sınıf	84	11	11,7	
3. sınıf	78	3	3,8	
4. sınıf	95	13	13,7	
Toplam	341	27	7,9	

SAMYO'da sigara içme sıklığı %38,7'dir. Sınıflara göre değerlendirildiğinde birinci sınıf öğrencilerinde %40,9; ikinci sınıf öğrencilerinde ise %35,4 olarak bulunmuştur (Tablo 4.6). Sınıflar arasında sigara içme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=0,596$; $p=0,440$).

Tablo 4.6. SAMYO öğrencilerinin halen sınıflara göre sigara içme sıklıkları

SINIF	n	Sigara kullanan sayısı	Sigara kullanım sıklığı (%)	p / χ^2
1. sınıf	148	60	40,9	0,440 0,596
2. sınıf	82	29	35,4	
Toplam	230	89	38,7	

Araştırmaya katılan öğrencilerin halen sigara içme durumları ile VKİ'leri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2 =9,580$; $p=0,22$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Araştırmaya katılan öğrencilerin halen sigara içme durumları ile VKİ'nin karşılaştırılması

Halen sigara içme durumu (n=1199)	VKİ								p/χ ²
	Zayıf		Normal		Fazla kilolu		Obez		
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
Evet	47	4,7	805	79,9	144	14,3	12	1,2	0,22 9,580
Hayır	5	2,6	140	73,3	43	22,5	3	1,6	
Toplam	52	4,3	945	78,8	187	15,6	15	1,3	

* Satır yüzdesi

Araştırmaya katılan her üç okul öğrencilerinin 348'i (%28,6) hayatının bir döneminde sigara kullandığını ifade etmektedir. 833 erkek öğrenciden 286'sı (%34,3) ve 379 kadından 62'si (%16,4) hayatının bir döneminde

sigara kullandığını ifade etmektedir (Tablo 4.8). Cinsiyete göre hayatının bir döneminde sigara kullanımı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=41,117$; $p<0,001$).

Tablo 4.8. GATA bünyesindeki okullarda eğitim gören öğrencilerin cinsiyetlerine göre hayatlarının bir döneminde sigara içme sıklıkları

CİNSİYET	n	Sigara kullanan sayısı	Sigara kullanım sıklığı (%)	p / χ^2
Erkek	833	286	34,3	<0,001 41,117
Kadın	379	62	16,4	
Toplam	1.212	348	28,6	

ATF öğrencilerinden 159'u (%24,8), HYO öğrencilerinden 53'ü (%15,8), SAMYO öğrencilerinden ise 136'sı (%59,1) hayatının bir döneminde sigara kullanmıştır (Tablo 4.9). Okullar arasında öğrencilerin hayatlarının bir döneminde sigara içme sıklıkları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=137,645$; $p<0,001$).

Tablo 4.9. GATA bünyesindeki okullarda eğitim gören öğrencilerin okullarına göre hayatlarının bir döneminde sigara içme sıklıkları

OKUL	n	Sigara kullanan sayısı	Sigara kullanım sıklığı (%)	p / χ^2
ATF	641	159	24,8	<0,001 137,645
HYO	341	53	15,5	
SAMYO	230	136	59,1	
Toplam	1.212	348	28,7	

ATF öğrencilerinde hayatının bir döneminde sigara içme sıklığı %24,8'dir. Sınıflara göre değerlendirildiğinde en yüksek sıklık altıncı sınıf öğrencilerinde (%29,5), en düşük sıklık ise birinci sınıf öğrencilerinde (%22,5)

bulunmuştur (Tablo 4.10). Sınıflar arasında hayatın bir döneminde sigara içme sıklığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=1,711$; $p=0,944$).

Tablo 4.10. ATF öğrencilerinin hayatlarının bir döneminde sigara içme sıklıkları

ATF SINIF	n	Sigara kullanan sayısı	Sigara kullanım sıklığı (%)	p / χ^2
1. sınıf	160	36	22,5	0,944 1,711
2. sınıf	167	39	23,4	
3. sınıf	134	34	25,4	
4. sınıf	54	15	27,8	
5. sınıf	65	17	26,2	
6. sınıf	61	18	29,5	
Toplam	641	119	24,8	

HYO öğrencilerinde hayatının bir döneminde sigara içme sıklığı %15,5'tir. Sınıflara göre değerlendirildiğinde en yüksek sıklık dördüncü sınıf öğrencilerinde (%18,9), en düşük sıklık ise birinci sınıf öğrencilerinde (%4,1) bulunmuştur (Tablo 4.11). Sınıflar arasında hayatın bir döneminde sigara içme sıklığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=10,635$; $p=0,014$).

Tablo 4.11. HYO öğrencilerinin hayatlarının bir döneminde sigara içme sıklıkları

HYO SINIF	n	Sigara kullanan sayısı	Sigara kullanım sıklığı (%)	p / χ^2
1. sınıf	74	3	4,1	0,014 10,635
2. sınıf	94	20	21,1	
3. sınıf	88	12	15,4	
4. sınıf	95	18	18,9	
Toplam	341	53	15,8	

SAMYO öğrencilerinde hayatının bir döneminde sigara içme sıklığı %59,1'dir. Sınıflara göre değerlendirildiğinde birinci sınıf öğrencilerinde (%58,1), ikinci sınıf öğrencilerinde (%61,0) bulunmuştur (Tablo 4.12). Sınıflar arasında hayatının bir döneminde sigara içme sıklığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=0,180$; $p=0,672$).

Tablo 4.12. SAMYO öğrencilerinin hayatlarının bir döneminde sigara içme sıklıkları

SAMYO SINIF	n	Sigara kullanan sayısı	Sigara kullanım sıklığı (%)	p / χ^2
1. sınıf	148	86	58,1	0,672 0,180
2. sınıf	82	50	60,1	
Toplam	230	136	59,1	

Araştırmaya katılan öğrencilerin hayatlarının bir döneminde sigara içme durumları ile VKİ'leri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2 =6,147$; $p=0,105$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Araştırmaya katılan öğrencilerin hayatlarının bir döneminde sigara içme durumları ile VKİ'nin karşılaştırılması

Hayatının bir döneminde sigara içme durumu (n=1199)	VKİ								p/χ ²
	Zayıf		Normal		Fazla kilolu		Obez		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Evet	42	4,9	682	79,7	122	14,3	10	1,2	0,105 6,147
Hayır	10	2,9	263	76,7	65	19,0	5	1,5	
Toplam	52	4,3	945	78,8	187	15,6	15	1,3	

“Okulunuzda (yemekhaneler, yatakhaneler, amfiler, dinlenme alanları vb.) hiç kimsenin sigara içmesine izin vermeyen bir kural var mı?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 910’u (%75) evet, 190’ı (%15,7) hayır 114’ü (%9,3) ise emin değilim yanıtını vermiştir. Bu soruya ATF’de 126 (%19,7), HYO’da 51 (%14,9), SAMYO’da 13 (%19,7) öğrenci okullarında sigara içilmesini yasaklayan bir kural olmadığı şeklinde yanıt vermiştir (Tablo 4.14). Okullar arasında okullarında (yemekhaneler, yatakhaneler, amfiler, dinlenme alanları vb.) sigara içilmesini yasaklayan bir kuralın varlığından haberdar olma konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=45,083$; $p<0,001$).

“Son 12 ayda bu alanlarda sigara içen öğrenciler gördünüz mü?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 791’i (%65,1) okullarında (yemekhaneler, yatakhaneler, amfiler, dinlenme alanları vb.) sigara içen öğrenci gördüğünü, 326’sı (%26,8) kişi bu alanlarda sigara içen öğrenci görmediğini söylerken 98’i (%8,1) bu konuda emin değildir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 490 (%76,4), HYO’da öğrenim gören 174 (%50,9), SAMYO’da öğrenim gören 127 (%54,7) öğrenci “evet” yanıtını vermiştir (Tablo 4.14). Okullar arasında son on iki ay içinde sigara içen öğrenci görme konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=89,931$; $p<0,001$).

“Son 12 ayda bu alanlarda sigara içen öğretmen, sınıf subayı, sivil memur, temizlik görevlisi vb. öğrenci dışı personel gördünüz mü?” sorusunu

yanıtlayan öğrencilerden 618 (%50,8) öğrenci son on iki ayda okullarında (yemekhaneler, yatakhaneler, amfiler, dinlenme alanları vb.) sigara içen öğrenci dışı okulda görevli personel gördüğünü, 442 (%36,4) öğrenci sigara içen personel görmediğini söylerken 155 (%12,8) öğrenci bu konuda emin değildir. Bu soruya ATF’de okuyan 343 (%53,5), HYO’da okuyan 139 (%40,6), SAMYO’da okuyan 136 (%58,6) öğrenci “evet” yanıtı vermiştir (Tablo 4.14). Okullar arasında son on iki ay içinde sigara içen personel görme konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=41,629$; $p<0,001$).

“Bundan 5 yıl sonra sigara içiyor olacağınızı düşünüyor musunuz?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 83’ü (%6,9) içiyor olacağını düşündüğünü, 953’ü (%78,6) sigara içmiyor olacağını düşündüğünü ve 175’i (%14,5) ise beş yıl sonra sigara kullanıp kullanmayacağı konusunda emin olmadığını düşünmektedir. Bu sorunun yanıtlarına göre; ATF’de okuyan 38 (%6), HYO’da okuyan 12 (%3,5), SAMYO’da okuyan 33 (%14,2) öğrenci beş yıl sonra sigara içiyor olacağını düşünmektedir (Tablo 4.14). Okullar arasında beş yıl sonra sigara kullanıyor olma konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=43,618$; $p<0,001$).

“Sigarayı bırakmanın kolay olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 479’u (%39,5) sigarayı bırakmanın kolay olduğunu, 467’si (%38,5) sigarayı bırakmanın zor olduğunu ve 266’sı (%22,0) kolay veya zor olduğu konusunda emin olmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.12). Bu soruya; ATF’de 240 (%37,6), HYO’da 124 (%36,3) SAMYO’da 115 (%49,6) öğrenci sigarayı bırakmanın kolay olduğu şeklinde yanıt vermiştir (Tablo 4.14). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=21,121$; $p<0,001$).

“Sizce insanlar tıpkı uyuşturucuya bağımlı hale gelebildikleri şekilde sigaraya da bağımlı hale gelebilirler mi?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 897’si (%73,9) insanların uyuşturucuya bağımlı hale gelebildikleri gibi sigaraya da bağımlı hale gelebileceğini düşünmekte, 205’i (%16,9) insanların uyuşturucuya bağımlı hale gelebildikleri gibi sigaraya da bağımlı hale

gelmeyeceklerini ve 111'i (%9,2) insanların uyuşturucuya bağımlı hale gelebildikleri gibi sigaraya da bağımlı hale gelebileceği konusunda emin olmadıklarını düşünmektedir. Bu soruya ATF'de öğrenim gören 117 (%18,3), HYO'da öğrenim gören 38 (%11,1) ve SAMYO'da öğrenim gören 50 (%21,5) öğrenci insanların uyuşturucuya bağımlı hale gelebildikleri gibi sigaraya da bağımlı hale gelmeyeceklerini düşünmektedir (Tablo 4.14). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=15,813$; $p=0,003$).

Tablo 4.14. Öğrencilerin yaşam alanlarında sigara yasağına uyum konusundaki gözlemleri ve sigara kullanımı konusundaki tutumları

SORU	Okul	Evet		Hayır		Emin değilim		p / χ^2
		n	%*	n	%*	n	%*	
Okulunuzda (yemekhaneler, yatakhaneler, amfiler, dinlenme alanları vb.) hiç kimsenin sigara içmesine izin vermeyen bir kural var mı?	Toplam	910	75,0	190	15,7	114	9,3	<0,001 45,083
	ATF	445	69,5	126	19,7	69	10,8	
	HYO	253	74,0	51	14,9	38	11,1	
	SAMYO	212	91,4	13	5,6	7	3,0	
Son 12 ayda bu alanlarda sigara içen öğrenciler gördünüz mü?	Toplam	791	65,1	326	26,8	98	8,1	<0,001 89,931
	ATF	490	76,4	101	15,8	50	7,8	
	HYO	174	50,9	139	40,6	29	8,5	
	SAMYO	127	54,7	86	37,1	19	8,2	
Son 12 ayda bu alanlarda sigara içen öğretmen, sınıf subayı, sivil memur, temizlik görevlisi vb. öğrenci dışı personel gördünüz mü?	Toplam	618	50,8	442	36,4	155	12,8	<0,001 41,429
	ATF	343	53,5	197	30,7	101	15,8	
	HYO	139	40,6	162	47,4	41	12,0	
	SAMYO	136	58,6	83	35,8	13	5,6	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.14. (Devam) Öğrencilerin yaşam alanlarında sigara yasağına uyum konusundaki gözlemleri ve sigara kullanımı konusundaki tutumları

SORU	Okul	Evet		Hayır		Emin değilim		p / χ^2
		n	%*	n	%*	n	%*	
Bundan 5 yıl sonra sigara içiyor olacağınızı düşünüyor musunuz?	Toplam	83	6,9	953	78,6	175	14,5	<0,001 43,618
	ATF	38	6,0	513	80,5	86	13,5	
	HYO	12	3,5	291	85,1	39	11,4	
	SAMYO	33	14,2	149	64,2	50	21,6	
Sigarayı bırakmanın kolay olduğunu düşünüyor musunuz?	Toplam	479	39,5	467	38,5	266	22,0	<0,001 21,121
	ATF	240	37,6	272	42,6	126	19,8	
	HYO	124	36,3	124	36,3	94	27,4	
	SAMYO	115	49,6	71	30,6	46	19,8	
Sizce insanlar tıpkı uyuşturucuya bağımlı hale gelebildikleri şekilde sigaraya da bağımlı hale gelebilirler mi?	Toplam	897	73,9	205	16,9	111	9,2	0,003 15,813
	ATF	456	71,4	117	18,3	66	10,3	
	HYO	274	80,1	38	11,1	30	8,8	
	SAMYO	167	72,0	50	21,6	15	6,4	

* Satır yüzdesi

“Sigara içen gençlerin daha fazla arkadaşı olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 165’i (%13,6) sigara içen gençlerin daha fazla arkadaşı olduğunu düşünmekte, 941’i (%77,6) sigara içmekle gençlerin daha fazla arkadaşı olacağı konusunda ilişki olmadığını düşünmekte ve 106’sı (%8,7) sigara içmenin gençlerin daha fazla arkadaş edinmesine yardımcı olacağı konusunda emin olmadıklarını belirtmektedirler. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 93 (%14,6), HYO’da öğrenim gören 24 (%7,0) ve SAMYO’da öğrenim gören 48 (%20,7) öğrenci sigara içmenin daha fazla arkadaş edindireceğini düşündüğü şeklinde görüş bildirmiştir (Tablo 4.15). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=29,720$; $p<0,001$).

“Sigara içenlerin ortalama yaşam süresinin içmeyenlere kıyasla daha kısa olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 969’u (%80) sigara içenlerin ortalama yaşam süresinin içmeyenlere göre daha kısa olduğunu, 133’ü (%10,9) sigaranın ortalama yaşam süresi ile bağlantılı olmadığını düşünmekte ve 109 (%9) öğrenci ise sigaranın ortalama yaşam süresi ile bağlantısı konusunda emin olmadığını ifade etmektedir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 74 (%11,6), HYO’da öğrenim gören 25 (%7,3) ve SAMYO’da öğrenim gören 34 (%14,7) öğrenci sigaranın ortalama yaşam süresi ile bağlantılı olmadığı şeklinde yanıt vermiştir (Tablo 4.15). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=10,855$; $p=0,028$).

“Sigara içmenin gençleri daha havalı gösterdiğini düşünüyor musunuz?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 94’ü (%7,6) sigara içmenin gençleri daha havalı gösterdiğini, 1.067’si (%88,1) böyle bir etkisinin olmadığını ve 52’si (%4,3) ise bu konuda emin olmadığını ifade etmiştir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 62 (%9,7), HYO’da öğrenim gören 5 (%1,5) ve SAMYO’da öğrenim gören 27 (%11,6) öğrenci “sigara içmenin gençleri daha havalı gösterdiği” şeklinde yanıt vermiştir (Tablo 4.15). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=43,520$; $p<0,001$).

“Sigara içmenin gençleri akranlarına kıyasla fiziksel görünüm olarak daha iyi hale getirdiğini düşünüyor musunuz?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 34’ü (%2,8) sigara içmenin gençleri akranlarına kıyasla fiziksel görünüm olarak daha iyi hale getirdiğini, 1140’ı (%94,0) böyle bir etkisinin olmadığını, 39’u (%3,2) ise bu konuda emin olmadığını ifade etmiştir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 26 (%4,1), HYO’da öğrenim gören 3 (%0,9) ve SAMYO’da öğrenim gören 5 (%2,2) öğrenci sigara içmenin gençleri akranlarına kıyasla fiziksel görünüm olarak daha iyi hale getirdiğini düşünmektedir (Tablo 4.15). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=15,974$; $p=0,003$).

“Sigara içmenin sosyal aktiviteler vb. ortamlarda insanların daha rahat hissetmelerine/daha kolay arkadaşlık kurmalarına yardımcı olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 191’i (%15,7) sigara içmenin sosyal ortamlarda daha rahat hissetmeye ve arkadaşlık kurmaya yardımcı olduğunu, 924’ü (%76,2) böyle bir etkisinin olmadığını, 98’i (%8,1) ise bu konuda emin olmadığını ifade etmiştir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 121 (%18,9), HYO’da öğrenim gören 21 (%6,1) ve SAMYO’da öğrenim gören 49 (%21,1) öğrenci sigara içmenin sosyal ortamlarda daha rahat hissetmeye ve arkadaşlık kurmaya yardımcı olduğunu düşünmektedir (Tablo 4.15). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=47,868$; $p<0,001$).

“Sigara içmenin insanların vücut ağırlıklarını düzenlemede ya da kontrol altına almada yardımcı olabilen bir etken olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 151’i (%12,5) sigara içmenin insanların vücut ağırlığı ile ilişkili olduğunu, 961’i (%79,2) böyle bir etkisinin olmadığını, 100’i (%8,3) ise bu konuda emin olmadığını ifade etmiştir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 89 (%13,9), HYO’da öğrenim gören 37 (%10,8) ve SAMYO’da öğrenim gören 25 (%10,8) öğrenci sigara içmenin vücut ağırlığını kontrol etmeye yardımcı olduğunu düşünmektedir (Tablo 4.15). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=9,253$; $p=0,055$).

Tablo 4.15. Öğrencilerin sigara kullanmanın sosyal yaşamdaki etkilerine dair tutumları

SORU	Okul	Evet		Hayır		Emin değilim		p / χ^2
		n	%*	n	%*	n	%*	
Sigara içen gençlerin daha fazla arkadaşı olduğunu düşünüyor musunuz?	Toplam	165	13,6	941	77,7	106	8,7	<0,001 29,720
	ATF	93	14,6	485	75,9	61	9,5	
	HYO	24	7,0	296	86,8	21	6,2	
	SAMYO	48	20,7	160	69,0	24	10,3	
Sigara içenlerin ortalama yaşam süresinin içmeyenlere kıyasla daha kısa olduğunu düşünüyor musunuz?	Toplam	969	80,0	133	11,0	109	9,0	0,028 10,855
	ATF	498	78,2	74	11,6	65	10,2	
	HYO	290	84,8	25	7,3	27	7,9	
	SAMYO	181	78,0	34	14,7	17	7,3	
Sigara içmenin gençleri daha havalı gösterdiğini düşünüyor musunuz?	Toplam	94	7,7	1067	88,0	52	4,3	<0,001 43,520
	ATF	62	9,7	536	83,9	41	6,4	
	HYO	5	1,5	330	96,5	7	2,0	
	SAMYO	27	11,6	201	86,7	4	1,7	

* Satır yüzdesi

Tablo 4.15. (Devam) Öğrencilerin sigara kullanmanın sosyal yaşamdaki etkilerine dair tutumları

SORU	Okul	Evet		Hayır		Emin değilim		p / χ^2
		n	%*	n	%*	n	%*	
Sigara içmenin gençleri akranlarına kıyasla fiziksel görünüm olarak daha iyi hale getirdiğini düşünüyor musunuz?	Toplam	34	2,8	1140	94,0	39	3,2	0,003 15,974
	ATF	26	4,1	586	91,7	27	4,2	
	HYO	3	0,9	335	98,0	4	1,1	
	SAMYO	5	2,2	219	94,4	8	3,4	
Sigara içmenin sosyal aktiviteler vb. ortamlarda insanların daha rahat hissetmelerine/daha kolay arkadaşlık kurmalarına yardımcı olduğunu düşünüyor musunuz?	Toplam	191	15,7	924	76,2	98	8,1	<0,001 47,868
	ATF	121	18,9	455	71,2	63	9,9	
	HYO	21	6,1	306	89,5	15	4,4	
	SAMYO	49	21,1	163	70,3	20	8,6	
Sigara içmenin insanların vücut ağırlıklarını düzenlemede ya da kontrol altına almada yardımcı olabilen bir etken olduğunu düşünüyor musunuz?	Toplam	151	12,5	961	79,3	100	8,3	0,055 9,253
	ATF	89	13,9	486	76,1	64	10,0	
	HYO	37	10,8	283	82,8	22	6,4	
	SAMYO	25	10,8	192	83,1	14	6,1	

* Satır yüzdesi

“Sigara içmenin insanları stresten kurtardığını düşünüyor musunuz?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 286’sı (%23,6) sigara içmenin insanları stresten kurtardığını, 781’i (%64,5) böyle bir etkisinin olmadığını, 143’ü (%11,8) ise bu konuda emin olmadığını ifade etmiştir. ATF’de öğrenim gören 164 (%25,7), HYO’da öğrenim gören 50 (%14,6) ve SAMYO’da öğrenim gören 72 (%31,2) öğrenci sigara içmenin insanları stresten kurtardığını düşünmektedir (Tablo 4.16). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=33,812$; $p<0,001$).

Tablo 4.16. Öğrencilerin sigara içmenin stresten kurtardığı varsayımı hakkındaki düşünceleri

OKUL	Evet, stresten kurtarır		Hayır, stresten kurtarmaz		Emin değilim		p / χ^2
	n	%*	N	%*	n	%*	
ATF	164	25,7	387	60,8	86	13,5	<0,001 33,812
HYO	50	14,6	262	76,6	30	8,8	
SAMYO	72	31,2	132	56,9	27	11,7	
Toplam	286	23,6	781	64,5	143	11,8	

* Satır yüzdesi

“Son 12 ay içerisinde bir doktor, diş hekimi ya da sağlık kurumunda görevli herhangi bir personel size sigara içmenin tehlikeleri hakkında bilgi verdi mi?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 590’ı (%48,6) son on iki ay içerisinde bir sağlık personelinin sigara içmenin tehlikeleri hakkında kendisine bilgi verdiğini, 530’ı (%43,6) kendisine böyle bir bilgi verilmediğini, 93’ü (%7,7) ise son on iki ay içerisinde herhangi bir sağlık kuruluşuna gitmediğini ifade etmiştir. ATF’de öğrenim gören 282 (%44,1), HYO’da öğrenim gören 169 (%49,4) ve SAMYO’da öğrenim gören 139 (%59,9) son on iki ay içerisinde bir sağlık personelinin sigara içmenin tehlikeleri hakkında bilgi verdiğini ifade etmiştir (Tablo 4.17). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=20,163$; $p<0,001$).

Tablo 4.17. Öğrencilerin sağlık personeline sigara kullanımının tehlikeleri konusunda bilgilendirilme durumu

OKUL	Evet, bilgilendirdim		Hayır, bilgilendirilmedim		Sağlık kuruluşuna gitmedim		p / χ^2
	n	%*	n	%*	n	%*	
ATF	282	44,1	296	46,4	61	9,5	<0,001 20,163
HYO	169	49,4	151	44,2	22	6,4	
SAMYO	139	59,9	83	35,8	10	4,3	
Toplam	590	48,6	530	43,7	93	7,7	

* Satır yüzdesi

“Son 12 ay içerisinde aile bireylerinizden biri size sigara içmenin tehlikeleri hakkında bilgi verdi mi?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 474’ü (%39,1) ailesinden son 12 ay içerisinde sigara kullanımının tehlikeleri konusunda bilgi aldığını, 737’si (%60,9) kendisine böyle bir bilgi verilmediğini ifade etmiştir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 201 (%31,4), HYO’da öğrenim gören 125 (%36,5) ve SAMYO’da öğrenim gören 148 (%63,8) ailesinden son 12 ay içerisinde sigara kullanımının tehlikeleri konusunda bilgi aldığı şeklinde yanıt vermiştir (Tablo 4.18). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=75,575$; $p<0,001$).

“Son 12 ay içerisinde, okulunuzca düzenlenen ve sizin yaşıңызdaki insanları sigara ve diğer tütün ürünlerinden uzaklaştırmayı/uzak tutmayı hedefleyen herhangi bir faaliyete katıldınız mı?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 201’i (%16,6) bu tarz bir faaliyete katıldığını, 1011’i (%83,4) böyle bir faaliyete katılmadığını ifade etmiştir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 72 (%11,3), HYO’da öğrenim gören 74 (%21,6) ve SAMYO’da öğrenim gören 55 (%23,7) son on iki ay içerisinde okul tarafından düzenlenen insanları sigara ve diğer tütün ürünlerinden uzaklaştırmayı/uzak tutmayı hedefleyen bir faaliyete katıldığını ifade etmiştir (Tablo 4.18). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=27,771$; $p<0,001$).

“Son 12 ay içerisinde, sizin yaşınızdaki insanları sigara ve diğer tütün ürünlerinden uzaklaştırmayı/uzak tutmayı hedefleyen herhangi bir okul dışında toplumsal faaliyete katıldınız mı?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 67’si (%5,5) böyle bir faaliyete katıldığını, 1011’i (%94,5) böyle bir faaliyete katılmadığını ifade etmiştir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 26 (%4,1), HYO’da öğrenim gören 19 (%5,6) ve SAMYO’da öğrenim gören 22 (%9,5) son 12 ay içerisinde okul dışında düzenlenen insanları sigara ve diğer tütün ürünlerinden uzaklaştırmayı/uzak tutmayı hedefleyen bir faaliyete katıldığını ifade etmiştir (Tablo 4.18). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=9,561$; $p=0,008$).

Tablo 4.18. Öğrencilerin sigara kullanımına yönelik aile ve eğitim kurumunca bilgilendirilme durumları

SORU	Okul	Evet		Hayır		p / χ^2
		n	%*	n	%*	
Son 12 ay içerisinde aile bireylerinizden biri size sigara içmenin tehlikeleri hakkında bilgi verdi mi?	Toplam	474	39,1	737	60,9	<0,001 75,545
	ATF	201	31,6	436	68,4	
	HYO	125	36,5	217	63,5	
	SAMYO	148	63,8	84	36,2	
Son 12 ay içerisinde, okulunuzca düzenlenen ve sizin yaşınızdaki insanları sigara ve diğer tütün ürünlerinden uzaklaştırmayı / uzak tutmayı hedefleyen herhangi bir faaliyete katıldınız mı?	Toplam	201	16,5	1011	83,4	<0,001 27,771
	ATF	72	11,2	566	88,7	
	HYO	74	21,6	268	78,4	
	SAMYO	55	23,7	177	76,3	
Son 12 ay içerisinde, sizin yaşınızdaki insanları sigara ve diğer tütün ürünlerinden uzaklaştırmayı / uzak tutmayı hedefleyen herhangi bir okul dışında toplumsal faaliyete katıldınız mı?	Toplam	67	5,5	1146	94,5	0,008 9,561
	ATF	26	4,1	613	95,9	
	HYO	19	5,6	323	94,4	
	SAMYO	22	9,5	210	90,5	

*Satır yüzdesi

“Geçtiğimiz eğitim-öğretim döneminde size sigara kullanımıyla ilgili herhangi bir ders verildi mi?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 492’si (%40,6) geçtiğimiz eğitim-öğretim döneminde kendisine sigara kullanımıyla ilgili ders verildiğini, 591’i (%48,7) böyle bir ders verilmediğini ve 130 (%10,7) bu konuda emin olmadığını ifade etmiştir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 188 (%29,4), HYO’da öğrenim gören 204 (%59,6) ve SAMYO’da öğrenim gören 100 (%43,1) geçtiğimiz eğitim-öğretim döneminde kendisine sigara kullanımıyla ilgili ders verildiğini ifade etmiştir (Tablo 4.19). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=91,469$; $p<0,001$).

Tablo 4.19. Okullarda sigara kullanımına dair ders verilme durumu

OKUL	Ders verildi		Ders verilmedi		Emin değilim		p / χ^2
	n	%*	n	%*	n	%*	
ATF	188	29,4	375	58,7	76	11,9	<0,001 91,469
HYO	204	59,7	102	29,8	36	10,5	
SAMYO	100	43,1	114	49,1	18	7,8	
Toplam	492	40,6	591	48,7	130	10,7	

* Satır yüzdesi

“Hiç nargile içtiniz mi?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 617’si (%51,0) nargile kullandığını ancak düzenli olarak içmediğini, 30’u (%2,5) düzenli olarak nargile içtiğini ve 563 (%46,5) nargile içmediğini ifade etmiştir. Bu soruyu ATF’de öğrenim gören 322 (%50,5), HYO’da öğrenim gören 147 (%43,0) ve SAMYO’da öğrenim gören 178 (%77,1) nargile içtiği şeklinde yanıtlamıştır (Tablo 4.20). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=71,323$; $p<0,001$).

Tablo 4.20. Öğrencilerin nargile içme deneyimi sıklıkları

OKUL	Evet ancak düzenli değil		Düzenli olarak nargile içiyorum		Nargile içmiyorum		p / χ^2
	n	%*	n	%*	n	%*	
ATF	303	47,6	19	3,0	315	49,5	<0,001 71,323
HYO	143	41,8	4	1,2	195	57,0	
SAMYO	171	74,0	7	3,0	53	22,9	
Toplam	617	51,0	30	2,5	563	46,5	

* Satır yüzdesi

Öğrencilerden sigara içmeyi nargile içmeyle kıyaslamalarını isteyen soruya; öğrencilerin 617'si (%51,0) nargilenin daha zararlı olduğu, 106'sı (%8,8) eşit düzeyde zararlı oldukları, 173'ü (%14,3) nargilenin daha az zararlı olduğu ve 314'ü (%26,0) bu konuda fikri olmadığı şeklinde yanıt vermiştir. Bu soruda ATF'de öğrenim gören 103 (%16,2), HYO'da öğrenim gören 32 (%9,4) ve SAMYO'da öğrenim gören 38 (%16,4) öğrenci, nargilenin sigaradan daha az zararlı olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.21). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=23,013$; $p=0,001$).

Tablo 4.21. Öğrencilere göre nargile ile sigaranın zararlarının kıyaslanması

OKUL	Nargile daha zararlı		Eşit düzeyde zararlı		Sigara daha zararlı		Fikrim yok		p / χ^2
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
ATF	324	51,0	46	7,2	103	16,2	163	25,6	0,001 23,013
HYO	164	48,0	44	12,9	32	9,4	102	29,7	
SAMYO	129	55,6	16	6,9	38	16,4	49	21,1	
Toplam	617	51,0	106	8,8	173	14,3	314	26,0	

* Satır yüzdesi

“Sağlık Bakanlığının “Sigarayı Bırakma ve Yardım Hattı” olarak kullanılan numarasını biliyor musunuz?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 294'ü (%24,3) yanlış yanıtlarken, 916'sı (%75,7) doğru yanıtlamıştır. Bu

sorunun yanıtını; ATF’de öğrenim gören 431 (%67,8), HYO’da öğrenim gören 280 (%81,9) ve SAMYO’da öğrenim gören 205 (%88,4) öğrenci doğru olarak bilmektedir. (Tablo 4.22). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=49,062$; $p<0,001$).

Tablo 4.22. Öğrencilerin Sağlık Bakanlığı “Sigarayı Bırakma ve Yardım Hattı” numarasını bilme durumları

OKUL	Doğru		Yanlış		p / χ^2
	n	%*	n	%*	
ATF	431	67,8	205	32,2	<0,001 49,062
HYO	280	81,9	62	18,1	
SAMYO	205	88,4	27	11,6	
Toplam	916	75,7	294	24,3	

* Satır yüzdesi

“Yakın zamanda sinemada izlediğiniz filmlerde film karakterlerinden herhangi birinin sigara içtiğini gördünüz mü?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 866’sı (%71,7) filmlerde karakterleri sigara içerken gördüğünü, 342’si (%28,3) ise görmediğini belirtmiştir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 467 (%73,7), HYO’da öğrenim gören 238 (%69,6) ve SAMYO’da öğrenim gören 161 (%69,4) öğrenci gördüğü şeklinde yanıt vermiştir. (Tablo 4.23). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=2,555$; $p=0,279$).

“Son zamanlarda TV’de/DVD’de vb. seyrettiğiniz filmlerde film karakterlerinin sigara içtiğini gördünüz mü?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 937’si (%77,9) TV’de/DVD’de seyrettiği filmlerde karakterleri sigara içerken gördüğünü, 266’sı (%22,1) ise görmediğini belirtmiştir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 497 (%78,6), HYO’da öğrenim gören 258 (%75,4) ve SAMYO’da öğrenim gören 182 (%79,5) öğrenci gördüğü şeklinde yanıt vermiştir (Tablo 4.23). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=1,734$; $p=0,420$).

Tablo 4.23. Öğrencilerin sinemada/TV'de/DVD'de izlenen filmlerde sigara içen karakter ile karşılaşma durumları

SORU	OKUL	Evet		Hayır		p / χ^2
		n	%*	n	%*	
Yakın zamanda sinemada izlediğiniz filmlerde film karakterlerinden herhangi birinin sigara içtiğini gördünüz mü?	ATF	467	73,7	167	26,3	0,279 2,555
	HYO	238	69,6	104	30,4	
	SAMYO	161	69,4	71	30,6	
	Toplam	866	71,7	342	28,3	
Son zamanlarda TV'de/DVD'de vb. seyrettiğiniz filmlerde film karakterlerinin sigara içtiğini gördünüz mü?	ATF	497	78,6	135	21,4	0,420 1,734
	HYO	258	75,4	84	24,6	
	SAMYO	182	79,5	47	20,5	
	Toplam	937	77,9	266	22,1	

* Satır yüzdesi

“Son 30 günde TV’de/radyoda/internette/reklam panolarında/gazete ve dergilerde ne sıklıkla sigara karşıtı mesajlarla karşılaştınız?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 140’ı (%11,6) hiç karşılaşmadığını, 352’si (%29,1) 1-10 gününde karşılaştığını, 91’i (%7,5) 11-20 gününde karşılaştığını, 82’si (%6,8) 21-30 gününde karşılaştığını ve 544 (%45,0) hatırlayamadığını ifade etmiştir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 87 (%13,7), HYO’da öğrenim gören 28 (%8,2) ve SAMYO’da öğrenim gören 25 (%10,8) öğrenci sigara karşıtı mesajla hiç karşılaşmadığını söylemektedir. (Tablo 4.24). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=17,260$; $p=0,028$).

Tablo 4.24. Öğrencilerde son otuz gün içerisinde medyadaki sigara karşıtı mesajlar ile karşılaşma sıklığı

OKUL	Hiç		1-10 gün		11-20 gün		21-30 gün		Hatırlamıyor		p / χ^2
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
ATF	87	13,7	185	29,1	48	7,5	39	6,1	277	43,6	0,028 17,260
HYO	28	8,2	104	30,4	22	6,4	18	5,3	170	49,7	
SAMYO	25	10,8	63	27,3	21	9,1	25	10,8	97	42,0	
Toplam	140	11,6	352	29,1	91	7,5	82	6,8	544	45,0	

* Satır yüzdesi

Açık uçlu olan “Televizyon, DVD vb.de izlediğiniz filmlerde/ dizilerde bütün kullanımının çiçek, mozaik, bulanık görüntü vb. ile kapatılması hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusuna tüm öğrencilerin 285’i (%23,4) “doğru/faydalı”, 180’i (%14,9) “saçma”, 110’u (%9,1) “daha çok ilgi çekiyor”, 361’i (%29,7) “gereksiz/faydasız” yanıtlarını vermiş 279 (%22,9) öğrenci ise bu soruya yanıt vermemiştir.

“Son 12 ayda üzerinde sigara firmalarına dair isim, resim, logo vb. herhangi bir şey bulunan bir ürünü satın aldınız mı/ eşantıyon olarak aldınız mı?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 137’si (%11,4) evet, 1063’ü (%88,6) ise hayır yanıtını vermiştir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 21 (%6,1),

HYO'da öğrenim gören 66 (%10,5) ve SAMYO'da öğrenim gören 50 (%21,6) öğrenci sigara firmalarına ait ürün/eşantiyon aldığını belirtmiştir. (Tablo 4.25). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=33,802$; $p<0,001$).

Tablo 4.25. Öğrencilerin sigara firmalarına ait ürün/eşantiyon kullanım durumu

OKUL	Kullanıyor		Kullanmıyor		p / χ^2
	n	%*	n	%	
ATF	66	10,5	561	89,5	<0,001 33,802
HYO	21	6,1	321	93,9	
SAMYO	50	21,6	181	78,4	
Toplam	137	11,4	1.063	88,6	

“Üzerinde bir sigara firmasının ismi ya da resmi bulunan çakmak, tişört, güneş gözlüğü vb. herhangi bir eşyayı kullanır mıydınız?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 127’si (%10,6) evet, 936’sı (%77,8) hayır, 140 (%11,6) bu konuda emin olmadığını belirtmiştir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 85 (%13,5), HYO’da öğrenim gören 15 (%4,4) ve SAMYO’da öğrenim gören 27 (%11,6) öğrenci sigara firmaları ismi bulunan ürünleri kullanacağını belirtmiştir (Tablo 4.26). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=20,674$; $p<0,001$).

Tablo 4.26. Öğrencilerin sigara firma reklamı içeren ürün kullanıp kullanmayacaklarına dair tutumlar

OKUL	Evet		Hayır		Emin değilim		p / χ^2
	n	%*	n	%*	n	%*	
ATF	85	13,5	472	75,1	72	11,4	<0,001 20,674
HYO	15	4,4	282	82,5	45	13,1	
SAMYO	27	11,6	182	78,5	23	9,9	
Toplam	127	10,6	936	77,8	140	11,6	

* Satır yüzdesi

“Son bir haftanın kaç gününde sigara içen bir kişiyle aynı odada bulundunuz?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 492’si (%41,0) hiç bulunmadığını, 220’si (%18,3) haftanın 1-2 gününde, 70’i (%5,8) 3-4 gününde, 51’i (%4,3) 5-6 gününde ve 366’sı (%30,5) her gününde bulunduğunu ifade etmiştir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 128 (%20,4), HYO’da öğrenim gören 82 (%24,0) ve SAMYO’da öğrenim gören 156 (%67,5) öğrenci haftanın her gününde, sigara içen bir kişi ile aynı odada bulunduğunu söylemektedir (Tablo 4.27). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=206,422$; $p<0,001$).

Tablo 4.27. Öğrencilerin son bir hafta içerisinde sigara içen biriyle aynı odada bulunma sıklığı

OKUL	Hiç		1-2 gün		3-4 gün		5-6 gün		Her gün		p / χ^2
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
ATF	309	49,4	126	20,1	36	5,8	27	4,3	128	20,4	<0,001 206,422
HYO	154	45,0	76	22,2	17	5,0	13	3,8	82	24,0	
SAMYO	29	12,6	18	7,8	17	7,4	11	4,7	156	67,5	
Toplam	492	41,0	220	18,4	70	5,8	51	4,3	366	30,5	

* Satır yüzdesi

“Son bir hafta içerisinde kapalı bir ortamda sigara içen bir kişiyle bir arada bulunduğunuz zaman genellikle!” sorusuna tüm öğrencilerin 450’si (%37,9) öyle bir ortamda bulunmadığı, 47’si (%4,0) kendi evinde bulunduğu, 394’ü (%33,2) okulda bulunduğu, 136’sı (%11,4) alışveriş merkezi vb. kamuya açık bir alanda bulunduğu, 23’ü (%1,9) başka birinin evinde bulunduğu, 8’i (%0,7) kendi arabasını kullanırken, 6’sı (%0,5) ailesinin arabasında bulunduğu, 22’si (%1,9) başka birinin kullandığı araba içerisinde bulunduğu ve 102’si bunların haricindeki bir kapalı ortamda bulunduğu esnada sigara dumanına maruz kaldığı şeklinde yanıt vermiştir.

“Son bir hafta içerisinde kapalı bir ortamda sigara içen birisiyle birlikteyken sigara içen kişi kimdi?” sorusuna tüm öğrencilerin 414’ü (%34,7) öyle bir ortamda bulunmadığını, 38’i (%3,2) anne-babasından bir veya her ikisinin, 17’si (%1,4) başka bir akrabasının, 522’si (%43,7) arkadaşlarından bir veya birkaçının, 131’i (%11,0) tanımadığı birisinin, 72’si (%6,0) ise bunların haricindeki bir kişinin kapalı ortamda sigarasının dumanına maruz kaldığı kişi olduğunu ifade etmiştir.

“Başka kişilerin sigaralarından çıkan dumana maruz kalmanın zararlı olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 1149’u (%95,4) evet, 40’ı (%3,3) hayır, 15’i (%1,2) bu konuda emin olmadığı şeklinde yanıt vermiştir. Bu soruda ATF’de öğrenim gören 29 (%4,6), HYO’da öğrenim gören 4 (%1,2) ve SAMYO’da öğrenim gören 7 (%3,0) öğrenci pasif maruziyetin zararlı olmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.28). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=11,978$; $p=0,018$).

Tablo 4.28. Öğrencilerin sigara dumanına pasif maruziyetin zararlı olup olmadığına dair düşünceleri

OKUL	Evet		Hayır		Emin değilim		p / χ^2
	n	%*	n	%*	n	%*	
ATF	591	93,8	29	4,6	10	1,6	0,018 11,978
HYO	337	98,5	4	1,2	1	0,3	
SAMYO	221	95,3	7	3,0	4	1,7	
Toplam	1.149	95,5	40	3,3	15	1,2	

* Satır yüzdesi

“Son 12 ayda, içtiği sigaranın dumanından rahatsız olduğunuz için, herhangi bir kimseden sigara içmemesini istediniz mi?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 714’ü (%59,4) evet, 489’u (%40,6) ise hayır yanıtını vermiştir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 290 (%46,1), HYO’da öğrenim gören 127 (%37,1) ve SAMYO’da öğrenim gören 72 (%31,0) öğrenci bu nedenle böyle bir istekte bulunmadığını belirtmiştir (Tablo 4.29). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=18,401$; $p<0,001$).

“Böyle bir durumda karşınızdaki kişiden sigara içmemesini isteme sebebiniz öncelikli olarak neydi?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerin 321’i (%27,5) böyle bir istekte bulunmadığı belirtirken; 426’sı (%36,5) dumandan rahatsız olduğu, 127’si (%10,9) pasif maruziyetin uzun vadedeki sağlık sonuçlarından endişelendiği, 9’u (%0,8) kapalı ortamda sigara içmenin yasak oluşu, 118’i (%10,1) sigara içen kişinin sağlığı hakkında endişelendiği, 50’si (%4,3) kendi sağlığı için endişelendiği, 49’u (%4,2) bu sebeplerden birden fazlası sebebiyle karşısındakinden sigara içmemesini istediğini söylemiştir. 68’i (%5,7) ise bu konuda emin olmadığını belirtirken 47 katılımcı bu soruya yanıt vermemiştir.

“Sizin dışınızda sizinle aynı evde/odada yaşayan herhangi bir kimse sigara içiyor mu?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 557’si (%46,5) evet, 641’i (%53,5) ise hayır yanıtını vermiştir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 339 (%53,9), HYO’da öğrenim gören 215 (%62,9) ve SAMYO’da öğrenim gören 160 (%69,0) öğrenci yaşadığı ortamda sigara içen herhangi bir kimsenin olduğu şeklinde yanıt vermiştir (Tablo 4.29). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=166,157$; $p<0,001$).

Tablo 4.29. Öğrencilerin pasif maruziyet yaşama sıklıkları

SORU	OKUL	Evet		Hayır		p / χ^2
		n	%*	n	%*	
Son 12 ayda, içtiği sigaranın dumanından rahatsız olduğunuz için, herhangi bir kimseden sigara içmemesini istediniz mi?	Toplam	714	59,4	489	40,6	<0,001 18,401
	ATF	339	53,9	290	46,1	
	HYO	215	62,9	127	37,1	
	SAMYO	160	69,0	72	31,0	
Sizin dışınızda sizinle aynı evde/odada yaşayan herhangi bir kimse sigara içiyor mu?	Toplam	557	46,5	641	53,5	<0,001 166,157
	ATF	202	32,2	425	67,8	
	HYO	168	49,1	174	50,9	
	SAMYO	187	81,7	42	18,3	

* Satır yüzdesi

“En yakın 4 arkadaşınızdan kaç sigara içiyor?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 663’ünün (%54,7) en yakın dört arkadaşından hiçbirisi sigara içmiyorken, 192’sinin (%15,8) bir arkadaşı, 145’inin (%12,0) iki arkadaşı, 79’unun (%6,5) üç arkadaşı, 98’inin (%8,0) dört arkadaşı sigara içmekte ve 36’sı (%3,0) en yakın dört arkadaşından kaçının sigara kullandığı konusunda emin olmadığını ifade etmektedir. ATF’de okuyan öğrencilerden 38’inin (%5,9), HYO’da okuyan öğrencilerden 9’unun (%2,6), SAMYO’da okuyan öğrencilerden ise 51’inin (%22,0) en yakın dört arkadaşı sigara içmektedir (Tablo 4.30). Okullar arasında en yakın dört arkadaşından kaçının sigara içtiği konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=220,082$; $p<0,001$).

Tablo 4.30. Öğrencilerin en yakın dört arkadaşında sigara içme sıklığı

OKUL	En yakın arkadaşlarından kaç sigara kullanıyor												p / χ^2
	Hiçbiri		Bir		İki		Üç		Dört		Emin değilim		
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	<0,001 220,082
ATF	336	57,3	104	16,3	72	11,3	33	5,2	38	5,9	26	4,0	
HYO	250	73,2	48	14,1	21	6,1	10	2,9	9	2,6	4	1,1	
SAMYO	47	20,3	40	17,2	52	22,4	36	15,5	51	22,0	6	2,6	
Toplam	663	54,7	192	15,8	145	12,0	79	6,5	98	8,0	36	3,0	

* Satır yüzdesi

“Sürekli bir arada yaşadığınız aile bireylerinizden hangileri sigara kullanıyor?” sorusuna yanıt veren öğrencilerin 580’i (%49,0) beraber yaşadığı aile bireyleri arasında sigara içen kimsenin bulunmadığını belirtirken; 268’i (%22,7) sadece babasının, 42’si (%3,6) sadece annesinin, 72’si (%6,1) hem anne hem babasının, 110’u (%9,3) sadece büyük kardeşinin (ağabey/abla), 25’i (%2,1) sadece küçük kardeşinin, 31’i (%2,6) sadece dedesinin, 16’sı (%1,4) sadece amca/dayı/teyze/halasının, 38’i (%3,2) hem babası hem büyük kardeşinin, 1’i (%0,1) hem anne hem baba hem de büyük kardeşinin sigara içtiğini ifade etmiştir. 32 (%2,7) katılımcı ise bu soruya yanıt vermemiştir.

“Son 12 ayda sizinle aynı evde/odada yaşayan herhangi bir kimseden sigarayı bırakmasını istediniz mi?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 166’sı (%13,9) sigara içen birisiyle aynı ortamda yaşamadığını, 556’sı (%46,4) böyle bir istekte bulunduğunu ve 475’i (%39,7) böyle bir istekte bulunmadığını ifade etmiştir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 253 (%40,4), HYO’da öğrenim gören 162 (%47,4) ve SAMYO’da öğrenim gören 141 (%61,6) aynı ortamda yaşadığı birinden sigarayı bırakmasını istediği şeklinde yanıt vermiştir (Tablo 4.31). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=41,211$; $p<0,001$).

Tablo 4.31. Öğrencilerin beraber yaşadığı kimseden sigarayı bırakmasını talep etme durumu

OKUL	Sigara içen biriyle beraber yaşamıyorum		Evet		Hayır		p / χ^2
	n	%*	n	%*	n	%*	
ATF	303	47,6	19	3,0	315	49,5	<0,001 41,211
HYO	143	41,8	4	1,2	195	57,0	
SAMYO	171	74,0	7	3,0	53	22,9	
Toplam	617	51,0	30	2,5	563	46,5	

* Satır yüzdesi

“Ebeveynleriniz herhangi bir zamanda size sigara önerdi mi?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 31’i (%2,6) evet, 1.160’ı (%97,4) ise hayır yanıtını vermiştir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 22 (%3,4), HYO’da öğrenim gören 5 (%1,5) ve SAMYO’da öğrenim gören 4 (%1,7) öğrenci “evet” yanıtı vermiştir (Tablo 4.32). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=4,530$; $p=0,104$).

“Evinizin içinde sigara içilmesine izin veriliyor mu?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 320’si (%27,5) evet, 845’i (%72,5) ise hayır yanıtını vermiştir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 156 (%25,8), HYO’da öğrenim gören 99 (%29,5) ve SAMYO’da öğrenim gören 65 (%28,9) öğrenci evlerinin içinde sigara içilmesine izin verildiği şeklinde yanıt vermiştir (Tablo 4.32). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=1,716$; $p=0,424$).

Tablo 4.32. Ebeveynlerin sigara kullanımına yönelik tutum ve davranışları

SORU	OKUL	Evet		Hayır		p / χ^2
		n	%*	n	%*	
Ebeveynleriniz herhangi bir zamanda size sigara önerdi mi?	Toplam	31	2,6	1.160	97,4	0,104 4,530
	ATF	22	3,5	600	96,5	
	HYO	5	1,5	337	98,5	
	SAMYO	4	1,8	223	98,2	
Evinizin içinde sigara içilmesine izin veriliyor mu?	Toplam	320	27,5	845	72,5	0,424 1,716
	ATF	156	25,8	448	74,2	
	HYO	99	29,5	237	70,5	
	SAMYO	65	28,9	160	71,1	

* Satır yüzdesi

“Ebeveynlerinizden biri veya her ikisi sizi sigaraya başlamamanız/sigara içmemeniz konusunda bugüne kadar hiç uyardı mı?” sorusuna öğrencilerden 147’si (%12,4) bu konuda sadece anne veya babası tarafından uyarıldığı, 737’si (%62,1) her ikisi tarafından uyarıldığı şeklinde yanıt vermiştir. 302 (%25,5) katılımcı ise bu konuda ebeveynleri tarafından uyarılmadığını belirtmiştir (Tablo 4.33). 29 kişi bu soruya yanıt vermemiştir.

Tablo 4.33. Öğrencilerin sigaraya başlamaması/sigara kullanması konusundaki ebeveyn yaklaşımları

(n=1186)	n	%*
Sadece annem uyardı	110	9,3
Sadece babam uyardı	37	3,1
İkisi de uyardı	737	62,1
İkisi de uyarmadı	302	25,5

* Sütun yüzdesi

“Şu ifadelerden hangisi durumunuzu en iyi ifade ediyor” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 976’sı (%82,3) sigara içmediğini, 78’i (%6,6) sigara içtiğini ve bu durumdan ailesinin haberdar olmadığını, 119’u (%10,0) sigara içtiğini ve ailesinin bu durumdan hoşnut olmadığını, 13’ü (%1,1) sigara içtiğini ve ailesinin bu duruma aldırış etmediğini söylemiştir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 7 (%1,1), HYO’da öğrenim gören 1 (%0,3) ve SAMYO’da öğrenim gören 5 (%2,2) öğrenci ailelerinin sigara içtiklerini bilmelerine rağmen bu duruma aldırış etmedikleri şeklinde yanıt vermiştir (Tablo 4.34). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=108,929$; $p<0,001$).

Tablo 4.34. Öğrencilerin sigara içme durumuna ebeveynlerinin gösterdiği tepkiler

OKUL	Sigara içmiyorum		Sigara içiyorum ama ailemin bundan haberi yok		Sigara içiyorum ve ailem bu durumdan hoşnut değil		Sigara içiyorum ve ailem bu duruma aldırış etmiyor		p / χ^2
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
ATF	530	85,7	30	4,8	52	8,4	7	1,1	<0,001 108,929
HYO	312	91,5	15	4,4	13	3,8	1	0,3	
SAMYO	134	59,3	33	14,6	54	23,9	5	2,2	
Toplam	976	82,3	78	6,6	119	10,0	13	1,1	

* Satır yüzdesi

Sigaraya başlama yaşı 6 ile 22 arasında olup ortalanca yaş 16 (ortalama $15,5 \pm 2,7$) dir. Okullara göre değerlendirildiğinde ATF için ortalanca yaş 17 ($16,6 \pm 2,8$), en küçük yaş 6, en büyük yaş 22; HYO için ortalanca yaş 16 ($16,2 \pm 1,2$), en küçük yaş 14, en büyük yaş 19; SAMYO için ortalanca yaş 15 ($14,5 \pm 2,7$), en küçük yaş 6, en büyük 20 olarak bulunmuştur. Okullar arasında sigaraya başlama yaşı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0,001$). Söz konusu farkın hangi iki okul arasından kaynaklandığını bulmak için Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi yapılmış ve ATF ile SAMYO ($p < 0,001$) ve HYO ile SAMYO ($p = 0,002$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.35). Dolayısıyla bulunan farklar SAMYO öğrencilerinden kaynaklanmaktadır.

Tablo 4.35. Öğrencilerin okullarına göre sigaraya başlama yaşları

OKUL	Sigaraya başlama yaşı; ortanca (en küçük-en büyük)	p*
ATF	17 (6-22)	<0,001
HYO	16 (14-19)	
SAMYO	15 (6-20)	
Toplam	16 (6-22)	

* Kruskal-Wallis testi

Cinsiyetlere göre sigaraya başlama yaşları erkek öğrencilerde ortalama 16 (ortalama 15,5±2,9) en küçük yaş 6, en büyük yaş 22 ve kadınlarda ortalama 16 (ortalama 16,3±1,2) en küçük yaş 14, en büyük yaş 19'dur (Tablo 4.36). Cinsiyete göre sigaraya başlama yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,272).

Tablo 4.36. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre sigaraya başlama yaşları

CİNSİYET	Sigaraya başlama yaşı; ortanca (en küçük-en büyük)	p*
Erkek	16 (6-22)	0,272
Kadın	16 (14-19)	
Toplam	16 (6,22)	

*Mann-Whitney U testi

“Art arda en az 30 gün boyunca günde en az 1 sigara içtiğiniz oldu mu?” sorusunu yanıtlayan sigara kullanan öğrencilerden 161'i (%83,9) evet, 31'i (%16,1) ise hayır demiştir. Bu soruya ATF'de öğrenim gören 70 (%90,9), HYO'da öğrenim gören 20 (%76,9) ve SAMYO'da öğrenim gören 71 (%79,8) öğrenci ard arda en az otuz gün boyunca sigara kullandığı şeklinde yanıt vermiştir (Tablo 4.37). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=41,117$; $p<0,001$).

Tablo 4.37. Öğrencilerin okullarına göre art arda otuz gün boyunca sigara içme sıklığı

OKUL	Evet		Hayır		p / χ^2
	n	%*	n	%*	
ATF	70	90,9	7	9,1	<0,001 41,117
HYO	20	76,9	6	23,1	
SAMYO	71	79,8	18	20,2	
Toplam	161	83,9	31	16,1	

* Satır yüzdesi

“Son 30 günde içtiğiniz günlük ortalama sigara sayısı kaçtır?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 16’sı (%8,4) birden az, 4’ü (%2,1) bir tane, 51’i (%26,7) 2-5 arası, 45’i (%23,6) 6-10 arası, 57’si (%29,8) 11-20 arası ve 18 (%9,4) yirmiden fazla şeklinde yanıt vermiştir. Bu soruya ATF’de öğrenim gören 7 (%9,3), HYO’da öğrenim gören 2 (%7,7) ve SAMYO’da öğrenim gören 9 (%10,0) öğrenci günlük ortalama yirmiden fazla sigara içtiği yönünde yanıt vermiştir (Tablo 4.38). Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=9,669$; $p=0,470$).

Tablo 4.38. Öğrencilerin okullarına göre günlük ortalama tükettikleri sigara sayısı (Son 30 gün içerisinde)

OKUL	1'den az		1		2-5		6-10		11-20		>20		p / χ^2
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
ATF	5	6,7	2	2,7	14	18,7	19	25,3	28	37,3	7	9,3	0,470 9,669
HYO	4	15,4	1	3,8	8	30,8	7	26,9	4	15,4	2	7,7	
SAMYO	7	7,8	1	1,1	29	32,2	19	21,1	25	27,8	9	10,0	
Toplam	16	8,4	4	2,1	51	26,7	45	23,6	57	29,8	18	9,4	

* Satır yüzdesi

“Son 30 günde sigaralarınızı nasıl edindiniz?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 172’si (%91,0) sigara satışı yapılan dükkanlardan, 4’ü (%2,1) başkasına para verip aldirmek suretiyle, 10’u (%5,3) arkadaşından ödünç almak suretiyle, 1’i (%0,5) ailesinden ve 2’si (%1,1) bunların dışında bir şekilde sigara edindiği şeklinde yanıt vermiştir (Tablo 4.39).

Tablo 4.39. Sigara içen öğrencilerin sigaraya ulaşma yolları

SİGARAYA ULAŞMA ŞEKLİ (n=189)	n	%
Sigara satışı yapan dükkan	172	91,0
Başkasına para verip aldirarak	4	2,1
Arkadaşından ödünç almak suretiyle	10	5,3
Ailesinden	1	0,5
Diğer	2	1,1

“Son 30 günde sigara satışı yapılan dükkanlardan sigara satın alırken yaşınızı gösterecek herhangi bir belge göstermeniz istendi mi?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 4’ü (%2,1) son otuz günde dükkanlardan sigara alışverişi yapmadığını, 10’u (%5,3) bu amaçla kimlik göstermesinin istendiğini, 176’sı (%92,6) ise kimlik istenmediğini ifade etmiştir (Tablo 4.40).

Tablo 4.40. Sigara içen öğrencilerden sigara alışverişlerinde yaşa dair kimlik talep edilme durumu

SİGARA ALIŞVERİŞİNDE KİMLİK TALEBİ (n=190)	n	%
Son otuz günde sigara alışverişi yapmadım	4	2,1
Evet istendi	10	5,3
Hayır istenmedi	176	92,6

“Bugüne kadar kaç defa sigarayı bırakmayı denediniz?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 35’i (%18,5) hiç denemediğini, 27’si (%14,3) bir defa denediğini, 31’i (%16,4) iki defa denediğini, 64’ü (33,8) 3-9 defa

denediğini, 32'si (%16,9) ise on daha fazla kez sigarayı bırakmayı denediğini ifade etmiştir (Tablo 4.41).

“Sigarayı bırakmayı son deneyişinizde bunu ne süreyle başardınız?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 35'i (%16,6) sigarayı bırakmayı denemediğini, 18'i (%10,1) bir günden kısa süreyle, 59'u (%32,6) 1-7 gün süreyle, 37'si (%20,3) 8-29 gün süreyle, 26'sı (%14,4) 1-6 ay süreyle, 6'sı (%3,2) 7-12 ay süreyle, 5'i ise (%2,7) bir yıldan uzun süreyle son denemelerinde sigarayı bırakabildiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.41).

“Sigara kullanmayı bırakmayı ciddi olarak düşünüyor musunuz?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 50'si (%27,5) önümüzdeki 30 gün içerisinde, 34'ü (%18,7) önümüzdeki altı ay içerisinde, 30'u (%16,5) ise ilk altı ayda olmamak kaydı ile sonrasında sigarayı bırakmayı ciddi olarak düşündüğünü ifade etmiştir. Katılımcıların 19'u (%10,4) sigarayı bırakmayı düşünmediğini, 49'u ise (%26,9) bu konuda kararsız olduğunu belirtmektedir (Tablo 4.41).

Tablo 4.41. Sigara kullanan öğrencilerin sigarayı bırakmaya yönelik düşünce ve girişimleri

		n	%
Sigarayı Bırakmayı Deneme Sayısı (n=189)	Hiç denemedim	35	18,5
	Bir defa	27	14,3
	İki defa	31	16,4
	3-9 defa	64	33,8
	10 veya daha fazla	32	16,9
Son Denemede Sigarasız Geçen Süre (n=186)	Sigara bırakmayı denemedim	35	16,6
	Bir günden kısa süreyle	18	10,1
	1-7 gün	59	32,6
	8-29 gün	37	20,3
	1-6 ay	26	14,4
	7-12 ay	6	3,2
	Bir yıldan uzun süreyle	5	2,7
Sigarayı Ciddi Olarak Bırakmaya Yönelik Düşünce (n=182)	Önümüzdeki 30 gün içerisinde	50	27,5
	Önümüzdeki 6 ay içerisinde	34	18,7
	6-12 ay içerisinde	30	16,5
	Bırakmayı düşünmüyorum	19	10,4
	Kararsızım	49	26,9

FNBT altı sorudan oluşan ve sigara içen bireylerin nikotin bağımlılık düzeyini ölçmeyi amaçlayan bir testtir. Bu altı sorudan herhangi birini veya birden fazlasını yanıtlamamış olan kişiler için teste yönelik toplam puan hesaplanmamıştır. Bu altı sorunun tamamına yanıt veren sigara kullanıcısı öğrencilerin FNBT sınıflamasına göre dağılımı; 79'u (%43,6) çok az düzeyde, 43'ü (%23,8) az düzeyde, 19'u (%10,5) orta düzeyde, 28'i (%15,5) yüksek düzeyde ve 12'si (%6,6) ise çok yüksek düzeyde nikotin bağımlısı olarak ortaya çıkmıştır. Bağımlılık düzeyi "çok yüksek" olarak sınıflanan sigara

kullanıcı sayısı; ATF’de 7 (%9,6), HYO’da 1 (%4,2) ve SAMYO’da 4 (%4,8) olarak bulunmuştur (Tablo 4.42). Okullar arasında FNBT sınıflaması yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=10,478$; $p=0,233$)

Tablo 4.42. Sigara kullanan öğrencilerin FNBT puanına göre nikotin bağımlılık düzeyleri

OKUL	FNBT'ye göre nikotin bağımlılık düzeyleri										p / χ^2
	Çok az		Az		Orta		Yüksek		Çok yüksek		
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	0,233 10,478
ATF	29	39,7	18	24,7	5	6,8	14	19,2	7	9,6	
HYO	14	58,3	2	8,3	2	8,3	5	20,8	1	4,2	
SAMYO	36	42,9	23	27,4	12	14,3	9	10,7	4	4,8	
Toplam	79	43,6	43	23,8	19	10,5	28	15,5	12	6,6	

* Satır yüzdesi

“Sigaraya başlama sebebiniz neydi?” sorusunu öğrencilerin 29’u (%15,4) “özentî”, 3’ü (%1,6) “iddia sonucunda”, 34’ü (%18,1) “merak”, 44’ü (%23,4) “aşırı stres”, 15’i (%8,0) “duygusal sorunlar”, 1’i (%0,5) “kilo kontrolü/iştah kesmek”, 3’ü (%1,6) “kendini ispat etmek/büyük görünmek” şeklinde yanıtlamış; 33’ü (%17,6) bu yanıtlardan birden fazlasının kendisi için geçerli olduğunu belirtmiş, 26’sı (%13,8) bunların dışında bir nedenle sigaraya başladığını ifade etmiştir. Sigaraya başlama konusunda en sık neden olarak; ATF’de %22,4, HYO’da %36,0 ve SAMYO’da %20,7 “aşırı stres” karşımıza çıkmaktadır. ATF’de iddia, kilo kontrolü/ iştah kesmek, HYO’da kilo kontrolü/iştah kesmek ve kendini ispat etmek/büyük görünmek, SAMYO’da ise kendini ispat etmek/büyük görünmek sebepleri ile sigaraya başlayan herhangi bir kimse olmamıştır (Tablo 4.43). Okullar arasında sigaraya başlama sebepleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=15,293$; $p=0,503$).

Tablo 4.43. Öğrencilerin okullara göre sigaraya başlama sebepleri

OKUL	Sigaraya başlama sebepleri																		p / χ^2
	Özenti		İddia		Merak		Aşırı stres		Duygusal sorunlar		Kilo kontrolü/ iştah kesici		Kendini ispat/büyük görünmek		Birden fazla sebep		Diğer		
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
ATF	12	15,8	-	-	15	19,7	17	22,4	6	7,9	-	-	3	3,9	12	15,8	11	14,5	0,503 15,293
HYO	1	4,0	1	4,0	6	24,0	9	36,0	1	4,0	-	-	-	-	5	20,0	2	8,0	
SAMYO	16	18,4	2	2,3	13	14,9	18	20,7	8	9,2	1	1,1	-	-	16	18,4	13	14,9	
Toplam	29	15,4	3	1,6	34	18,1	44	23,4	15	8,0	1	0,5	3	1,6	33	17,6	26	13,8	

* Satır yüzdesi

“Hiç sigara içmeyi denediniz mi?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 561’i (%57,0) denediğini, 423’ü (%43,0) ise bir nefes bile olsa sigara içmeyi denemediğini ifade etmiştir.

“Eğer en samimi olduğunuz arkadaşlarınızdan biri size sigara teklif etseydi, içer miydiniz?” sorusunu yanıtlayan öğrencilerden 65’i (%6,6) evet, 843’ü (%85,5) hayır ve 78’i (%7,9) bu konuda emin olmadığı şeklinde karşılık vermiştir.

4.2. ANKARA GARNİZONUNDAKİ ASKER HASTANELERİ PERSONELİNE AİT BULGULAR

Araştırmaya GATF Eğitim Hastanesi, Ankara AH, Beytepe AH ve Etimesgut AH'de görev yapan 2.543 personel dahil edilmiştir. Personelin yaş ortancası 38 (ortalama $37,9 \pm 7,5$) olup en küçük yaş 21 ve en büyük yaş 65'tir. Personelin 1.506'sı (%59,2) erkek ve 1.037'si (%40,8) kadındır. DSÖ VKİ sınıflama kriterlerine göre katılımcılardan 178'i (%47,1) zayıf, 1.050'si (%41,9) normal, 994'ü (%39,7) fazla kilolu, 281'i ise (%11,2) obezdir (Tablo 4.44).

Araştırmaya katılan hekimlerin yaşları 23 ile 60 arasında değişmekte olup ortanca yaş 37 (ortalama $37,3 \pm 6,7$) dir. Hekimlerin 437'si (%88,8) erkek ve 55'i (%11,2) kadındır. DSÖ VKİ sınıflama kriterlerine göre katılımcı hekimlerden 16'sı (%3,3) zayıf, 163'ü (%33,5) normal, 251'i (%51,5) fazla kilolu, 57'si ise (%11,7) obezdir (Tablo 4.44).

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortancası 36 (ortalama $35,3 \pm 6,7$) olup en küçük yaş 22 ve en büyük yaş 59'dur. Hemşirelerin 16'sı (%3,1) erkek ve 495'i (%96,9) kadındır. DSÖ VKİ sınıflama kriterlerine göre katılımcı hemşirelerin 100'ü (%19,9) zayıf, 292'si (%58,0) normal, 91'i (%18,1) fazla kilolu, 20'si ise (%4,0) obezdir (Tablo 4.44).

Araştırmaya katılan diğer yardımcı sağlık personelinin yaş ortancası 36 (ortalama $36,1 \pm 7,8$) olup en küçük yaş 22 ve en büyük yaş 65'tir. Diğer yardımcı sağlık personelinin 369'u (%65,7) erkek ve 193'ü (%34,3) kadındır. DSÖ VKİ sınıflama kriterlerine göre katılımcılardan 29'u (%5,3) zayıf, 249'si (%45,1) normal, 219'i (%39,6) fazla kilolu, 55'si ise (%10,0) obezdir (Tablo 4.44).

Araştırmaya katılan sağlık sınıfı olmayan hastane personelinin yaşları 21 ile 64 arasında değişmekte olup yaş ortancası 41 (ortalama $40,6 \pm 7,2$) dir. Sağlık sınıfı olmayan hastane personelinin 682'si (%70,1) erkek ve 291'i (%29,9) kadındır. DSÖ VKİ sınıflama kriterlerine göre katılımcılardan 33'ü

(%3,5) zayıf, 344'ü (%36,0) normal, 430'u (%45,0) fazla kilolu, 149'u ise (%15,5) obezdir (Tablo 4.44).

Meslek grupları arasında yaş, cinsiyet ve VKİ istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır ($p < 0,001$).

Tablo 4.44. Araştırmaya katılan personelin sosyodemografik özelliklerine ve VKİ'lerine göre dağılımı

MESLEK	Ortanca yaş (En büyük- en küçük)	Cinsiyet n (%)		VKİ (kg/m ²)			
		E	K	Zayıf n (%)*	Normal n (%)*	Fazla kilolu n (%)*	Obez n (%)*
Hekim	37 (23-60)	437 (88,8)	55 (1,2)	16 (3,3)	163 (33,5)	251 (51,5)	57 (11,7)
Hemşire	36 (22-59)	16 (3,1)	495 (96,9)	100 (19,9)	292 (58,0)	91 (18,1)	20 (4,0)
Diğer yardımcı sağlık personeli	36 (22-65)	369 (65,7)	193 (34,3)	29 (5,3)	249 (45,1)	219 (39,6)	55 (10,0)
Sağlık sınıfı olmayan hastane çalışanları	41 (21-64)	682 (70,1)	291 (29,9)	33 (3,5)	344 (36,0)	430 (45,0)	149 (15,5)
Toplam	38 (21-65)	1.506 (59,2)	1.037 (40,8)	178 (7,1)	1.050 (41,9)	994 (39,7)	281 (11,2)
p	<0,001**	<0,001 895,874		<0,001 316,418			

* Satır yüzdesi

** Kruskal-Wallis testi

Araştırmaya katılan personelin 22'si (%0,9) ilkokul mezunu, 71'i (%2,8) ortaokul mezunu, 398'i (%15,7) lise mezunu, 1451'i (%57,3) yüksekokul mezunu/üniversite mezunu/pratisyen hekim ve 590'ı (%23,3) ise doktora/yüksek lisans mezunu/uzman doktordur (Tablo 4.45).

Tablo 4.45. Araştırmaya katılan personelin eğitim düzeylerine göre dağılımı

EĞİTİM DÜZEYİ	n	%*
İlkokul mezunu	22	0,9
Ortaokul mezunu	71	2,8
Lise mezunu	398	15,7
Yüksekokul mezunu/üniversite mezunu/ pratisyen hekim	1.451	57,3
Doktora/yüksek lisans mezunu/uzman doktor	590	23,3
Toplam	2.532	100,0

* Sütun yüzdesi

Sigara içme durumu sorusunu yanıtlayan 2.541 personelin 888'i (%34,9) araştırma tarihinde sigara içmektedir. Cinsiyete göre 1.505 erkek personelden 531'i (%35,3) ve 1.036 kadın personelden 357'si (%34,5) araştırma tarihinde sigara içmektedir (Tablo 4.46). Cinsiyete göre sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=0,183$; $p=0,669$).

Tablo 4.46. Araştırmaya katılan personelin cinsiyete göre halen sigara içme sıklıkları

CİNSİYET	n	Sigara içen sayısı	Sigara içme sıklığı (%)	p/ χ^2
Erkek	1.505	531	35,3	0,183 0,669
Kadın	1.036	357	34,5	
Toplam	2.541	888	34,9	

Araştırmaya katılan 493 hekimin 107'si (%21,7), 512 hemşirenin 162'si (%31,6), 563 diğer yardımcı sağlık personelinin 206'sı (%36,6) ve 973 sağlık sınıfı olmayan sağlık personelinin 413'ü (%42,4) araştırma tarihinde halen sigara içmektedir (Tablo 4.47). Meslekler arasında halen sigara kullanım durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=65,231$; $p<0,001$).

Tablo 4.47. Araştırmaya katılan personelin mesleğe göre halen sigara içme sıklıkları

MESLEK	n	Sigara içen Sayısı	Sigara içen sıklığı (%)	p/ χ^2
Hekim	493	107	21,7	<0,001 65,231
Hemşire	512	162	31,6	
Diğer yardımcı sağlık personeli	563	206	36,6	
Sağlık sınıfı olmayan hastane çalışanları	973	413	42,4	
Toplam	2.541	888	34,9	

Araştırmaya katılan personelin çalıştıkları birime göre yapılan branş gruplaması sonucunda sigara içme sıklıkları; temel tıp bilimlerindeki 148 personelden 32'si (%21,6), dahili tıp bilimlerindeki 796 personelden 276'sı (%34,7), cerrahi tıp bilimlerindeki 575 personelden 224'ü (%38,9) ve diğer bölümlerde görev yapan 952 personelden 341'i (%35,8) halen sigara içmektedir (Tablo 4.48). Personelin görev yaptığı branş ile halen sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=15,733$; $p=0,001$).

Tablo 4.48. Araştırmaya katılan personelin görev yaptığı branşa göre halen sigara içme sıklıkları

BRANŞ	n	Sigara içen Sayısı	Sigara içen sıklığı (%)	p/ χ^2
Temel bilimler	148	32	21,6	15,733 0,001
Dahili bilimler	796	276	34,7	
Cerrahi bilimler	575	224	38,5	
Diğer	952	341	35,8	
Toplam	2.541	888	34,9	

Araştırmaya katılan personelin halen sigara içme durumları ile VKİ'leri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2 = 4,646$; $p=0,200$) (Tablo 4.49).

Tablo 4.49. Araştırmaya katılan personelin halen sigara içme durumları ile VKİ'lerinin karşılaştırılması

Halen sigara içme durumu (n=2501)	VKİ								p/χ ²
	Zayıf		Normal		Fazla kilolu		Obez		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Evet	125	7,7	663	40,8	659	40,5	179	11,0	0,200 4,646
Hayır	53	6,1	386	44,1	334	38,2	102	11,7	
Toplam	178	7,1	1049	41,9	993	39,7	281	11,2	

Araştırmaya katılan 22 ilkokul mezununun 13'ü (%59,1), 71 ortaokul mezununun 38'i (%53,5), 397 lise mezununun 194'ü (%48,9), 1.450 yüksekokul mezunu/üniversite mezunu/pratisyen hekimin 506'sı (%34,9) ve 590 doktora/yüksek lisans mezunu/uzman doktorun 130'u (%22,0) halen sigara içmektedir (Tablo 4.50). Personelin eğitim düzeyi ile halen sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2 = 93,665$; $p<0,001$).

Tablo 4.50. Araştırmaya katılan personelin eğitim düzeylerine göre halen sigara içme sıklıkları

EĞİTİM DÜZEYİ	n	Sigara içen Sayısı	Sigara içen sıklığı (%)	p/ χ^2
İlkokul mezunu	22	13	59,1	<0,001 93,665
Ortaokul mezunu	71	38	53,5	
Lise mezunu	397	194	48,9	
Yüksekokul mezunu/üniversite mezunu/pratisyen hekim	1.450	506	34,9	
Doktora/yüksek lisans mezunu/uzman doktor	590	130	22,0	
Toplam	2.530	881	34,8	

Araştırmaya katılan 2541 personelden 1526'sı (%60,1) hayatının bir döneminde sigara içmiştir. Araştırmaya katılan 1505 erkek personelden 966'sı (%64,2) 1036 kadın personelden 560'ı (%54,0) hayatının bir döneminde sigara içmiştir (Tablo 4.51). Cinsiyet ile hayatının bir döneminde sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=26,259$; $p<0,001$).

Tablo 4.51. Araştırmaya katılan personelin cinsiyete göre hayatının bir döneminde sigara içme sıklıkları

CİNSİYET	n	Sigara içen sayısı	Sigara içen sıklığı (%)	p/ χ^2
Erkek	1.505	966	64,2	<0,001 26,259
Kadın	1.036	560	54,0	
Toplam	2.541	1.526	60,1	

Araştırmaya katılan 493 hekimin 221'i (%44,8), 512 hemşirenin 277'si (%54,1), 563 diğer yardımcı sağlık personelinin 363'ü (%64,5) ve 973 sağlık sınıfı olmayan hastane personelinin 665'i (%68,2) hayatının bir döneminde sigara içmiştir (Tablo 4.52). Meslekler arasında hayatının bir döneminde sigara içme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=87,682$; $p<0,001$).

Tablo 4.52. Araştırmaya katılan personelin mesleğe göre hayatının bir döneminde sigara içme sıklıkları

MESLEK	n	Sigara içen Sayısı	Sigara içen sıklığı (%)	p/ χ^2
Hekim	493	221	44,8	<0,001 87,682
Hemşire	512	277	54,1	
Diğer yardımcı sağlık personeli	563	363	64,5	
Sağlık sınıfı olmayan hastane çalışanları	973	665	68,2	
Toplam	2.541	1.526	60,1	

Araştırmaya katılan ilkokul mezunu 22 kişiden 19'u (%86,4), ortaokul mezunu 71 kişiden 55'i (%77,5), lise mezunu 397 kişiden 300'ü (%75,6), yüksekokul mezunu/üniversite mezunu/pratisyen hekim 1450 kişiden 864'ü (%59,6) ve doktora/yüksek lisans mezunu/uzman doktor 590 kişiden 279'u (%47,3) hayatının bir döneminde sigara içmiştir (Tablo 4.53). Eğitim durumuna göre hayatının bir döneminde sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=95,274$; $p<0,001$).

Tablo 4.53. Araştırmaya katılan personelin eğitim düzeyine göre hayatının bir döneminde sigara içme sıklıkları

EĞİTİM DÜZEYİ	n	Sigara içen Sayısı	Sigara içen sıklığı (%)	p/ χ^2
İlkokul mezunu	22	19	86,4	95,274 <0,001
Ortaokul mezunu	71	55	77,5	
Lise mezunu	397	300	75,6	
Yüksekokul mezunu/üniversite mezunu/pratisyen hekim	1.450	864	59,6	
Doktora/yüksek lisans mezunu/uzman doktor	590	279	47,3	
Toplam	2.541	1.526	60,1	

Araştırmaya katılan personelin hayatlarının bir döneminde sigara içme durumları ile VKİ'leri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=33,763$; $p<0,001$) (Tablo 4.54).

Tablo 4.54. Araştırmaya katılan personelin hayatlarının bir döneminde sigara içme durumları ile VKİ'lerinin karşılaştırılması

Hayatının bir döneminde sigara içme durumu (n=2501)	VKİ								p/
	Zayıf		Normal		Fazla kilolu		Obez		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Evet	105	10,5	423	42,3	379	37,9	93	9,3	<0,001 33,763
Hayır	73	4,9	626	41,7	614	40,9	188	12,5	
Toplam	178	7,1	1.049	41,9	993	39,7	281	11,2	

Araştırmaya katılan personelin sigaraya başlama yaşı 6 ile 45 arasında değişmekte ve ortalama yaş 18 (ortalama $18,7 \pm 4,1$) dir. Cinsiyete göre sigaraya başlama yaşı erkeklerde 6 ile 45 arasında değişmekte ve ortalama yaş 18 (ortalama $17,8 \pm 4,0$), kadınlarda ortalama yaş 20 (ortalama $20,2 \pm 3,8$) en küçük yaş 7 ve en büyük yaş 39'dur (Tablo 4.55). Cinsiyete göre sigaraya başlama yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0,001$).

Tablo 4.55. Araştırmaya katılan personelin cinsiyete göre sigaraya başlama yaşları

CİNSİYET	Sigaraya başlama yaşı; ortalama (en küçük-en büyük)	p*
Erkek	18 (6-45)	<0,001
Kadın	20 (7-39)	
Toplam	18 (6-45)	

* Mann-Whitney U testi

Personelin eğitim düzeyine göre sigaraya başlama yaşı; ilköğretim mezunlarında ortalama yaş 17 (ortalama $16,0 \pm 3,5$) en küçük yaş 7 ve en büyük yaş 21, ortaokul mezunlarında ortalama yaş 16 (ortalama $16,5 \pm 3,7$) en küçük yaş 8 ve en büyük yaş 25, lise mezunlarında ortalama yaş 17 (ortalama $17,7 \pm 4,1$) en küçük 6 ve en büyük 33, yüksekokul mezunu/üniversite mezunu/pratisyen hekimlerde ortalama yaş 18 (ortalama $18,8 \pm 3,6$) en küçük yaş 6 ve en büyük yaş 35, doktora/yüksek lisans mezunu/uzman doktorlarda ortalama yaş 19 (ortalama $20,2 \pm 5,0$) en küçük yaş 8 ve en büyük yaş 45'dir. Personelin eğitim düzeyine göre sigaraya başlama yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0,001$). Bu farkın hangi ikili grup veya gruplar arasında olduğuna yönelik yapılan analizlerde ilköğretim mezunları ile doktora/yüksek lisans mezunu/uzman doktor ($p = 0,001$), ortaokul mezunları ile yüksekokul mezunu/üniversite mezunu/pratisyen hekim ($p < 0,001$), ortaokul mezunları ile doktora/yüksek lisans mezunu/uzman doktor ($p < 0,001$), lise mezunları ve yüksekokul mezunu/üniversite mezunu/pratisyen hekim ($p < 0,001$), lise mezunları ve doktora/yüksek lisans

mezunu/uzman doktor ($p<0,001$) ve yüksekokul mezunu/üniversite mezunu/pratisyen hekim ile doktora/yüksek lisans mezunu/uzman doktor arasında ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.56).

Tablo 4.56. Araştırmaya katılan personelin eğitim düzeyine göre sigaraya başlama yaşları

EĞİTİM DÜZEYİ	Sigaraya başlama yaşı; Ortanca (en küçük-en büyük değer)	p*
İlkokul mezunu	17 (7-21)	<0,001
Ortaokul mezunu	16 (8-25)	
Lise mezunu	17 (6-33)	
Yüksekokul mezunu/üniversite mezunu/pratisyen hekim	18 (6-35)	
Doktora/yüksek lisans mezunu /uzman doktor	19 (8-45)	
Toplam	18 (6-45)	

* Kruskal-Wallis testi

Personelin mesleğe göre sigaraya başlama yaşı hekimlerde ortalama yaş 19 (ortalama $20,0\pm4,7$) en küçük yaş 8 ve en büyük yaş 45, hemşirelerde ortalama yaş 19 (ortalama $19,9\pm3,6$) en küçük 13 ve en büyük 35, diğer yardımcı sağlık personeli ortalama yaş 18 (ortalama $18,4\pm3,6$) en küçük 7 ve en büyük 35 ve sağlık sınıfı olmayan hastane çalışanları ortalama yaş 18 (ortalama $18,0\pm4,2$) en küçük 6 ve en büyük yaş 40'tır. Personelin meslek grubuna göre sigaraya başlama yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,001$). Bu farkın hangi ikili grup veya gruplar arasında olduğuna yönelik yapılan analizlerde hekimler ile diğer yardımcı sağlık personeli ($p<0,001$), hekimler ile sağlık sınıfı olmayan hastane çalışanları ($p<0,001$), hemşireler ile diğer yardımcı sağlık personeli ($p<0,001$), hemşireler ile sağlık sınıfı olmayan hastane çalışanları ($p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.57).

Tablo 4.57. Araştırmaya katılan personelin mesleğine göre sigaraya başlama yaşları

MESLEK	Sigaraya başlama yaşı; Ortanca (en küçük-en büyük)	p*
Hekim	19 (8-45)	<0,001
Hemşire	19 (13-35)	
Diğer yardımcı sağlık personeli	18 (7-35)	
Sağlık sınıfı olmayan hastane çalışanları	18 (6-40)	
Toplam	18 (6-45)	

* Kruskal-Wallis testi

Araştırmaya katılan personelin sigara içmeye düzenli başlama ortanca yaşı 20 (ortalama 20,3±4,1) en küçük yaş 10 en büyük yaş 45'tir.

Araştırmaya katılan personelin sigaraya başlama dönemine bakıldığında; 5'i (%0,4) ilkokul öncesi dönemde, 32'si (%2,3) ilkokul döneminde, 146'sı (%10,6) ortaokul döneminde, 499'u (%36,4) lise döneminde, 411'i (%30,0) yüksekokul/üniversite döneminde, 147'si (%10,7) yüksekokul/üniversite sonrası dönemde ve 131'i (%9,6) ise diğer dönemlerde sigaraya başladığını ifade etmiştir.

"Ailenizde kimler sigara içiyor/içiyordu?" sorusunun yanıtları incelendiğinde babasının sigara içme durumu ile kendisinin sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=3,810$; $p=0,051$). Eşinin sigara içme durumu ile kendisinin sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=5,442$; $p=0,020$). Kardeşinin sigara içme durumu ile kendisinin sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=3,764$; $p=0,052$).

Araştırmaya katılan sigara içicisi personelin günlük içtikleri sigara ortancası 11 (ortalama 13,1±8,4) olup; en küçük değer 1, en büyük değer 40'dır. Hekimlerin günlük içtikleri sigara sayısı için ortanca değer 11

(ortalama 13,1±8,1) en küçük değer 1 ve en büyük değer 40; hemşireler için ortanca 10 (ortalama 10,5±7,0) en küçük değer 1 ve en büyük değer 40; diğer yardımcı sağlık personeli ortanca 10 (ortalama 12,4±8,3) en küçük değer 1 ve en büyük değer 40; sağlık sınıfı olmayan hastane çalışanları için ise ortanca 15 (ortalama 14,4±8,8) en küçük değer 1 ve en büyük değer 40'tır. Meslek grupları ile günlük içilen sigara miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,001$). Bu farkın hangi ikili grup veya gruplar arasında olduğuna yönelik yapılan analizlerde hekimler ile hemşire ($p=0,008$), hemşireler ile sağlık sınıfı olmayan hastane çalışanları ($p<0,001$), diğer yardımcı sağlık personeli ile sağlık sınıfı olmayan hastane çalışanları ($p=0,007$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (Tablo 4.58).

Tablo 4.58. Araştırmaya katılan personelin mesleğine göre günlük içtikleri sigara sayıları

MESLEK	Günlük içilen sigara sayısı; Ortanca (en küçük-en büyük)	p*
Hekim	11 (1-40)	<0,001
Hemşire	10 (1-40)	
Diğer yardımcı sağlık personeli	10 (1-40)	
Sağlık sınıfı olmayan hastane çalışanları	15 (1-40)	
Toplam	11 (1-40)	

* Kruskal-Wallis testi

“Sigara içmeyenlerin de içilen ortamlarda bulundukları taktirde (pasif maruziyet) içenler kadar zarar gördüklerini düşünüyor musunuz?” sorusunu yanıtlayan katılımcıların 2391’i (%94,6) evet, 68’i (%2,7) hayır ve 69’u (%2,7) kararsızım yanıtını vermiştir. Aynı soruya sigara içenlerin %90,9’u evet yanıtını verirken sigara içmeyenlerin ise %96,5’i evet yanıtı vermiştir.

“Evinizin iç (kapalı) ortamlarında herhangi bir kişi tarafından ne sıklıkla sigara içiliyor?” sorusunu yanıtlayan katılımcıların 445’i (%17,8) “hergün”, 70’i (%2,8) “haftada bir”, 68’i (%2,7) “ayda bir”, 171’i (%6,8) “ayda birden

nadir”, 1702’si (%68,2) “hiçbir zaman” şeklinde yanıt verirken, 41’i (%1,7) ise hatırlamadığını ifade etmiştir.

“Son 30 gün içerisinde çalışma ortamınız olan kapalı alan içerisinde/hastane içerisinde sigara içen herhangi bir kimseye (içeni görmek/duman kokusu almak şeklinde) rastladınız mı?” sorusunu yanıtlayan katılımcıların 1123’ü (%47,4) “hayır”, 153’ü (%6,5) “hatırlamıyorum”, 1095’i (%46,1) ise “evet” yanıtını vermiştir.

Herhangi bir dönemde sigarayı bırakmayı denediniz mi?” sorusunu yanıtlayan personelin 893’ü (%76,6) “evet”, 273’ü (%23,4) ise “hayır” yanıtını vermiştir. “Evet” yanıtını verenlerde bırakmayı deneme sayısı 1 ile 50 arasında değişmekte olup ortancası 2’dir (ortalaması 2,9±3,2). Sigarayı bırakmayı deneyip başaramadıklarını ifade eden katılımcıların 231’i (%27,7) zor oluşu nedeniyle, 209’u (%25,1) sinirli hale geldiği için, 74’ü (%8,9) kilo almaya başladığı için, 75’i (%9,0) bu sayılan sebeplerden birkaçı nedeniyle, 179’u (%21,5) ise bunlar haricindeki sebep/sebeplerle başarısız olduklarını ifade etmişlerdir

Araştırmaya katılan sigara içen personelin 568’i (%64,3) son 12 ay içerisinde sigarayı bırakmayı düşündüğünü ifade ederken, 315’i (%35,7) ise bu dönemde sigarayı bırakmayı düşünmemiştir. Sigarayı bırakmayı düşünenlerde en fazla (%77,7) öne çıkan sebep olarak, sağlık riskleri göze çarpmaktadır. Bunu %22,8 ile ekonomik sebepler ve %21,2 ile sigara içmenin kötü alışkanlık olduğu görüşü takip etmiştir.

Son 12 ayda sigara içenlerin 119’u (%13,7) doktora/sağlık kuruluşuna herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle başvurmuşken, sigara içmeyenlerde bu sayı 556 (%46,8)’dir. Sigara içmekte olup, son 12 ay içerisinde doktora/sağlık kuruluşuna başvuranların 79’una (%68,7) doktor tarafından sigarayı bırakması tavsiye edilmiştir.

“Son 30 gün içerisinde okuduğunuz gazete/dergilerde sigara kullanmanın tehlikeleri hakkında ya da sigarayı bırakmayı teşvik edici herhangi bir bilgilendirme dikkatinizi çekti mi?” sorusunu yanıtlayan 2475

personelin 1542'si (%62,3); “Son 30 gün içerisinde TV’de sigara kullanmanın tehlikeleri hakkında ya da sigarayı bırakmayı teşvik edici herhangi bir bilgilendirme dikkatinizi çekti mi?” sorusunu yanıtlayan 2497 personelin 2176’sı (%87,1); “Son 30 gün içerisinde sigara paketleri üzerinde herhangi bir sağlık uyarısı dikkatinizi çekti mi?” sorusunu yanıtlayan sigara içicisi 876 personelin 748’i (%85,4) ve “Son 30 gün içerisinde sigara paketleri üzerinde gördüğünüz sağlık uyarı ibareleri sizde sigarayı bırakma düşüncesi oluşturdu mu?” sorusunu yanıtlayan sigara içicisi 750 personelin 397’si (%52,9) “evet” yanıtını vermiştir (Tablo 4.59).

Tablo 4.59. Sigara karşıtı uyarıların katılımcılarca algılanma durumu

SORU	N	Evet (n)	%
Son 30 gün içerisinde okuduğunuz gazete / dergilerde sigara kullanmanın tehlikeleri hakkında ya da sigarayı bırakmayı teşvik edici herhangi bir bilgilendirme dikkatinizi çekti mi?	2.475	1.542	62,3
Son 30 gün içerisinde TV’de sigara kullanmanın tehlikeleri hakkında ya da sigarayı bırakmayı teşvik edici herhangi bir bilgilendirme dikkatinizi çekti mi?	2.497	2.176	87,1
Son 30 gün içerisinde sigara paketleri üzerinde herhangi bir sağlık uyarısı dikkatinizi çekti mi?	876	748	85,4
Son 30 gün içerisinde sigara paketleri üzerinde gördüğünüz sağlık uyarı ibareleri sizde sigarayı bırakma düşüncesi oluşturdu mu?	750	397	52,9

“Çalıştığınız kurum bünyesinde bugüne kadar sigara kullanmanın tehlikeleri hakkında ya da sigarayı bırakmayı teşvik edici herhangi bir bilgilendirme faaliyeti (seminer, bölüm toplantısı vb.) yapıldı mı?” sorusunu yanıtlayan personelin 200’ü (%8,0) “evet yapıldı ama katılmadım”, 186’sı (%7,6) “evet yapıldı ve katıldım”, 1355’i (%54,5) “hayır, yapılmadı” şeklinde yanıt vermiş; 744’ü (%29,9) ise hatırlamadığını ifade etmiştir (Tablo 4.60).

Tablo 4.60. Personelin görev yaptığı kurumda sigara ve zararları ile sigarayı bırakma konularında bilgilendirilme durumu

SORU (n= 2485)	Evet ama katılmadım n (%)	Evet katıldım n (%)	Hayır yapılmadı n (%)	Hatırlamı yorum n (%)
Çalıştığınız kurum bünyesinde bugüne kadar sigara kullanmanın tehlikeleri hakkında ya da sigarayı bırakmayı teşvik edici herhangi bir bilgilendirme faaliyeti yapıldı mı?	200 (8,0)	186 (7,6)	1.355 (54,5)	744 (29,9)

“Sigarayla mücadeleyle yönelik müdahaleler/destek yöntemleri konularında mesleki eğitiminiz (tıp fakültesi, hemşirelik yüksekokulu vb.de) esnasında eğitim aldınız mı?” sorusuna doktor, hemşire, eczacı, diş hekimi, sağlık astsubayları ve sağlık memurlarından oluşan 1277 kişiden 368’i (%28,8) “evet” demiştir. Doktorlar için bu sayı 154 (%36,1), hemşireler için 133 (%26,8), sağlık astsubayları için ise 52 (%22,2) olarak karşımıza çıkmaktadır.

“Son 30 gün içerisinde sigara satışı yapılan dükkanlarda / marketlerde sigarayı özendirici herhangi bir reklam ya da ilana rastladınız mı?” sorusunu yanıtlayan 2479 personelin 105’i (%4,2) “evet” yanıtını vermiştir. Bu kapsamdaki reklam/ilanlardan en fazla karşılaşılanı %39,6 ile “sigara logolu kıyafet/ürün verilmesi” olup bunu %31,3 ile “elektronik posta yoluyla sigara reklamı gelmesi” izlemektedir (Tablo 4.61).

Tablo 4.61. Personelin son 30 gün içerisinde sigara satışı yapılan dükkanlarda/marketlerde sigarayı özendirici herhangi bir reklam ya da ilana rastlama durumu

SORU	n	Evet (n)	%
Son 30 gün içerisinde sigara satışı yapılan dükkanlarda/marketlerde sigarayı özendirici herhangi bir reklam ya da ilana rastladınız mı?	2.479	105	4,2

“Sağlık personeli sigara içmemeli” ifadesine katılıyor musunuz?” sorusunu yanıtlayan 2310 personelin 1755’i (%76,0) “evet” yanıtı verirken, sağlık personeli olan 1460 kişinin 1127’si (%77,2) “evet” yanıtı vermiştir. Sağlık personeli olmayan hastane çalışanlarından 850 kişi arasında ise bu soruya “evet” yanıtı verenler 628 (%73,9) idi (Tablo 4.62).

“Hastalar tarafından davranış modeli (rol model) olarak kabul edildiğinizi düşünüyor musunuz?” sorusuna doktor, hemşire, eczacı, diş hekimi, sağlık astsubayları ve sağlık memurlarından oluşan 1202 kişiden 622’si (%51,7) “evet” demiştir. Tıp doktorları için bu sayı 271 (%59,8), hemşireler için 252 (%54,7), sağlık astsubayları için ise 68 (%32,1) olarak karşımıza çıkmaktadır (Tablo 4.62).

Tablo 4.62. Personelin “Sağlık personeli sigara içmemeli” ibaresi ve hastalarca rol model kabul edilme düşüncelerine katılım sıklığı

SORU	n	Evet (n)	%
“Sağlık personeli sigara içmemeli” ifadesine katılıyor musunuz?	2.310	1.755	76,0
Hastalar tarafından davranış modeli (rol model) olarak kabul edildiğinizi düşünüyor musunuz?*	1.202	622	51,7

* Sadece sağlık personeli tarafından yanıtlanmıştır.

“Hastane içerisinde sigara içenlerin cezalandırılmasını destekliyor musunuz?” sorusunu yanıtlayan 2508 personelin 1819’u (%72,5) evet, 406’sı (%16,2) hayır ve 283’ü (%11,3) kararsızım yanıtını vermiştir.

“Personelin hastane içerisinde kapalı alanlardaki sigara yasağına uyumunu arttırmak için sizce ne yapılabilir?” sorusunu yanıtlayan personelin 1484’ü (%60,9) “her bölümde sigara içilmesine izin verilen alanlar tayin edilmesi”; 747’si (%39,2) “sigara içerken yakalanan personelin cezalandırılması” ve 681’i (%30,6) “bölüm olarak bu yasağa uyulacağına dair karar alınması” yanıtını vermiştir. Bu soruya en sık yanıt olarak; tıp doktorları 192 (%47,4) kişi ile, hemşireler 304 (%62,8) kişi ile ve sağlık astsubayları da 120 (%50,6) kişi ile “her bölümde sigara içilmesine izin verilen alanlar tayin edilmesi” yanıtını vermiştir.

“Hastane içerisinde sigara içerken gördüğünüz/göreceğiniz meslektaşlarınıza karşı tutum ve davranışınız ne şekilde olurdu?” sorusunu yanıtlayan personelin 864’ü (%35,2) sigara içeni uyarmak, 607’si (%24,8) sigara içene hiçbir şey söylememek, 547’si (%24,3) kendim uzaklaşmak olarak görüş belirtmiştir.

Araştırmaya katılan sigara içicisi personelin FNBT sınıflamasına göre nikotin bağımlılık düzeylerinin dağılımı; 441’i (%54,5) çok az düzeyde, 130’u (%16,0) az düzeyde, 82’si (%10,1) orta düzeyde, 99’u (%12,2) yüksek düzeyde ve 58’si (%7,2) ise çok yüksek düzeyde nikotin bağımlısı olarak ortaya çıkmıştır. Bağımlılık düzeyi “çok yüksek” olarak sınıflanan sigara içici sayısı; hekimlerde 8 (%8,0), hemşirelerde 5 (%3,2), diğer yardımcı sağlık personelinde 12 (%6,6) ve sağlık sınıfı olmayan hastane çalışanlarında 33 (%8,9) olarak bulunmuştur (Tablo 4.63). Personel arasında FNBT sınıflaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=17,430$; $p=0,134$).

Tablo 4.63. Sigara içen personelin FNBT puanına göre nikotin bağımlılık düzeyleri

MESLEK	FNBT'ye göre nikotin bağımlılık düzeyleri										p/ χ^2
	Çok az		Az		Orta		Yüksek		Çok yüksek		
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	0,134 17,430
Hekim	60	60,0	12	12,0	10	10,0	10	10,0	8	8,0	
Hemşire	99	63,0	24	15,3	14	8,9	15	9,6	5	3,2	
Diğer yardımcı sağlık personeli	105	58,0	28	15,5	16	8,8	20	11,0	12	6,6	
Sağlık sınıfı olmayan hastane çalışanları	177	47,6	66	17,7	42	11,3	54	14,5	33	8,9	
Toplam	441	54,5	130	16,0	82	10,1	99	12,2	58	7,2	

* Satır yüzdesi

5. TARTIŞMA

5.1. ÖĞRENCİLERE AİT BULGULARIN TARTIŞMASI

Araştırmaya GATA bünyesindeki üç okul olan ATF, HYO ve SAMYO'da öğrenim gören, 835'i (%68,7) erkek, 380'i (%31,3) kadın toplam 1215 öğrenci katılmıştır. HYO öğrencilerinin tamamı kadın, SAMYO öğrencilerinin tamamı erkek ve ATF öğrencilerinin ise %94,1'i erkek, %5,9'u kadındır. Araştırma tarihinde sigara içme sıklığı %15,9 (erkeklerde %19,8; kadınlarda ise %7,4) olup, cinsiyete göre sigara içimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. KGTA 2009 sonuçlarına göre toplumumuzda 13-15 yaş grubunda sigara içme sıklığı erkeklerde %10,2; kadınlarda ise %5,3 bulunmuştur (79). Söz konusu araştırmaya katılan bireylerin 2013'te 17-19 yaş grubunda olduğu düşünülürse çalışmamızdaki katılımcılarla kıyaslama yapmanın mantığı anlaşılabilecek ve özellikle erkeklerde olmak üzere, geçen 4-5 yıllık sürede her iki cinsiyetin de sigara içme sıklığındaki artış dikkat çekecektir.

Araştırma tarihinde sigara içme sıklığı; ATF öğrencilerinde %12,0; HYO öğrencilerinde %7,9 ve SAMYO öğrencilerinde %38,7 olup; okullar arasında halen sigara içim sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve bu farkı yaratan SAMYO öğrencilerindeki sıklığın yüksek oluşudur.

ATF'de sigara içme sıklığı altıncı sınıf öğrencilerinde en yüksek (%19,7), üçüncü sınıf öğrencilerinde ise en düşük (%9,0) bulunmuştur. Sınıflar arasında sigara içme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ama üçüncü sınıf göz ardı edilirse sigara içme sıklığı sınıflar büyüdükçe dikkat çekici bir şekilde artma eğilimindedir. Kır ve ark. (1997), ATF öğrencilerinde yaptığı araştırmaya bakıldığında; sigara içme sıklığında %27,3'ten %12,0'a ciddi bir azalma görülmektedir (85).

Tahir ve ark. (2006) Hacettepe Tıp Fakültesinde yaptığı araştırmada sigara içim sıklıkları; 1.sınıflarda %10,2, 2.sınıflarda %7,8, 3.sınıflarda %8,9, 4.sınıflarda %10,4 ve 5.sınıflarda %10,4 bulunmuş olup ATF sınıflarıyla

kıyaslandığında daha düşük değerler dikkati çekmektedir. Aradaki farkın yatılı okul şartlarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

HYO'da sigara içme sıklığı %7,9 bulunmuş olup; en yüksek sıklık dördüncü sınıf öğrencilerinde (%13,7), en düşük sıklık ise birinci sınıf öğrencilerinde (%0) bulunmuştur. Birinci sınıf öğrencilerinde sigara içen kimsenin olmayışı dikkat çekicidir. Sınıflar arasında sigara içme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Dünya'da yapılmış çalışmalarda hemşirelik öğrencilerinde sigara içme sıklıklarına bakılacak olursa; Smith ve ark. (1990-2005) sistematik derlemesinde %3-51 arasında değişen, Vitzthum ve ark. (2013) Almanya'da hemşirelik öğrencilerinde %41,9, Alkawari ve ark. (2009) Bahreyn'deki hemşirelik okulu üçüncü sınıf öğrencilerinde %9,4 (buna ilaveten sigara dışı tütün ürünlerinde %10,8 kullanım sıklığı), Suzuki ve ark. (2005) araştırmasında ise Japonya hemşirelik öğrencilerinde %24 gibi sıklıklar belirlemişlerdir (35,63,64). Sekijima ve ark. (2005) Japonya'da iki ayrı hemşirelik okulunda toplam 716 hemşirelik öğrencisinde yaptığı araştırmada da HYO'dakine yakın bir değere ulaştığı (%6,2) görülmektedir (57).

SAMYO'da sigara içme sıklığı %38,7 olup sınıflar arasında sigara içme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Açikel ve ark. (2004), GATA SAMYO öğrencilerinde yaptığı çalışmada sigara içme sıklığının %47,9 olduğu dikkate alınırsa SAMYO öğrencilerinde sigara içme sıklığının zaman içerisinde düşüş gösterse de halen yüksek değerlerde olduğu göze çarpmaktadır (54).

Benzer çalışmalarda sigara içme sıklıkları; Koca (2011) tarafından İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde %12,3; Söylemez (2012) tarafından Sağlık Meslek Hizmet Yüksekokulu öğrencilerinde %29,8 ve Samancı (2010) tarafından Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinde %32,3 olarak bulunmuştur (19,21,22). SAMYO'daki değerlerin tüm bu çalışmalardan daha yüksek olması dikkat çekicidir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %28,6'sı hayatının bir döneminde sigara içtiği ifade etmektedir. Öğrenciler arasında cinsiyete (erkeklerde daha yüksek) ve okula göre (SAMYO öğrencilerindeki ciddi yükseklikten (%59,1) kaynaklanan) hayatının bir döneminde sigara içimi yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

“Sigarayı bırakmanın kolay olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuna ATF’de %37,6, HYO’da %36,3 ve SAMYO’da %49,6 öğrenci “evet” şeklinde yanıt vermiştir. Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. SAMYO’da bu soruya verilen “evet” yanıtının yüksek sıklıkta oluşu, öğrencilerin istedikleri zaman kolayca bırakabilecekleri yanılgısıyla sigaraya başlamalarının ve kolayca bağımlı hale gelerek yüksek sıklıklarla sigara içiyor olmalarının olası bir sebebi olabilir. Bu tutum, gençlerin sigaranın zararları konusunda bilgilendirilmesi ve halen sigara içmeyen öğrencilerin korunması açısından daha da önemli bir hale gelmektedir. Benzer biçimde “sizce insanlar tıpkı uyuşturucuya bağımlı hale gelebildikleri şekilde sigaraya da bağımlı hale gelebilirler mi?” sorusuna “hayır” yanıtını %21,5’lik en yüksek sıklıkla veren yine SAMYO olmuştur ve okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden de istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

“Son 12 ay içerisinde, okulunuzca düzenlenen ve sizin yaşınızdaki insanları sigara ve diğer tütün ürünlerinden uzaklaştırmayı/uzak tutmayı hedefleyen herhangi bir faaliyete katıldınız mı?” sorusuna öğrencilerin yalnızca %16,6’sının olumlu yanıt vermesi, bu konudaki eğitim zafiyetini akla getirmektedir. Önceki eğitim-öğretim döneminde size sigara kullanımı ile ilgili herhangi bir ders verildi mi?” sorusuna öğrencilerin %40,6’sı evet yanıtını vermiş ve en düşük sıklık (%29,4) ilginç bir şekilde ATF öğrencilerinde saptanmıştır. Bu durum sigarayı pek çok derste, pek çok hastalığın etyolojisindeki temel faktör olarak eğitim süresi boyunca defalarca dinleyen tıp fakültesi/hemşirelik/sağlık astsubayı öğrencilerinin bu bilgiyi diğer bilgilerden farklı olarak kendi yaşamlarını düzenlemede veya farkındalık oluşturmada kullanmadıklarını düşündürmektedir. Aslında sigara içimi ve

bıraktırma tekniklerinin özel bir başlık halinde fakülte eğitim müfredatlarında yer alması gerekliliği kaçınılmazdır. Bu eksikliği destekleyici bir veri, personel verilerinin analizinde de karşımıza çıkmış; sigarayı bıraktırmaya yönelik eğitim aldığını kabul eden doktor, hemşire ve sağlık astsubaylarının sıklığı sırasıyla %36,1 %26,8 ve %22,2 düzeylerinde kalmıştır. Richmond ve ark. (1998) tarafından dünya genelinde 93 ülkeden 493 tıp fakültesinde sigara ve sigarayla mücadele konularında öğrencilere verilen eğitime yönelik yapılan araştırmada, bu konuyu özel bir başlık olarak eğitim müfredatlarına dahil eden okul sıklığı yalnızca %11 olarak bulunmuştur (65).

DSÖ VKİ sınıflama kriterlerine göre katılımcılardan %4,3'ü zayıf, %78,8'i normal, %15,6'sı fazla kilolu, %1,2'si de obezdir. Araştırmaya katılan öğrencilerin halen sigara içme durumları ile VKİ'leri arasında da, hayatlarının bir döneminde sigara içme durumları ile VKİ'leri arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Dolayısıyla bulgularımız, sigara içme ile vücut ağırlığının kontrol edilebildiği/ilişkili olduğu görüşüyle çelişmektedir. Zaten, "Sigara içmenin insanların vücut ağırlıklarını düzenlemede ya da kontrol altına almada yardımcı olabilen bir etken olduğunu düşünüyor musunuz?" sorusunu yanıtlayan öğrencilerden %12,5'i sigara içmenin insanların vücut ağırlığı ile ilişkili olduğunu değerlendirmektedir.

Son 12 ay içerisinde bir doktor, diş hekimi ya da sağlık kurumunda görevli herhangi bir personel size sigara içmenin tehlikeleri hakkında bilgi aldığını belirtenlerin sıklığı %48,6; aile bireylerinden birinin kendisine bu konuda bilgi verdiğini belirtenlerin sıklığı ise %39,1'dir. Söz konusu bireylerin yaşları göz önüne alındığında gençlik çağına oldukları, dolayısıyla çevresel etkilenime son derece açık oldukları görülecektir. Bu noktada kendilerine örnek aldıkları aile bireyleri ve gelecekteki meslektaşları olan sağlık çalışanlarının telkinleri büyük öneme sahiptir. Özellikle ailesi tarafından bu gibi önemli konularda uyarılmayan/bilgilendirilmeyen gençlerin yanlış tercihler yapabilme sıklıkları oldukça artmaktadır.

Katılımcıların %46,5'i hiç nargile içmediklerini ifade etmişlerdir. Bu durum; sigara içimine kıyasla katılımcılarda deneme/içilme sıklığı oldukça

yüksek olan nargilenin bir tütün ürünü ya da bağımlılık potansiyeli olan bir tehlike olarak kabul edilmediğini akla getirmektedir. Nargilenin kullanımının bu kadar yüksek sıklıklara ulaşması; gençlere yönelik sosyal alanlarda çay gibi, kahve gibi menülere pek çok çeşidi ve albenisiyle dahil edilmesi, kolay ulaşılabilir olması, içerisine katılan çeşitli aromalarla içiminin daha kolay ve yumuşak hale getirilmesi ve zararlı bir ürün değilmiş gibi bir algı oluşturulmasından da kaynaklanıyor olabilir. Nitekim nargilenin zararının sigara ile kıyaslanmasını sorgulayan soruya katılımcıların %14,3'ü daha az zararlı olduğu yönünde yanıt vermiştir.

Sağlık Bakanlığının “Sigarayı Bırakma ve Yardım Hattı” olarak kullanılan numarası sorulduğunda katılımcıların %75,7'si numarayı doğru bilmiştir. Okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (ve ilginç bir biçimde en yüksek doğru yanıt sıklığı %88,4 ile SAMYO'da bulunmuştur). Sigara içicilerinin büyük kısmı çeşitli zamanlarda sigarayı bırakmayı düşünmekte/denemektedir. Bu noktada başarı şanslarını arttırmak için bu bireylere yardım ulaştırılması önemlidir. Bu yardım medikal tedavi olabileceği gibi sigarayı bıraktırma hattı vb. bir sosyal yardım da olabilir. Araştırmanın yürütüldüğü okullar arasında sigara içme sıklığı en yüksek olan SAMYO'da bu bilginin de en yüksek sıklıkla doğru olarak bilinmesi, bırakmaları adına umut verici olarak değerlendirilebilir.

Görsel medyada sigara karşıtı uygulamalara yönelik sorulardan; “Yakın zamanda sinemada izlediğiniz filmlerde film karakterlerinden herhangi birinin sigara içtiğini gördünüz mü?” sorusuna %71,7; “Son zamanlarda TV'de/DVD'de vb. seyrettiğiniz filmlerde film karakterlerinin sigara içtiğini gördünüz mü?” sorusuna ise %77,9 “evet” yanıtı verilmiştir. “Son 30 günde TV'de/radyoda/internette/reklam panolarında/gazete ve dergilerde sigara ile karşılaştınız mı?” sorusuna katılımcıların yalnızca %11,6'sı karşılaşmadığı şeklinde yanıt vermiştir. Bilindiği gibi görsel medyada sigaranın açık bir biçimde içildiğinin gösterilmesi, sigarayı çağrıştıracak uygulamaların/diyalogların kullanılması yasaklanmıştır. Yakın tarihli yapımlarda bu kurala uyuluyor olsa da, uygulamalar öncesi çekilen veya yurt

dışı kökenli olan yayınlarda bu mümkün olmamakta; var olan görüntü buğulanarak veya üzerine çiçek vb. desenler monte edilerek kapatılmaya çalışılmaktadır. Yine tütün mevzuatı gereği ulusal kanallarda sigara ve zararları konusunda zorunlu bir takım bilgilendirme görüntüleri (kamu spotu vb.) ekranlarda sürekli gösterilmektedir. Yanıtlardan anlaşıldığı kadarıyla bu mesajlar erişkin toplum tarafından alındığı düzeyde gençlere de ulaşabilmektedir. Hatta bahsedilen bazı uygulamalar beklenenin tam aksine sigaraya dikkat çekilmesi ile de sonlanabilmektedir. Buna örnek olarak katılımcıların açık uçlu olarak sorulan “Televizyon, DVD vb.de izlediğiniz filmlerde/ dizilerde tütün kullanımının çiçek, mozaik, bulanık görüntü vb. ile kapatılması hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusuna verdiği yanıt gösterilebilir. Çünkü söz konusu soruya katılımcıların sadece %23,4 “doğru/faydalı” şeklinde yanıt verirken, %14,9’u uygulamayı “saçma” bulmakta, %9,1’i “daha çok ilgi çektiğini” düşünmekte, %29,7’si ise bu uygulamayı “gereksiz/faydasız” bulmaktadır

“Son bir haftanın kaç gününde sigara içen bir kişiyle aynı odada bulundunuz?” sorusuna öğrencilerden sadece %41,0’ı hiç bulunmadığı şeklinde yanıt verirken geriye kalanlar değişik sıklıklarda, hatta %30,5’i haftanın her gününde sigara içilen bir odada pasif maruziyet yaşadığı yanıtını vermiştir. Bu maruziyetin yaşandığı yer sorulduğunda ise en sık yanıt %33,2 ile “okul” ve sigarayı içenin kim olduğu sorusuna en sık verilen yanıt %44,3 ile “arkadaşlarımdan bir veya birkaçı” olmuştur. Anketin üç adet yatılı okulda düzenlenmesi her ne kadar yanıtı etkilese de (okulları aynı zamanda yaşadıkları yer de olduğu için), okullarda kapalı ortamda sigara içimine devam edildiğine de dikkat çekmektedir. Yanında sigara içen kişiyi soran soruya verilen %3,2’lik “anne/babam” yanıtı da bir o kadar düşündürücüdür. Hem çocuklarına kötü örnek olmaları ve onlarda sigaraya başlama riskini arttırmaları hem de pasif maruziyet ile onlara zarar veriyor olmaları çok önemli bir yanıştır. “Başka kişilerin sigaralarından çıkan dumana maruz kalmanın zararlı olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuna katılımcıların %95,4’ü evet yanıtı vermiştir. “Son 12 ayda sizinle aynı evde/odada yaşayan herhangi bir kimseden sigarayı bırakmasını istediniz mi?” sorusunu

yanıtlayan öğrencilerden %13,9'u "evet" yanıtını verirken, "Böyle bir durumda karşınızdaki kişiden sigara içmemesini isteme sebebiniz öncelikli olarak neydi?" sorusuna en sık verilen yanıt %36,5 ile "dumandan rahatsız olduğu"dur. Pasif maruziyetin uzun vadedeki sağlık üzerine zararları yanıtının sıklığı da %10,2 olmuştur. Görülüyor ki öğrencilerin yarısından fazlası yaşadıkları kapalı ortamda sigara dumanına pasif olarak maruz kalmakta, bu maruziyet en sık okulda meydana gelmekte olup bir/birkaç arkadaşının içtiği sigaradan kaynaklanmaktadır. Sıkıntılı bir diğer nokta da katılımcıların geleceğin sağlık personeli olmalarına karşın pasif maruziyetin sağlık üzerine etkileri konusunda çok bilinçli olmayışıdır. Oysa uzun yıllardır, bilimsel araştırmalarla zararlı etkileri onaylanmış olan pasif maruziyet de neredeyse sigara içmek kadar ciddi sorunlar yaratabilmektedir. KGTA 2009, gençlerin kamu alanlarında %80, evlerinde ise %50'lere varan sıklıklarla pasif maruziyet yaşadıklarını bildirmektedir (79).

"En yakın 4 arkadaşınızdan kaçısı sigara içiyor?" sorusuna öğrencilerden %54,7'si hiçbiri, %15,8'i biri, %12,0'ı ikisi, %6,5'i üçü ve %8,0'ı hepsi yanıtını vermiştir. ATF öğrencilerinin %5,9'unun, HYO öğrencilerinin %2,6'sının, SAMYO öğrencilerinin ise %22,0'ının en yakın dört arkadaşı sigara içmektedir. Okullar arasında en yakın dört arkadaşından kaçının sigara içtiği konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Sigara içmeyen öğrenciler "Eğer en samimi olduğunuz arkadaşlarınızdan biri size sigara teklif etseydi, içer miydiniz?" sorusuna %85,5'lik bir sıklıkla "hayır" yanıtını verse de %14,5'lik duyarlı bir grubun varlığı da gözden kaçırılmamalıdır.

Öğrencilere aileleri ile ilgili yöneltilen sorulara verilen yanıtlardan; %2,6'sına ebeveynleri tarafından kendilerine sigara önerildiği, %27,5'inin evlerinin içinde sigara içilmesine izin verildiği, %74,5'inin anne ve/veya babası tarafından sigaraya başlamaması/sigara içmemesi konusunda uyarıldığı öğrenilmiştir. "Şu ifadelerden hangisi durumunuza en uygundur" sorusunu yanıtlayan öğrencilerden %82,3'ü sigara içmediğini, %6,6'sı sigara içtiğini ve bu durumdan ailesinin haberdar olmadığını, %10,0'ı sigara içtiğini

ve ailesinin bu durumdan hoşnut olmadığını, %1,1'i ise sigara içtiğini ve ailesinin bu duruma aldırış etmediğini söylemiştir.

Öğrencilerin sigaraya başlama yaşı 6 ile 22 arasında olup ortalama yaş 16 (ortalama $15,5 \pm 2,7$) dır. ATF öğrencilerinde ortalama yaş 17 ($16,6 \pm 2,8$); HYO'da ortalama yaş 16 ($16,2 \pm 1,2$) ve SAMYO'da ortalama yaş 15 ($14,5 \pm 2,7$)'tir. Okullar arasında sigaraya başlama yaşı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve SAMYO öğrencilerinden kaynaklanmaktadır. Burada dikkat çekici bir nokta; personelde elde edilen sonuçlarla kıyaslandığında günümüzde hekimlerde, hemşirelerde ve sağlık astsubaylarında sigara içmeye başlanan yaşı aşağıya düşmesidir. Personelde mesleğe göre sigaraya başlama yaş ortancası hekimler, hemşireler ve sağlık astsubayları için sırasıyla 19, 19 ve 18 iken öğrenci karşılıklarında bu değerler sırasıyla 17, 16 ve 15'tir; yani yaklaşık 3 yıl önceye kaymıştır. Ancak bu sonucun hafıza faktörü etkisiyle ortaya çıkmış olabileceği de göz ardı edilmemelidir.

Cinsiyetlere göre sigaraya başlama yaşları erkeklerde ortalama 16 (ortalama $15,5 \pm 2,9$), kadınlarda ortalama 16 (ortalama $16,3 \pm 1,2$) olup cinsiyete göre sigaraya başlama yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Sigaraya başlama yaşı; Koca'nın İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada en sık ≥ 17 yaş; Söylemez'in (2012) Sağlık Meslek Hizmet Yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada da en sık 15-18 yaş olarak bulunmuştur ve araştırmamızdaki değerlere yakın olarak dikkat çekmektedir (19,22).

"Sigaraya başlama sebebiniz neydi?" sorusuna öğrencilerin %15,4'ü "özentî", %1,6'sı "iddia", %18,1'i "merak", %23,4'ü "aşırı stres", %8,0'ı "duygusal sorunlar", %0,5'i "kilo kontrolü/iştah kesmek", %1,6'sı "kendini ispat etmek/büyük görünmek" yanıtını vermiş; %17,6'lık bir kısım ise bu yanıtların birden fazlasını işaretlemiştir. Sigaraya başlamanın en sık nedeni olarak; ATF'de %22,4, HYO'da %36,0 ve SAMYO'da %20,7 sıklıkla "aşırı stres" karşımıza çıkmaktadır. Sigara içmenin insanı stresten kurtardığını düşünenlerin sıklığı %23,6 olup okullar arasında bu soruya verilen yanıtlar

yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (en yüksek sıklık %31,2 ile SAMYO'dadır). ATF'de iddia, kilo kontrolü/ iştah kesmek, HYO'da kilo kontrolü/iştah kesmek ve kendini ispat etmek/büyük görünmek, SAMYO'da ise kendini ispat etmek/büyük görünmek sebepleri ile sigaraya başlayan herhangi bir kimse olmamıştır. Okullar arasında sigaraya başlama sebepleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Açikel ve ark. (2004, GATA SAMYO) çalışmasında ise en sık (%58,3) sigaraya başlama nedeni “arkadaş etkisi” olarak tespit edilmiştir (54).

“Son 30 günde içtiğiniz günlük ortalama sigara sayısı kaçtır?” sorusuna en sık verilen yanıt %29,8 sıklıkla “11-20 arası” olmuş; %9,4'lük bir kesim ise yirmiden fazla şeklinde yanıt vermiştir. Sigara edinme yolu olarak en sık (%91,0) sigara satışı yapılan dükkanlar belirtilmiş ve sigara satışı yapılan dükkanlardan sigara satın alırken yaşını gösterecek herhangi bir belge göstermesi istenip istenmediği sorusuna yanıt verenlerin %92,6'sı kimlik istenmediğini belirtmiştir. Oysa ülkemizde tütün mevzuatı net bir şekilde 18 yaşın altındakilere sigara satışını yasaklamakta ve bunu sağlamak için de kişilerin satıcılara yaşlarının uygun olduğunu belgeleyecek bir kimlik göstermelerini şart koşturmaktadır.

KYTA 2008 verilerine göre en son sigara aldıkları yer sorulan sigara içicilerinin de, araştırmamıza benzer biçimde, %92,4'ü sigara satışı yapan dükkan yanıtını vermiştir (5).

Sigara içen öğrencilerde kaç defa sigarayı bırakmayı denedikleri sorulduğunda; %18,5'i hiç denemediğini, %14,3'ü bir defa denediğini, %67,2'si ise ≥ 2 defa denediğini belirtmiştir. Sigarayı bırakmayı son deneyişinizde bunu ne süreyle başardıkları sorusuna en sık yanıt %32,6 sıklıkla 1-7 gün olup, sadece %5,9'luk bir bölümü 6 ay veya daha uzun süreyle bunu başardıklarını belirtmişlerdir. Sigara içenlerin %10,4'ü sigarayı bırakmayı düşünmediğini, %26,9'u bu konuda kararsız olduğunu, %67,2'si ise sigarayı bırakmayı ciddi olarak düşündüğünü ifade etmiştir. Görülmektedir ki; sigara içen her üç kişiden ikisi sigarayı bırakmayı ciddi olarak düşünmektedir.

Araştırmaya katılan sigara içicisi öğrencilerin FNBT sınıflamasına göre nikotin bağımlılık düzeylerinin dağılımı; %43,6 çok az düzeyde, %23,8 az düzeyde, %10,5 orta düzeyde, %15,5 yüksek düzeyde ve %6,6 ise çok yüksek düzeyde nikotin bağımlısı olarak ortaya çıkmıştır. Bağımlılık düzeyi “çok yüksek” olarak sınıflanan sigara içme sıklığı; ATF’de %9,6, HYO’da %4,2 ve SAMYO’da %4,8 olarak bulunmuştur. Okullar arasında FNBT sınıflaması yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. FNBT düzeyleri öğrencilerle personel arasında kıyaslandığında; yüksek düzeyde bağımlı olanların sıklığı personelde daha yüksek (%6,6’ya %7,2) iken çok yüksek düzeyde bağımlı olanlarda ise öğrencilerde sıklığın daha yüksek (%15,5’e %12,2) olduğu göze çarpmaktadır.

5.2. PERSONELE AİT BULGULARIN TARTIŞMASI

Bu araştırmaya Ankara garnizonunda yer alan dört asker hastanesinin personeli olan, 1.506’sı (%59,2) erkek ve 1.037’si (%40,8) kadın toplam 2.543 kişi katılmıştır. Katılımcıların %34,9’u (erkeklerin %35,3’ü; kadınların %34,5’i) araştırma tarihinde sigara içmektedir. Cinsiyete göre sigara içimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Türkiye genelinde 15 yaş ve üzeri popülasyonda tütün kullanım sıklığı; 2003 WHO verilerine göre erkeklerde %49,9 kadınlarda %15,6 (2), KYTA 2008 verilerine göre erkeklerde %47,9 kadınlarda %15,2 ve KYTA 2012 verilerine göre erkeklerde %41,4 kadınlarda %13,1’dir (5,83). Araştırmamızda elde ettiğimiz sıklıklar genel popülasyondaki aynı yaş grubu bireylere kıyasla erkeklerde daha düşük, kadınlarda ise daha yüksek değerlere işaret etmektedir.

Sigara içme sıklığı sağlık personeli geneli için bakıldığında %30,3’tür. Taş ve ark. (GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, 2006) benzer biçimde tamamı sağlık personeli olan 537 kişide yürüttüğü araştırmada sigara içme sıklığını %43,9 olarak tespit etmiş olup araştırmamıza kıyasla daha yüksek bir değeri işaret etmektedir (58). Şartları çok benzer olan bu iki grup arasındaki farkın meslek ya da çalışılan ortamdaki çok, çalışılan şehir ile ilişkilendirilmesi söz konusu olabileceği gibi çalışmaların yapıldıkları tarihler

arasında (2006/2013) ülkemizde tütünle mücadelede atılan ciddi adımların getirdiği başarının bir yansıması olduğu da değerlendirilebilir.

Araştırmaya katılan tıp doktorlarının %21,5'i; diş hekimlerinin %22,6'sı (grup olarak hekimlerde %21,7), hemşirelerin %31,6'sı, diğer yardımcı sağlık personelinin %36,6'sı ve sağlık sınıfı olmayan hastane personelinin %42,4'ü sigara içmekte olup bu meslek grupları arasında sigara içme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Cofta ve ark. (2008) tarafından hastanede görevli sağlık çalışanları arasında yapılmış benzer bir çalışmada, tıp doktorları sigara içme sıklığı en düşük olan meslek grubu olarak bulunmuş ancak bununla beraber söz konusu çalışmada sigara içen doktorlar diğer sağlık çalışanlarına kıyasla hastane içerisinde çok daha sık sigara içtiklerini kabul etmişlerdir (60). Yine de, sigara içme sıklığının hasta ile doğrudan ilgisi en fazla olan hekimlerden hasta ile birebir teması olmayan sağlık hastane çalışanlarına doğru gidildikçe doğrusal bir artış göstermesi önemli ve mutlu edici bir değişkenliktir.

Türkiye'de sağlık çalışanlarında yapılmış araştırmalarda sigara içme sıklığı çalışmanın yapıldığı zamana, yere ve evrene göre değişmekle birlikte geçmişten günümüze doğru tüm meslek grupları için bir azalma dikkat çekmektedir. Sezer ve ark. (1993, Elazığ) ebe ve hemşirelerde %50,8; Bilir ve ark. (1995, Ankara) hekimlerde 43,9; Ergüder ve ark. (1997, Elazığ) hekimlerde %50,0, hemşirelerde %47,0, teknisyenlerde %54,2; Bilir ve ark. (1998/1999, Türkiye'nin 17 ilinde) hekimlerde %41,1/%43,1 değerlerine ulaşmışlardır (15). Türkiye'de sağlık çalışanlarının sigara içme sıklıkları ile bu konudaki tutum ve davranışları konusundaki en güncel ve en geniş kapsamlı çalışmalardan biri 2007-2008 yıllarında Türkiye genelinde, Sağlık Bakanlığı ve CDC tarafından yürütülen "Türkiye'de Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumları ve Etkileyen Faktörler" çalışmasıdır. Bu çalışmanın verilerine bakıldığında sigara içme sıklıklarının; pratisyen hekimlerde %39,3; uzman hekimlerde %30,9; diş hekimi-eczacı-psikolog grubunda %37,1; ebe ve hemşire grubunda %40,7; sağlık teknisyenlerinde %43,3 ve idari personelde ise %47,8 olarak tespit edildiği görülmektedir (15). Araştırmamızda tıp

doktorları, diş hekimleri ve hemşirelerin sigara içme sıklıkları bu alışmadakilere kıyasla daha düşük bulunmuştur. Bu farkın olası sebepleri; çalışma tarihleri arasında geçen 5-6 yılda tütünle mücadele politikalarının başarıyla uygulanması, askeri-sivil ortam arasındaki çalışma koşullarının farklılığı ve askeri hastanelerde tütün kontrol mevzuatının daha sıkı biçimde takip edilmesi olabilir.

Dünya genelinde de sağlık çalışanlarının sigara içme sıklığına ait çalışmaların sonuçları yapıldığı tarih ve ülkeye göre önemli farklılıklar göstermekle birlikte ABD, Kanada, İngiltere ve Avustralya gibi gelişmiş ülkelerde toplumun genelinde olduğu gibi sağlık alışanlarında da sigara içme sıklıkları düşük seviyelerde tespit edilmektedir. Bu ülkelerin ardından bazı batı Avrupa lkeleri (Fransa, Hollanda vb.) gelmekte, bunları da Japonya, Bosna, Yunanistan, İtalya, Estonya, Çin ve Türkiye'nin de içinde bulunduğu ülkeler izlemektedir. Smith ve ark.nın (2007); 1974-2004 yılları arasında uluslararası kriterleri karşılayan ve dergilerde yayınlanmış olan 81 çalışmanın sonuçlarını derlediği araştırmanın sonuçları incelendiğinde; İngiltere, ABD ve Avustralya gibi gelişmiş ülkelerde tıp doktorlarında sigara içiminin %3-14 aralığında olduğu; Japonya, Fransa, İtalya'da tıp doktorlarında sigara içme sıklığının %25-32 aralığında seyrettiği; Türkiye (%38; 2002, Güneş ve ark.), Çin (%45), Bosna (%40) ve Estonya gibi gelişmekte olan ülkelerde ise bu sıklığın halen daha yüksek olduğu ve bazı ülkelerde artma eğilimi gösterdiği belirtilmiştir. Aynı çalışmada bu ülkelerde hemşireler ve diş hekimlerinde sigara içme sıklığının tıp doktorlarına kıyasla daha yüksek düzeylerde olduğu belirtilmiştir (61). Gerek araştırmamızda elde ettiğimiz sıklıklar, gerek Türkiye genelinde yürütülen çalışmaların sonuçları sağlık personeline sigara içme sıklığı yönünden ülkemizin bir st gruba doğru kaymaya başladığını, tıp hekimlerinde sıklığın %21-35'lere düştüğünü, diş hekimleri ve hemşirelerde de sigara içme sıklığının şu anda bu değerlerin üzerinde olsa da düşme eğilimine girdiğine dikkat çekmektedir.

Araştırmaya katılan personelin çalıştıkları birime göre yapılan branş gruplaması sonucunda sigara içme sıklıkları; temel tıp bilimlerinde %21,6;

dahili tıp bilimlerinde %34,7; cerrahi tıp bilimlerinde %38,9 ve diğer bölümlerde görev yapanlarda %35,8 olarak bulunmuştur. Taş ve ark. (GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, 2006) çalışmasında sadece doktorların uzmanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; temel tıp %31,2; dahili tıp %29,0 ve cerrahi branşlar %44,5 sıklıkla sigara içiyor bulunmuştur (istatistiksel fark yok) (58). Ficarra ve ark. (İtalya, 2010); sadece sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada sigara içme sıklığını genel için %44,0 (%18,5 bırakmış); dahili branşlarda %48,6, cerrahi branşlarda %46,7, diğer branşlarda %42,5 olarak bulmuştur (55). Görüldüğü gibi cerrahi/dahili/temel bilimler arasında hangisinde sıklığın daha yüksek olduğuna dair bir genelleme yapmak mümkün olmamakla beraber araştırmamızda personelin görev yaptığı branş ile sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Araştırmaya katılan personelin sigara içme sıklığını eğitim durumları yönünden incelersek; ilkokul mezunlarında %59,1; ortaokul mezunlarında %53,5; lise mezunlarında %48,9; yüksekokul mezunu/üniversite mezunu/pratisyen hekimlerde %34,9 ve doktora/yüksek lisans mezunu/uzman doktorlarda %22,0'lik sıklıkla sigara içildiğini görürüz. Personelin eğitim düzeyi ile sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Taş ve ark. (GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, 2006) da sağlık personelinde sigara içme sıklığı ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulmuştur (58). Görüldüğü gibi eğitim düzeyi arttıkça sigara içme sıklıkları azalmıştır. Ancak benzer ilişki her çalışmada teyit edilemeyebilir. Örneğin KYTA 2008'e göre; ilkokul mezunlarında sigara içme sıklığı %34,0, ortaokul mezunlarında %31,0, lise mezunlarında %40,7 ve yüksekokul/üniversite mezunlarında ise %31,7 olarak bulunmuştur. Ama en yüksek sıklığın yine ilkokul mezunlarında, en düşük sıklığın ise yine eğitim düzeyi en yüksek grupta görülmesi eğitimin sigara içiminin zararlarının farkında olunması ve içiminden kaçınılmasında etkili bir faktör olduğunu göstermektedir (5).

Sigara içmenin kilo kontrolü üzerindeki etkisi tartışmalı bir konu olup, nikotin metabolizmayı hızlandırıcı ve iştahı azaltıcı etkileri sebebiyle sigara

içenlerin vücut ağırlıklarının daha düşük olduğuna dair genel bir kanı mevcuttur. Araştırmamıza katılan personelin halen sigara içme durumları ile VKİ'leri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yok iken hayatlarının bir döneminde sigara içme durumları ile VKİ'leri arasında, hayatının bir döneminde sigara içenlerin lehine, istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Bulgularımız sigara içmenin VKİ'yi azaltıcı bir etkisi olmadığı yönünde yorumlanabilir. Bu konuya farklı bir bakış açısı getiren Dragone ve ark. (2013) sigara yasakları ve sigara fiyatlarına uygulanan vergilerdeki artışın sigara içen bireylerin VKİ'leri üzerine dolaylı etkisi hakkında yaptıkları çalışmalarında, vergilerdeki artışın sigara içen bireylerin toplamda aldıkları gıda maddesi miktarında azalmaya, kalitesinde ise artışa dolayısıyla da kilo kaybı ve VKİ'de azalmaya yol açtığına; oysa sigara yasağı durumunda kişinin tercih ettiği gıdalardaki yağ oranında artış olduğuna ve VKİ'de anlamlı bir değişiklik oluşmadığı sonucuna işaret edilmektedir (72).

Araştırmamıza katılan personelin %60,1'i hayatının bir döneminde sigara içmiştir. Cinsiyet ile hayatının bir döneminde sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken; meslek ve eğitim durumuna göre hayatının bir döneminde sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Önemli bir veri olarak, tıpkı halen sigara içme sıklığında olduğu gibi, hayatının bir döneminde sigara içme sıklığı da mesleklere göre bakıldığında hekimlerden hemşirelere, hemşirelerden diğer yardımcı sağlık personeline, diğer yardımcı sağlık personelinde de sağlık sınıfı olmayan hastane çalışanlarına gidildikçe doğrusal olarak artmaktadır. Ve yine benzer bir şekilde, tıpkı halen sigara içme sıklığında olduğu gibi, hayatının bir döneminde sigara içme sıklığında da, eğitim düzeyi arttıkça, doğrusal bir azalma dikkat çekmektedir.

Araştırmaya katılan personelin sigaraya başlama yaşı 6-45 arasında değişmekle birlikte ortanca yaş erkeklerde 18 (ortalama $17,8 \pm 4,0$), kadınlarda 20 (ortalama $20,2 \pm 3,8$)'dir. Cinsiyetlere göre sigaraya başlama yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. KYTA 2008 verilerine göre sigaraya başlangıç yaşı genel popülasyon ve erkekler için en sık 15-17 yaş aralığı;

kadınlarda için ise 20 yaş ve üzeridir (5). Sigaraya başlangıç yaşı yönünden araştırmamız Türkiye geneliyle oldukça benzerlik göstermektedir. Pesud ve ark. (Sırbistan, 2010) çalışmasındaki eğitim hastanesi çalışanlarında sigaraya başlangıç yaşı ortalaması da benzer şekilde 20 bulunmuştur (80). 15-24 yaş aralığı bilindiği gibi “gençlik dönemi” olarak kabul edilmektedir. Bu dönemin tipik özelliklerinden biri riskli davranışlara yatkınlık ve kendini kanıtlama/kabul ettirme gereksinimi olup sigara içmeye başlanması da bu özelliklerin istenmeyen bir sonucu olarak karşımıza çıkabilmektedir. Personelin eğitim düzeyine göre sigaraya başlama yaşı incelendiğinde; eğitim düzeyine göre sigaraya başlama yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve bu farkın sıklıkla yüksekokul/üniversite mezunlarındaki başlangıç yaşının daha ileri dönemlere kaymasından kaynaklandığı söylenebilir. Personelin meslek grubuna göre sigaraya başlama yaşları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ve bu farkın hekim ve hemşirelerin daha ileri yaşlarda sigaraya başlamalarından kaynaklandığı görülmüştür. Buna paralel bir diğer çalışma; “Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumları ve Etkileyen Faktörler” çalışması olup, verilerine bakıldığında sigaraya başlangıç yaşı tıp doktorlarında ve hemşirelerde 15-24, idari personel ve diğ. hekimlerinde ise 15-18 yaş aralığıdır (15). Araştırmamızda personelin sigaraya başlama dönemine bakıldığında en çok sigaraya başlanan dönemin %36,4 ile lise ve %30,0 ile yüksekokul/üniversite dönemleri olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan personelin ailesinde sigara içimi incelendiğinde; babasının ve kardeşlerinin sigara içme durumları ile kendisinin sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken; eşinin sigara içme durumu ile kendisinin sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Bu durum sigaraya başlamada anne, baba ve kardeşlerin etkili olduğunu, sigara içimine devam edilmesinde ve bırakılamamasında ise aile bireylerinden daha ziyade eş faktörünün ön plana çıktığı görüşünü destekleyen önemli bir veridir.

Araştırmaya katılan sigara içicisi personelin günlük içtikleri sigara ortancası 11 (ortalama $13,1 \pm 8,4$) olup; 1-40 arasında değişmektedir. Meslek grupları ile günlük içilen sigara miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var bulunmuş olup bu farkın özellikle sağlık sınıfı olmayan hastane çalışanlarından (ortanca 15; ortalama $14,4 \pm 8,8$) kaynaklandığı ortaya konulmuştur. KYTA 2008 verilerine göre sigara içicilerinin en çok biriktiği günlük ortalama sigara sayısı %47,8 ile 15-24 adet sigara/gün'dür (yaklaşık bir paket) (5). Katılımcılarımız günlük tüketilen ortalama/ortanca sigara sayısı yönünden ülke ortalamasının altındadır. Bunun muhtemel sebebi çalıştıkları ortamda genellikle tek başlarına bulunmamaları sebebiyle rahat sigara içme fırsatı yakalayamamaları olabilir.

“Sigara içmeyenlerin de içilen ortamlarda bulundukları takdirde (pasif maruziyet) içenler kadar zarar gördüklerini düşünüyor musunuz?” sorusunu yanıtlayan katılımcıların %94,6’sı evet, %2,7’si hayır ve %2,7’si kararsızım yanıtını vermiştir. Aynı soruya sigara içenlerin %90,9’u evet yanıtını verirken sigara içmeyenlerin ise %96,5’i evet yanıtı vermiş olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Pasif maruziyetin zararları konusunda elde ettiğimiz bulgular KYTA 2008 verileriyle paralellik göstermektedir. Bu verilere göre; pasif maruziyetin akciğer kanseri, inme vb. ciddi sağlık sorunlarına yol açabileceğini düşünenlerin sıklığı %95,5’tir (sigara içenlerde %95,3, içmeyenlerde ise %95,6). Tütün kullanmayanlar içinde böyle risklerin aynı seviyede var olduğunu düşünenlerin sıklığı ise %97,2’dir (5). Çalışmamızda; çalışma ortamı olan kapalı ortamda pasif sigara dumanı maruziyeti yaşayanların sıklığı %46,1 olarak bulunmuş olup benzer çalışmalara kıyasla daha yüksek bir değer olarak göze çarpmaktadır (KYTA 2008 verilerine göre; kapalı alanda çalışan bireylerin pasif maruziyet yaşama oranları %38,5’dir) (5). Ancak Zanetti ve ark. (1998, Kuzey İtalya) sağlık çalışanları üzerinde yaptığı benzer bir çalışmanın verilerinde bu sıklığın %87 civarında olduğu düşünüldürse aradan geçen zamanda sigara ile kapalı alanlarda mücadelede önemli aşama kaydedildiği söylenebilir (56). Kendi evinde ne sıklıkla sigara içildiği sorusuna ise katılımcıların %68,2’si “hiçbir zaman” yanıtını vermiştir.

Sigara içen katılımcıların %76,6'sı herhangi bir dönemde sigarayı bırakmayı denediğini belirtmiş, bu bireylerin teşebbüs sayı ortancası 2 (ortalaması $2,9 \pm 3,2$; en küçük 1, en büyük 50) olarak bulunmuştur. Sigarayı bırakmayı deneyip başaramadıklarını ifade eden katılımcıların %27,7 zor oluşu nedeniyle, %25,1 sinirli hale geldiği için, %8,9 kilo almaya başladığı için bu başarısızlığı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Taş ve ark. (GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, 2006) çalışmasında da bırakamamada en sık neden (%17,3) “zor oluşu” olarak ifade edilmiştir (58). Görüldüğü gibi sigara içen bireylerin büyük çoğunluğu bu alışkanlığını bırakmayı denemekte ancak nikotin bağımlılığı (bırakmanın “zor gelmesi”) ve yoksunluk belirtileri (sinirlilik, iştah artışı vb.) sebebiyle bunu başaramamaktadır. Sigarayla mücadelede önemli noktalardan bir tanesinin bırakmaya istekli bireylere sosyal ve tıbbi imkanları içeren destek sağlanması olduğu unutulmamalıdır.

Sigara içen katılımcıların %64,3'ü son 12 ay içerisinde sigarayı bırakmayı düşündüğünü ifade ederken, bunda en fazla (%77,7) öne çıkan sebep; sigaranın oluşturduğu sağlık riskleri olmuştur. Bunu %22,8 ile ekonomik sebepler ve %21,2 ile sigara içmenin kötü alışkanlık olduğu görüşü takip etmiştir. Aslında MPOWER ilkeleri de tam olarak bu sebeplerin vurgulanmasını/belirginleştirilmesini destekler. Gerek bireylerin sağlık kuruluşlarına başvurdıklarında sağlık personeline sigara içenlerin sorgulanıp, sigaranın zararları konusunda bilgilendirilmeleri ve görsel ve yazılı medyada yer bulan kamu spotları vb. yöntemlerle toplumda sigara karşıtı bir bilincin oluşturulması, gerekse sigaraya dair vergilerin dolayısıyla da fiyatların arttırılması ile sigara alımının azaltılması, toplumu sigaradan uzaklaştırabilecek hayati adımlardır. “Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumları ve Etkileyen Faktörler” çalışmasının verilerine bakıldığında son 12 ayda sigarayı bırakmayı düşünenlerin/deneyenlerin oranı sırasıyla pratisyen hekimlerde %81,2/%72,4; uzman hekimlerde %62,2/%71,7 ve hemşirelerde %86,7/%76,9 olarak karşımıza çıkmıştır (15). Bu oranlara bakıldığında kendi araştırma grubumuzda sıklığın daha az oluşundan yola çıkarak personele yönelik sigaranın zararları, bırakma yöntemleri ve sigarayla mücadelede sağlık personelinin önemi konularında toplantı, eğitim,

seminer vb. bilgilendirici faaliyetler (daha sık düzenleyerek ve faaliyetlerden mümkün olduğunca fazla kişinin haberdar olmasını sağlayarak) ile sigara içenlerde sigarayı bırakma fikrini biraz daha güçlü bir şekilde oluşturma gerekliliğimiz ortaya çıkmaktadır. Nitekim katılımcılarımızın “Çalıştığınız kurum bünyesinde bugüne kadar sigara içmenin tehlikeleri hakkında ya da sigarayı bırakmayı teşvik edici herhangi bir bilgilendirme faaliyeti (seminer, bölüm toplantısı vb.) yapıldı mı?” sorusuna yanıtları %8,0 “evet yapıldı ama katılmadım”, %7,6 “evet yapıldı ve katıldım”, %54,5 “hayır, yapılmadı” ve %29,9 “hatırlamıyorum” şeklinde olmuştur.

Son 12 ayda katılımcılardan sigara içenlerin %13,7’si, içmeyenlerin ise %46,8’i doktora/sağlık kuruluşuna herhangi bir sebeple başvurduğunu ifade etmiştir. Bu veriler genel literatür bilgileri ile çelişmektedir çünkü sigara içicilerinin içmeyenlere kıyasla daha sık hastalandıkları, daha çok sağlık kuruluşlarına başvurdıkları ve işe devamsızlıklarının daha fazla olduğu bilinir. Ancak bu noktada çalışmanın hastanelerde ve genellikle sağlık çalışanlarında yürütüldüğü düşünülürse, kendi tanıdıkları/arkadaşları olan hekimlere muayene olmaları/tedavi önerileri almaları gibi durumları belirtmemiş olabilecekleri gerçeği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Araştırmamızda sigara içmekte olup son 12 ay içerisinde doktora/sağlık kuruluşuna da başvuranların %68,7’sine doktor tarafından sigarayı bırakma durumu sorulmuş ve bırakması tavsiye edilmiştir. KYTA 2012 verilerine göre toplumda sigara içenlerin %46,9’u sağlık hizmeti sunucusunu ziyaret etmiş, bunların %49,0’ının sigara içme durumu sağlık hizmeti sunucusunca sorulmuş ve %40,7’sine sağlık hizmeti sunucusu sigarayı bırakmasını tavsiye etmiştir (5). Kıyaslandığında sigara durumunun sorgulanma sıklığı araştırmamızdaki katılımcılarda daha sık olarak görülmektedir. “Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumları ve Etkileyen Faktörler” çalışmasının verilerine bakıldığında kendilerine başvuran hastalarda sigara içimi sorgulama oranları tıp doktorlarında %58,8, diş hekimlerinde %38,5 ve hemşirelerde de %37,8’dir (15).

Kannegaard ve ark (1999 ve 2001) aynı hastanede yürüttükleri ve aradaki dönemde personelden hastalarını sigara hakkında bilgilendirmelerinin ve uyarılarının istenmesi şeklinde dizayn edilen iki ayrı çalışmada personelde sigara içme sıklığının düştüğünü tespit etmiştir (sırasıyla %33,0'e %26,3) (59). Dolayısıyla sağlık kuruluşlarında sağlık personelinin hastaları sigara içme konusunda uyarırken aynı zamanda kendi tutum ve davranışlarında da değişikliğe yol açtıkları görülmektedir.

Katılımcıların son 30 gün içerisinde; okuduğu gazete/dergilerde sigara içmenin tehlikeleri hakkında ya da sigarayı bırakmayı teşvik edici herhangi bir bilgilendirmenin dikkatini çektiğini belirtenlerin sıklığı %62,3 (KYTA 2008'de %46,3), TV'de sigara içmenin tehlikeleri hakkında ya da sigarayı bırakmayı teşvik edici herhangi bir bilgilendirmenin dikkatini çektiğini belirtenlerin sıklığı ise %87,1 (KYTA 2008'de %86,1) olarak belirlenmiştir. Sigara içmekte olan katılımcılardan %85,4'ü sigara paketleri üzerindeki uyarıların dikkatini çektiğini ve %52,9'u bu uyarıların kendisinde sigarayı bırakma düşüncesi oluşturduğunu belirtmiştir. Son 30 gün içerisinde sigara paketleri üzerindeki uyarıların farkına varma oranı KYTA 2012 için %94,3'tür (5).

Özcebe ve ark.'nın (2013) %45,5'i sigara içen kamu personeli yöneticilerinde yaptığı sigara karşıtı reklam filmlerinin etkisi üzerine olan araştırmada; katılımcıların %75,5'inin bu filmleri sigarayı bırakma konusunda motive edici bulduğu, izledikten sonra en fazla (%85,3) hissedilen duygunun "üzgün olma" olduğu, izleyenlerin %85,7'sinde filmlerinütünün zararları hakkında bilgilendirildiği görüşü oluşturarak içenlerin yaklaşık %60'ında sigarayı bıraktırma düşüncesi doğurduğu tespit edilmiştir (7).

"Sigarayla mücadeleye yönelik müdahaleler/destek yöntemleri konularında mesleki eğitiminiz (tıp fakültesi, hemşirelik yüksekokulu vb.de) esnasında eğitim aldınız mı?" sorusuna doktor, hemşire, eczacı, diş hekimi, sağlık astsubayları ve sağlık memurlarından oluşan 1.277 katılımcıdan 368'i (%28,8) "evet" demiştir. Doktorlar için bu sıklık %36,1; hemşireler için %26,8 ve sağlık astsubayları için ise %22,2 olarak karşımıza çıkmaktadır. Sigarayla mücadelede sağlık personelinin, özellikle de doğrudan hasta ile muhatap

olan doktor, diş hekim, hemşire ve eczacıların rolü çok önemlidir. Rutin verilen hizmetlerin içerisine hastaların sigara içme durumlarının sorgulanmasının da dahil edilmesi, sigaranın sağlık üzerine olan zararlarının anlatılması ve kullananlara bırakmaları yönünde tavsiyelerde bulunulması sigarayı bıraktırmada oldukça etkilidir. Bu noktada özellikle ekip olarak (rneğin sadece hekimlerin değil de beraberinde hemşirelerin) beraber çalışılması başarı oranını önemli ölçüde arttırmaktadır.

Katılımcılardan sadece %4,2'si son 30 gün içerisinde sigara satışı yapılan dükkanlarda/marketlerde sigarayı özendirici bir reklama/ilana rastladığını, bu kapsamdaki reklam/ilanlardan en fazla karşılaştıklarının %39,6 ile "sigara logolu kıyafet/ürün verilmesi" olduğu ve bunu %31,3 ile "elektronik posta yoluyla sigara reklamı gelmesi"nin izlediğini belirtmektedirler. Ülkemizde tütün mevzuatınca her türlü tütün ve tütün ürününün reklamı, tanıtımı ve promosyonu yasaklanmış durumda olup bu yasaklamalar titizlikle takip edilmektedir. Sorudaki "son 30 gün" ibaresinin dikkate alınmaması, daha uzun geçmişe yönelik yanıtlar vermiş olmaları akla gelmektedir. Elektronik posta yoluyla reklam oranları ise mümkün görünmektedir.

Katılımcılarımızın doktor, hemşire, eczacı, diş hekim, sağlık astsubayları ve sağlık memurlarından oluşan alt grubunda (hastalarla doğrudan iletişim içinde olan sağlık çalışanları) hastalar tarafından "rol model" olarak kabul edilme sıklığı %51,7 olarak belirlenmiştir. Tıp doktorları için bu sıklık %59,8, hemşireler için %54,7 ve sağlık astsubayları için ise %32,1'dir. Benzer araştırmalarda; Grizeau ve ark. (1998) hastane personeli için %81,0'lık, Ficarra ve ark. (İtalya, 2010) sadece sağlık çalışanları için %67,7'lik bir oran bulmuştur (55,78). Personelimizde rol model olarak algılanma sıklığı düşüktür. Bu noktada hekimlerin ve hemşirelerin özellikle sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarda toplum tarafından ciddi anlamda lider olarak kabul edilerek örnek alındıkları bilincinin ve sorumluluğunun oluşturulması faydalı olacaktır.

“Sağlık personeli sigara içmemeli” ifadesine katılma sıklığı %76,0 bulunmuştur. Sağlık personeli arasında bu değer %77,2 iken sağlık personeli olmayan hastane çalışanlarında %73,9’dur. Sekijima ve ark. (2005) Japonya’da bir üniversite hastanesi ve üç ayrı hemşirelik okulunda toplam 716 hemşirelik öğrencisi/hemşirede yürütülen çalışmada “hemşireler sigara içmemeli” görüşüne katılanların sıklığı öğrencilerde %36, hemşirelerde %25 olarak bulunmuştur (57).

Katılımcılar arasında hastane içerisinde sigara içenlerin cezalandırılmasını destekleyenlerin sıklığı %72,5’tir. Personelin hastane içerisinde kapalı alanlardaki sigara yasağına uyumunu arttırmak ne yapılabileceğine dair soruya katılımcıların %60,9’u “her bölümde sigara içilmesine izin verilen alanlar tayin edilmesi”, %39,2’si “sigara içerken yakalanan personelin cezalandırılması” ve %30,6’sı “bölüm olarak bu yasağa uyulacağına dair karar alınması” yanıtını vermiştir. Bilindiği üzere güncel mevzuat gereği sigara içilmesi amacıyla kapalı alan tahsis edilmesi kesinlikle yasak olup, en yüksek sıklıkla ifade edilen talebi imkansız kılmaktadır.

Hastane içerisinde sigara içerken gördüğünüz/göreceğiniz meslektaşlarınıza karşı tutum ve davranışının ne olacağı sorulan katılımcıların en sık verdiği yanıt (%35,2) “sigara içeni uyarmak” olmuştur. Aynı soruya Ficarra ve ark. (İtalya, 2010; katılımcı 1082); sadece sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada en sık tepki “hiçbir şey söylememek” olmuştur (55). Bu seçim, İtalya’da her ortamda hemen her dönemde sigara içme sıklığının yüksek oluşunun olası bir sebebi gibi görünmektedir.

Araştırmaya katılan sigara içen personelin FNBT sınıflamasına göre nikotin bağımlılık düzeylerinin dağılımı; %54,5 çok az düzeyde, %16,0 az düzeyde, %10,1 orta düzeyde, %12,2 yüksek düzeyde ve %7,2 ise çok yüksek düzeyde nikotin bağımlısı olarak ortaya çıkmıştır. Bağımlılık düzeyi “çok yüksek” olarak sınıflanan sigara içme sıklığı; hekimlerde %8,0, hemşirelerde %3,2, diğer yardımcı sağlık personelinde %6,6 ve sağlık sınıfı

olmayan hastane çalışanlarında %8,9 olarak bulunmuştur. Personel arasında FNBT sınıflaması açısından istatistiksek olarak anlamlı fark yoktur.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Sigara içimi tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de halen yüksek sıklığa sahip bir alışkanlık olarak varlığını sürdürmektedir. Tütünle mücadele mevzuatının güçlendirilmesi, DSÖ önerilerinin benimsenmesi ve başarılı bir şekilde uygulanması ile ülkemizde bu konuda önemli bir yol alınmışsa da gelişmiş ülkelerdeki düşük düzeylere ulaşabilmek için hala yapılması gerekenler vardır. Başarı için sektörler arası işbirliği şart olsa da, bu işbirliğinin anahtar noktalarından bir tanesi sağlık çalışanlarıdır.

Araştırmada elde ettiğimiz bulgular da göz önüne alınarak konuyla ilgili şu önerilerde bulunabiliriz:

1. Gerek okullarda, gerek hastanelerde kapalı ortamlarda sigara dumanına pasif olarak maruz kalanların sıklığı %50 civarındadır. Bu sebeple kapsamlı ve etkin biçimde hazırlanmış ve yürürlüğe sokulmuş olan tütünle mücadele mevzuatının daha sıkı bir şekilde idari amirlerce takip edilmesi ve gerektiğinde emredilen yaptırımların uygulanması ihtiyacı göze çarpmaktadır.
2. Bu noktada personelin kapalı alanlardaki sigara yasağına uyumunu arttırabilmek için; sigara içenlere tahsis edilecek açık alanlar faydalı olabilir. Bu alanlar belirlenirken bina giriş-çıkışlarından uzakta, çok göz önünde olmayan, bununla birlikte kişilerin ulaşabilirliği mutlaka göz önünde tutulduğu, personelin ulaşım amacıyla mesainin uzun bir bölümünü kullanmasını engellemek adına mesafelere dikkat edildiği alanlar belirlenmeli; bu yerler dışındaki kapalı alanlarda sigara içmeye devam edilirse kanunda öngörüldüğü şekilde mevkisi/mesleği/rütbesi dikkate alınmaksızın sigara içen personel cezalandırılmalıdır. Bu yerlerin sigara içmeyenlere zarar vermeyecek ve hastalarca görülmeyi engelleyecek niteliklere sahip olması kaçınılmazdır.
3. Sigara ile ilgili eğitimin sadece derslerin bir alt başlığı olmaktan çıkartılarak ATF, HYO ve SAMYO öğrencilerinin eğitim müfredatına "sigaranın sağlık üzerine zararları, sigara bağımlılığı ve sigarayı bıraktırma" başlıkları altında müstakil bir bölüm olarak eklenmesi gereklidir. Bu sayede hem sigara

kullanılmaya sıklıkla başlanan yaş grubunda yer alan öğrencilerde bu alışkanlığın kısmen de olsa önlenmesi, hem de bu bireylerin meslek yaşantılarında sigarayı bırakmak isteğiyle kendilerine başvuran kişilere daha bilinçli olarak yardım etmeleri sağlanabilir. Hastalardan anamnez alırken sigara alışkanlığının/pasif maruziyetin sorgulanarak bunların zararları hakkında bilgilendirme yapılması, mesleki eğitimin erken dönemlerinde verilecek böyle bir eğitim ile muayenenin/sağlık hizmeti sunumunun bir parçası haline getirilebilir.

4. Katılımcılardan elde edilen veriler, sigaranın ve sigara dumanına pasif maruziyetin zararları hakkında bilgilendirici seminer, toplantı vb. faaliyetlere katılanların (ve bu faaliyetlerin düzenlendiğinden haberdar olanların) sıklık olarak oldukça düşük seviyede olduğunu göstermektedir. Bu sebeple, hastane ve okulların düzenli ve kısa aralıklarla (örneğin her yıl) personelini/öğrencilerini bilgilendirici bu tür faaliyetleri düzenlemeleri, konunun uzmanlarının bu faaliyetlerde görev almalarını sağlamaları ve bu faaliyetlerin yer ve zamanından personelin büyük kısmının haberdar edilmeleri konusunda özen göstermeleri gerekmektedir.

5. Sigara dumanına pasif maruziyetin azaltılmasında diğer bir kritik nokta; bina çıkışlarında hemen kapıların kenarında sigara içilmesinin engellenmesi olacaktır. Bina çıkışlarında bazı hastanelerde/kamu binalarında olduğu gibi belirli bir mesafe bırakılıp bir sınır çizilerek, çıkış ile sınır çizgisi arasında "dumansız hava sahası" oluşturulması binaya girip çıkan kişilerin pasif maruziyet yaşama sıklığı ve süresini azaltabilir.

6. Personelde sigara kullanım sıklığını azaltma çalışmalarının bir diğer önemli noktası belirli aralıklarla sıklık, tutum ve davranışların belirlenmesine yönelik bilimsel çalışmalarla veri elde edilerek (bir nevi surveyans sistemi oluşturularak) kıyaslamalar yapılmasıdır. Bu sayede uygulanan politikaların ne derece başarılı olduğu anlaşılabilir ve yeni politikalar güncel/bilimsel veriler ışığında hazırlanabilecektir.

7. Rutin sağlık hizmeti sunumunun içine başvuranların sigara içme ve sigara dumanına pasif maruziyetinin sorgulanması alışkanlığının entegre edilmesi hastalarda sigaranın tehlikeleri hakkında farkındalık yaratarak sigaraya bırakmaya yatkın hale gelmelerini, düşünmeden eyleme geçmelerini kolaylaştırır. Sağlık personelinde toplum için "rol model" olduğu bilincinin oluşturulması şarttır. Sağlık personelinin toplum tarafından özellikle sağlıkla ilgili konularda rol model olarak kabul edildikleri bilincinin oluşturulması için çaba gösterilmelidir.

8. Sigara içmeyle ilgili önemli bir ayrıntı; içenlerin çoğunun aklının bir köşesinde sigarayı bırakma düşüncesinin olmasıdır. Bu düşünce sonucu sigara bırakma girişimine karar verdiği an profesyonel yardım sunulursa başarı oranı ciddi şekilde artmaktadır. Söz konusu kitlenin içerisine sigara içen sağlık personeli ve öğrenciler de muhakkak ki dahildirler. Sigarayı bıraktırma polikliniklerinin sayısının/kapasitesinin yeterli seviyeye çıkartılması, sürekli işler hale getirilmesi, deneyimli, konuya hakim ve müdahale yöntemleri konusunda güncel gelişmeleri takip eden personelle desteklenerek hizmet verilmesi bu noktada alınabilecek tedbirlerin başında gelir. Başvuran personelin/öğrencilerin ayrıntılı ve sürekli takip edilmesi, sosyal ve tıbbi olarak ihtiyaç duyacağı tüm imkanların sağlanması, maddi imkanların arttırılması ile mümkün olacaksa da, başarıyı st seviyelere çıkaracaktır.

9. Bu çalışmaya dayanılarak geliştirilecek uygulamalar sonucunda elde edilen deneyimin, TSK'nın sağlık okul ve kurumları dışındaki diğer okul/birlik/kurumlarında da kullanılabileceği değerlendirilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Husten C. G., Thorne S. L., Tobacco: Health Effects and Control, Maxcy-Rosenau-Last Public Health&Preventive Medicine, Fifteen edition, ABD. Eds: Wallace RB, Kohatsu N. 953-998.
2. Bilir N., DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu (MPOWER) 2008, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi Yayınları, Ankara, 2008.
3. Elbek O., Tütün Kontrolünde Ulusal Mevzuat. Tütün ve Tütün Kontrolü, Sağlık Bakanlığı-Türk Toraks Derneği Yayınları, 2.Baskı, Ankara, 52-80, 2011.
4. Ergüder T., Dünya'da Tütün Kontrolü ve DSÖ Önerileri (MPOWER), Sağlık Bakanlığı-Türk Toraks Derneği Yayınları, 2.Baskı, Ankara, 81-90, 2011.
5. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008-2012, TÜİK, T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni 2012.
6. WHO. The Health of Young People: A Challenge and A Promise, Genova, 1-5, 1993.
7. Özcebe H., Güçiz Doğan B., İnal E., Haznedaroğlu D., Bertan M., Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Davranışları ile İlişkili Sosyodemografik Özellikleri, Türk Toraks Dergisi, 2013.29. (www.toraks.dergisi.org)
8. T.C. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Küresel Yetişkin Araştırması Türkiye Raporu 2010, Anıl Matbaacılık, Yayın No.803, 37-75, 2010.
9. Tezcan S., Yardım N., Türkiye'de Çeşitli Sağlık Kurumlarında Doktor, Hemşire ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Boyutu, Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 51(4); 390-397, 2003.
10. Ergül Ş., Sigara İçme Alışkanlığı Olan Adolesanlarda Karşıt Olumlu Davranış Geliştirmeye Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Etkililiğinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, İzmir, 2005.
11. Bozkurt A. İ., Şahinöz S., Özçırpıcı B., GAP Bölgesinde 15 Yaş ve Üzeri Nüfusta Sigara İçme Prevelansı ve Bunu Etkileyen Çeşitli Faktörler, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, Diyarbakır, 906-908, 2002.
12. Kişioğlu N., Öztürk M., Doğan M., Süleyman Demirel Üniversitesi İlk ve Son Sınıf Öğrencilerinin Sigaraya Yönelik Bilgi, Tutum, Davranışları ve Sigaraya Başlama ve Alışma Durumları, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, Diyarbakır, 831-832, 2002.
13. WHO, Tobacco Use and Its Impact On Health; World Health Organization, France, 2011.

14. WHO, The Role of Health Professionals In Tobacco Control; World No Tobacco Day-31 May. WHO Library Cataloguing-in-Publication, ISBN 92.4.159320 2, 2005.
15. Aslan D., Bilir N., Özcebe H., Ergüder T., Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumları ve Etkileyen Faktörleri Araştırma Raporu, Sağlık Bakanlığı 2007, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 1-84, 2008.
16. Tütün Eksperleri Yüksekokulu, Tütüncülüğe Giriş, İstanbul TEYO Yayını, İstanbul, 9-18, 1978.
17. Seydioğulları M., Dünya’da ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları, Tütün ve Tütün Kontrolü. Sağlık Bakanlığı-Türk Toraks Derneği Yayınları. 2.Baskı; Ankara, 3-21, 2011.
18. Doğruel F., Doğruel A. S., Osmanlı’dan Günümüze TEKEL, TEKEL Yayınları, 1. Baskı. İstanbul, 2000.
19. Söylemez F., Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara Kullanma Durumlarının Bağımlı Kişilik Ölçeğiyle İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2012.
20. Dilek A., Isparta İl Merkezi ve Merkeze Bağlı Köy ve Kasabada Görev Yapan Müftülük Çalışanlarının Sigara İçme Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2011.
21. Samancı T. Ç., Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Bırakmada Motivasyonun Rolü, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2011.
22. Koca B., İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara, Alkol, Madde Kullanımı, Madde Kullanımına Etki Eden Etmenler ve Aileden Aldıkları Sosyal Desteğin Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, 2011.
23. Güneş G., Genç M., Pehlivan E., Kurçer M., Malatya Sümerbank ve Tekel Fabrikalarında Çalışan İşçilerin Sigara İçme Davranışları, Bağımlılık Düzeyleri ve Bırakmaya İlişkin Tutumları, Sağlık İçin Sigara Alarmı Dergisi 4(1-4); 73-80, 2001.
24. Öztürk S., Bostancı M., Altın K., Özşahin A., Akdağ B., Tıp Fakültesi Çalışanlarında Sigara İçme Prevelansı, Nikotin Bağımlılığı ve Solunum Fonksiyon Testleri, Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 48(2); 140-147, 2000.
25. Aytemur Z. A., Nikotinin Farmakolojisi, Tütün ve Tütün Kontrolü, Sağlık Bakanlığı-Türk Toraks Derneği Yayınları, 2.Baskı; Ankara, 396-405, 2011.
26. WHO, International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems ICD-10. Geneva, 2004.
27. Atay Ö. B., Sigara İçmeyen Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Sigaraya Karşı Tutumları ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2010.

28. Kılınç N. Ö., Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Durumlarına Göre Öz-Etkililik ve Bağımlılık Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, 2010.
29. Örsel S., Nikotin Bağımlılığı ve Nikotin Bağımlılığının Klinik Değerlendirilmesi, Tütün ve Tütün Kontrolü, Sağlık Bakanlığı-Türk Toraks Derneği Yayınları, 2.Baskı; Ankara, 406-416, 2011.
30. Örsel O., Tütün İçeriği, Farmakokinetiği ve Tütün Ürünleri, Tütün ve Tütün Kontrolü, Sağlık Bakanlığı-Türk Toraks Derneği Yayınları, 2.Baskı; Ankara, 131-140, 2011.
31. Demir T., İkitimur H. D., Sigaranın İçeriği, İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ABD Dizini-5, İstanbul, 17-21, 2005.
32. Özlü T., Sigara Hakkında Bilmek İstedikleriniz, Beyaz Yayınları, İstanbul, 5-44, 2002.
33. Tunçdemir A., Adıyaman Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara İçme Prevalansı Araştırması, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2009.
34. Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun, No. 4207, 26 Kasım 1996 tarih ve 22829 sayılı Resmi Gazete (Değişiklik; 03.01.2008 tarih ve 5727 sayılı Kanun, 19 Ocak 2008 tarih ve 26761 sayılı Resmi Gazete).
35. Suzuki K., Ohida T., Yokoyama E., Kaneita Y., Takemura S., Smoking Among Japanese Nursing Students: Nationwide Survey, Journal of Advanced Nursing (49); 268-275, 2005.
36. Tahir E., Bilir N., Aslan A., Smoking Behaviour and Attitudes of Students of Hacettepe University Faculty of Medicine, 34(1); 54-60, 2008.
37. Demir A., Sigara Bağımlılığı ve Sigarayı Bırakma Tedavileri, Astım-Allerji-İmmünoloji 4(3); 135-138, 2006.
38. Bilir N., Telatar G., Tütün Kontrolünde Sağlık Profesyonellerinin Rolü, Dünya Sağlık Örgütü-Tütünsüz Yaşam Derneği (Çeviri), 2005.
39. The Library UC San Diego, Online Guides. <http://libraries.ucsd.edu/locations/sshl/data-gov-info-gis/ssds/guides/tobacco-surveys.html> (Erişim tarihi 25.09.2012).
40. Florida Department of Health, Online Tobacco Education Resources. http://www.doh.state.fl.us/Disease_ctrl/epi/Chronic_Disease/FYTS/Survey.htm (Erişim tarihi 25.09.2012).
41. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group, Tobacco Questions for Surveys: A Subset of Key Questions from The Global Adult Tobacco Survey (GATS), 2nd Edition, Atlanta, GA; CDC 2011.

42. Heatherton TF. et al, The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A Revision of Fagerström Tolerance Questionnaire, British Journal of Addiction; 86.9; 1119-1127, 1991.
43. Uysal MA., Kadahal F., Karşıdağ Ç., Bayram NG., Uysal Ö., Yılmaz V., Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Faktör Analizi, Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 52(2); 115-121, 2004.
44. Aslan D., Bilir N., Dilbaz N., Kılınç O., Örsel O., Özcebe H., Sain Güven G., Uzanlan E., Tütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin), TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Yayınları, 1-77; Ankara, 2010.
45. Çan G., Pasif İçicilik ve Yetişkinlerdeki Etkileri, Tütün ve Tütün Kontrolü, Sağlık Bakanlığı-Türk Toraks Derneği Yayınları, 2.Baskı; Ankara, 379-393, 2011.
46. Karadağ B., Pasif İçicilik ve Prenatal Dönem Etkileri, Tütün ve Tütün Kontrolü, Sağlık Bakanlığı-Türk Toraks Derneği Yayınları, 2.Baskı; Ankara, 372-378, 2011.
47. CDC, Disparities in Secondhand Smoke Exposure-United States, 1988-1994 and 1999-2004, Morbidity and Mortality Weekly Report, 57; 744-7, 2008.
48. Bilir N., Dünya’da ve Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi, Tütün ve Tütün Kontrolü, Sağlık Bakanlığı-Türk Toraks Derneği Yayınları, 2.Baskı; Ankara, 21-35, 2011.
49. TSK Tütün ve Mamullerinin Zararları İle Mücadele ve Kontrol Planı.
50. WHO, Adolescent Health and Development. [http:// www.searo.who.int/en/Section13/Section1245-4980htm](http://www.searo.who.int/en/Section13/Section1245-4980htm). (12.11.2012)
51. Özcebe H., Gençler ve Sigara, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Sağlık Bakanlığı Yayın No:731, Ankara, 2008.
52. Koşay S., Kamberoğlu K., Alkol ve Madde Kötüye Kullanımı Tanı ve Tedavi (Çeviri), Sosyoloji Araştırmaları Dergisi 12(1); 5-32, İzmir, 1993.
53. Uysal H., AÜ Tıp fakültesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Sigara İçme Durumu ve Sigaraya Başlama Nedenlerinin Tespiti, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1991.
54. Açıkel CH., Kılıç S., Uçar M., Yaren H., Türker T., Sağlık Astsubay Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sigara İçme Durumu ve Etki Eden Faktörler, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 3(8), 178-185, 2004.
55. Ficarra MG. et al., Tobacco Use Prevalence, Knowledge and Attitudes Among Italian Hospital Healthcare Professionals, The European Journal of Public Health 21.1: 29-34, 2011.

56. Zanetti F., Gambi A., Bergamaschi A., Gentilini F., DeLuca G., Monti C., Stampi S., Smoking Habits, Exposure to Passive Smoking and Attitudes to A Non-smoking Policy Among Hospital Staff, *Public Health*, 112(1), 57-62, 1998.
57. Sekijima K., Seki N., Suzuki H., Smoking Prevalence and Attitudes Toward Tobacco Among Student and Staff Nurses in Niigata, Japan, *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 206(3), 187-194, 2005.
58. Taş D., Okutan O., Kaya H., Kartaloğlu Z., Bozkanat E., Smoking Prevalence Among Military Healthcare Personnel in Istanbul. *Tur Toraks Der*; 10: 15, 9, 2009.
59. Kannegaard PN., Kreiner S., Gregersen P., Goldstein, H., Smoking Habits and Attitudes to Smoking 2001 Among Hospital Staff at A Danish Hospital—Comparison with A Similar Study 1999, *Preventive Medicine*, 41(1), 321-327, 2005.
60. Cofta S., Staszewski R., Hospital Staff and Smoking Habits: Do We Need Modification of Smoking Behavior in Polish Hospitals, *J Physiol Pharmacol*, 59(Suppl 6), 191-199, 2008.
61. Smith D. R., Leggat P. A., An International Review of Tobacco Smoking in The Medical Profession: 1974–2004, *BMC Public Health*, 7(1), 115, 2007.
62. Braun B. L., Fowles J. B., Solberg L. I., Kind E. A., Lando H., Pine D., Smoking-related Attitudes and Clinical Practices of Medical Personnel in Minnesota, *American Journal of Preventive Medicine*, 27(4), 316, 2004.
63. Vitzthum K., Koch F., Groneberg D. A., Kusma B., Mache S., Marx P., Pankow W, Smoking Behaviour and Attitudes Among German Nursing Students, *Nurse Education in Practice*, 2013.
64. AlKawari M. M., Tobacco Use, Exposure to Second Hand Smoke, and Cessation Counseling: The Global Health Professions Students Survey (GHPSS) 2009, *Journal of The Bahrain Medical Society*, 24(1), 2013.
65. Richmond R. L., Debono D. S., Larcos D., Kehoe L., Worldwide Survey of Education on Tobacco in Medical Schools, *Tobacco Control*, 7(3), 247-252, 1998.
66. Mak K. K., Ho S. Y., Day J. R. Smoking of Parents and Best Friend—Independent and Combined Effects on Adolescent Smoking and Intention to Initiate and Quit Smoking, *Nicotine & Tobacco Research*, 14(9), 1057-1064, 2012.

67. WHO, Global Report: Mortality Attributable to Tobacco, WHO Library Cataloguing-in-Publication, ISBN 978924156443 4, 2012.
68. Chatkin J., Chatkin G., Learning About Smoking During Medical School: Are We Still Missing Opportunities? [Review Article], The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 13(4), 429-437, 2009.
69. O'Donovan G., Smoking Prevalence Among Qualified Nurses in The Republic of Ireland and Their Role in Smoking Cessation. International Nursing Review, 56(2), 230-236, 2009.
70. Gupta A. K., Mazta S. R., Kumar S., Joshi I., Prevalence of Use of Tobacco Among Male Medical Students in IGMCI Shimla, Himachal Pradesh, India Prevalence, 25(4), 241, 2012.
71. Takeuchi Y., Morita E., Naito M., Hamajima N., Smoking Rates and Attitudes to Smoking Among Medical Students: A 2009 Survey at The Nagoya University School of Medicine, Nagoya Journal of Medical Science, 72(3-4), 151-159, 2010.
72. Dragone D., Manaresi F., Savorelli L., Tobacco Taxes and Smoking Bans Impact Differently on Obesity and Eating Habits, 2013.
73. Bielska D., Kurpas D., Marcinowicz L., Owlaszka A., Litwiejko A., Wojtal M., Evaluation of The Risk of Alcohol Consumption and Tobacco Smoking Among 6th Year Students of The Faculty of Medicine. Przegl Lek. 69 (10): 900-3, 2012.
74. Sarna L., Bialous S. A., Sinha K., Yang Q., Wewers M. E. Are Healthcare Providers Still Smoking? Data from The 2003 and 2006/2007 Tobacco Use Supplement-Current Population Surveys, Nicotine & Tobacco Research, 12(11), 1167-1171, 2010.
75. Aggarwal P., Varshney S., Kandpal S. D., Gupta P., Habits and Beliefs Pertaining to Tobacco Among Undergraduates of A Medical College in The State of Uttarakhand. Journal, Indian Academy of Clinical Medicine, 13(3), 2012.
76. Joge U. S., Malkar V. R., Choudhari S. G., Raut M. M., Ughade H. M. Prevalence and The Factors Associated With Tobacco Smoking Among Students of A Medical Teaching Institute, Int.J.Med. Health Sci., Vol (2); Issue-1, 23-29, 2013.
77. WHO, Confronting The Tobacco Epidemic in A New Era of Trade and Investment Liberalization, WHO Library Cataloguing-in-Publication, ISBN 978924 150372 3, 2012.

78. Grizeau D., Baudier F., Doucet C., Lemarie Y., Smoking Behaviour of Hospital Staff, *Rev Mal Respir*; 15; 79-87, 1998.
79. Erguder T., Polat H., Arpad C., Khoury R. N., Warren C. W., Lee J., Lea V., Linking Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Data to Tobacco Control Policy in Turkey–2003 and 2009, *Cent Eur J Public Health*, 20(1), 87-91, 2012.
80. Pesut D., Milovanovic B., Bulajic M., Bozic D., Healthcare Workers Smoke as Well—Who, How Much and Why?, *Pneumologia*, Jan-Mar; 59(1); 19-22, 2010.
81. Adamek R., Stoczyńska J., Maksymiuk T., Zysnarska M., Gromadecka-Sutkiewicz M., Kara I., Kalupa W., Prevalence of Tobacco Smoking Among Nurses and The Awareness of Harmfulness of Smoking Habit], *Przegl Lek.*; 69(10):969-72, 2012.
82. WHO, WHO Report on The Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package, World Health Organization, 2008.
83. Aile Yapısı Araştırması 2006, TC Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Birinci Baskı, İstanbul; s.123-124, 2010.
84. Türkiye’de Ergen Profili 2008, TC Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Birinci Baskı, Ankara; s.26-49, 2010.
85. Kır T., Hamzaoglu O., Aileden Uzak Yaşamın Ruh Sağlığı Üzerine Etkisi: Yatılı Okul Öğrencilerinde Depresif Belirtilerin Sıklığı, *GATA Bülteni*; 39:299-306, 1997.
86. Lopez A. D., Collinshaw N. E., Piha T., A Descriptive Model of The Cigarette Epidemic in Developing Countries, *Tobacco Control*; 3:242-247, 1994.

ÖĞRENCİ ANKET SORULARI

EK-1

Bu çalışma GATA bünyesindeki okullarda eğitim görmekte olan öğrencilerde tütün mamulleri kullanım sıklığı ile tütün mamullerine yönelik tutum ve davranışların belirlenebilmesi maksadıyla yürütülmektedir. Katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1) Doğum tarihiniz? (Yıl olarak belirtiniz)

2) Cinsiyetiniz?

- a) Erkek
- b) Kadın

3) Okulunuz? a) GATF b) HYO c) SAMYO

Sınıfınız? a)1 b)2 c)3 d)4 e)5 f)6

4) Boy ve Kilonuz? kg/..... cm

5) Sigara kullanma durumunuzu/sıklığınızı nasıl tanımlarsınız?

- a) Şu anda sigara içmiyorum, geçmişte de hiç içmedim
- b) Şu anda sigara içmiyorum, geçmişte her gün olmamak kaydıyla sigara içtiğim dönemler oldu
- c) Şu anda sigara içmiyorum, geçmişte her gün sigara içtiğim dönemler oldu
- d) Şu anda her gün olmamak kaydıyla sigara içiyorum, geçmişte de hep bu şekilde sigara içtim
- e) Şu anda her gün olmamak kaydıyla sigara içiyorum, geçmişte her gün sigara içtiğim dönemler oldu
- f) Şu anda her gün sigara içiyorum

6) Okulunuzda (yemekhaneler, yatakhaneler, amfiler, dinlenme alanları vb.) hiç kimsenin sigara içmesine izin vermeyen bir kural var mı?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Emin değilim

7) Son 12 ayda bu alanlarda sigara içen öğrenciler gördünüz mü?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Emin değilim

8) Son 12 ayda bu alanlarda sigara içen öğretmen, sınıf subayı, sivil memur, temizlik görevlisi vb. öğrenci dışı personel gördünüz mü?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Emin değilim

9) Bundan 5 yıl sonra sigara içiyor olacağınızı düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Emin değilim

10) En yakın 4 arkadaşınızdan kaç sigara içiyor?

- a) Hiçbiri
- b) Biri
- c) İki
- d) Üç
- e) Dördü de
- f) Emin değilim

11) Sigarayı bırakmanın kolay olduğunu düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Emin değilim

12) Sizce insanlar tıpkı uyuşturucuya bağımlı hale gelebildikleri şekilde sigaraya da bağımlı hale gelebilirler mi?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Emin değilim

13) Sigara içen gençlerin daha fazla arkadaşı olduğunu düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Emin değilim

14) Sigara içenlerin ortalama yaşam süresinin içmeyenlere kıyasla daha kısa olduğunu düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Emin değilim

15) Sigara içmenin gençleri daha havalı gösterdiğini düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Emin değilim

16) Sigara içmenin gençleri akranlarına kıyasla fiziksel görünüm olarak daha iyi hale getirdiğini düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Emin değilim

17) Sigara içmenin sosyal aktiviteler vb. ortamlarda insanların daha rahat hissetmelerine/daha kolay arkadaşlık kurmalarına yardımcı olduğunu düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Emin değilim

18) Sigara içmenin insanların vücut ağırlıklarını düzenlemede ya da kontrol altına almada yardımcı olabilen bir etken olduğunu düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Emin değilim

19) Sigara içmenin insanları stresten kurtardığını düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Emin değilim

20) Son 12 ay içerisinde bir doktor, diş hekimi ya da sağlık kurumunda görevli herhangi bir personel size sigara kullanmanın tehlikeleri hakkında bilgi verdi mi?

- a) Son 12 ayda herhangi bir sağlık kuruluşuna gitmedim
- b) Evet
- c) Hayır

21) Son 12 ay içerisinde aile bireylerinizden biri size sigara kullanmanın tehlikeleri hakkında bilgi verdi mi?

- a) Evet
- b) Hayır

22) Son 12 ay içerisinde, okulunuzca düzenlenen ve sizin yaşınızdaki insanları sigara ve diğer tütün ürünlerinden uzaklaştırmayı / uzak tutmayı hedefleyen herhangi bir faaliyete katıldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

23) Son 12 ay içerisinde, sizin yaşınızdaki insanları sigara ve diğer tütün ürünlerinden uzaklaştırmayı / uzak tutmayı hedefleyen herhangi bir okul dışında toplumsal faaliyete katıldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

24) Geçtiğimiz eğitim-öğretim döneminde size sigara kullanımıyla ilgili herhangi bir ders verildi mi?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Emin değilim

25) Hiç nargile içtiniz mi?

- a) Evet, ama düzenli olarak içmiyorum
- b) Evet ve halen düzenli olarak içmeye devam ediyorum
- c) Hayır içmedim

26) Sigara kullanımına kıyasla nargile içmenin;

- a) Daha zararlı olduğunu düşünüyorum
- b) Eşit düzeyde zararlı olduğunu düşünüyorum
- c) Daha az zararlı olduğunu düşünüyorum
- d) Fikrim yok

27) Sağlık Bakanlığının “Sigarayı Bırakma ve Yardım Hattı” olarak kullanılan numarasını biliyor musunuz?

- a) ALO 155
- b) ALO 110
- c) ALO 171
- d) ALO 156
- e) Bilmiyorum

28) Yakın zamanda sinemada izlediğiniz filmlerde film karakterlerinden herhangi birinin sigara içtiğini gördünüz mü?

- a) Evet
- b) Hayır

29) Son zamanlarda TV’de/ DVD’de vb. seyrettiğiniz filmlerde film karakterlerinin sigara içtiğini gördünüz mü?

- a) Evet
- b) Hayır

30) Son 30 günde TV’de/ radyoda/ internette/ reklam panolarında/ gazete ve dergilerde ne sıklıkla sigara karşıtı mesajlarla karşılaştınız?

- a) Hiç
- b) 1-10 gün
- c) 11-20 gün
- d) 21-30
- e) Hatırlayamayacağım

31) Televizyon, DVD vb.de izlediğiniz filmlerde/ dizilerde tütün kullanımının çiçek, mozaik, bulanık görüntü vb. ile kapatılması hakkında ne düşünüyorsunuz?

.....
.....
.....

32) Son 12 ayda üzerinde sigara firmalarına dair isim, resim, logo vb. herhangi bir şey bulunan bir ürünü satın aldınız mı/ eşantiyon olarak aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

33) Üzerinde bir sigara firmasının ismi ya da resmi bulunan çakmak, tişört, güneş gözlüğü vb. herhangi bir eşyayı kullanır mıydınız?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Emin değilim

34) Son bir haftanın kaç gününde sigara içen bir kişiyle aynı odada bulundunuz?

- a) 0
- b) 1-2
- c) 3-4
- d) 5-6
- e) Her gününde

35) Son bir hafta içerisinde kapalı bir ortamda sigara içen bir kişiyle bir arada bulunduğunuz zaman genellikle;

- a) Son bir haftadır öyle bir ortamda hiç bulunmadım
- b) Evdeydim
- c) Okuldaydım
- d) Alışveriş merkezi vb. başka bir kamuya açık alandaydım
- e) Başka birinin evindeydim
- f) Kendi kullandığım arabada ben içiyordum
- g) Ailemin arabasındaydım
- h) Başka birinin arabasındaydım
- i) Diğer

36) Son bir hafta içerisinde kapalı bir ortamda sigara içen birisiyle birlikteken sigara içen kişi kimdi?

- a) Son bir haftadır öyle bir ortamda hiç bulunmadım
- b) Anne-babamdan biri veya her ikisiydi
- c) Başka bir akrabamdı
- d) Arkadaşlarımdan bir veya birkaçıydı
- e) Tanımadığım birisiydi
- f) Diğer

37) Başka kişilerin sigaralarından çıkan dumana maruz kalmanın zararlı olduğunu düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Emin değilim

38) Son 12 ayda, içtiği sigaranın dumanından rahatsız olduğunuz için, herhangi bir kimseden sigara içmemesini istediniz mi?

- a) Evet
- b) Hayır

39) Böyle bir durumda karşınızdaki kişiden sigara içmemesini isteme sebebiniz öncelikli olarak neydi?

- a) Böyle bir istekte bulunmadım
- b) Dumanın beni rahatsız etmesi
- c) Pasif maruziyetin uzun vadedeki zararları konusundaki endişelerim
- d) Sigara içmenin yasa dışı olması
- e) Sigara içen kişinin sağlığı hakkında endişelenmem
- f) Kendi sağlığım hakkında endişelenmem
- g) Diğer
- h) Emin değilim

40) Sizin dışınızda sizinle aynı evde/odada yaşayan herhangi bir kimse sigara içiyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır

41) Son 12 ayda sizinle aynı evde/odada yaşayan herhangi bir kimseden sigarayı bırakmasını istediniz mi?

- a) Son 12 ayda beraber yaşadığım herhangi bir kimse sigara içmiyor
- b) Evet
- c) Hayır

42) Sürekli bir arada yaşadığınız aile bireylerinizden hangileri sigara kullanıyor? (Gerekliyorsa birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- a) Sadece babam
- b) Sadece annem
- c) Hem annem hem babam
- d) Abim/ablam
- e) Küçük kardeşim
- f) Dedem
- g) Diğer

43) Ebeveynlerinizden biri veya her ikisi sizi sigaraya başlamamanız/sigara içmemeniz konusunda bugüne kadar hiç uyardı mı?

- a) Sadece annem uyardı
- b) Sadece babam uyardı
- c) Hem annem hem de babam uyardı
- d) İkisi de uyarmadı

44) Şu ifadelerden hangisi durumunuzu en iyi ifade ediyor;

- a) Sigara içmiyorum
- b) Sigara içiyorum ve ebeveynlerimin bundan haberi yok
- c) Sigara içiyorum ve ebeveynlerim bu durumdan hoşnut değil
- d) Sigara içiyorum ve ebeveynlerim buna aldırmış etmiyor

45) Ebeveynleriniz herhangi bir zamanda size sigara önerdi mi?

- a) Evet
- b) Hayır

46) Evinizin içinde sigara içilmesine izin veriliyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır

SİGARA KULLANMAYAN KATILIMCILAR LÜTFEN 67.SORUDAN DEVAM EDİNİZ!

47-66. SORULAR SADECE SİGARA KULLANAN KATILIMCILAR TARAFINDAN CEVAPLANACAKTIR:

47) İlk defa sigara içtiğinizde kaç yaşındaydınız?

..... yaşındaydım

48) Ard arda en az 30 gün boyunca günde en az 1 sigara içtiğiniz oldu mu?

- a) Evet
- b) Hayır

49) Son 30 günde içtiğiniz günlük ortalama sigara sayısı kaçtır?

- a) Günde 1'den az
- b) Günde 1
- c) Günde 2-5
- d) Günde 6-10
- e) Günde 11-20
- f) Günde 20'den fazla

50) Sıklıkla mentollü sigara mı içersiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

51) Son 30 günde sigaralarınızı nasıl edindiniz?

- a) Market, bakkal, benzin istasyonu veya alışveriş merkezinden
- b) Başkasına para verip aldirttim
- c) Arkadaşımdan borç olarak aldım
- d) Ailemden aldım
- e) Diğer

52) Son 30 günde sigara satışı yapılan dükkanlardan sigara satın alırken yaşıınızı gösterecek herhangi bir belge göstermeniz istendi mi?

- a) Son 30 günde böyle bir dükkandan sigara satın almaya çalışmadım
- b) Evet istendi
- c) Hayır istenmedi

53) Yeniden sigara içmeye ihtiyaç duymaksızın ne kadar süre geçirebiliyorsunuz?

- a) 1 saatten daha az
- b) 1-3 saat
- c) 4-23 saat
- d) Bir tam gün
- e) 2-6 gün
- f) Bir hafta veya daha uzun

54) Son 12 ayda sigarayı bırakmayı hiç denediniz mi?

- a) Evet
- b) Hayır

55) Bugüne kadar kaç defa sigarayı bırakmayı denediniz?

- a) Sigarayı bırakmayı hiç denemedim
- b) 1 defa
- c) 2 defa
- d) 3-5 defa
- e) 6-9 defa
- f) 10 veya daha çok defa

56) Sigarayı bırakmayı son deneyişinizde bunu ne süreyle başardınız?

- a) Sigarayı bırakmayı hiç denemedim
- b) 1 günden daha kısa
- c) 1-7 gün
- d) 8-29 gün
- e) 1-6 ay
- f) 7-12 ay
- g) 1 yıldan daha uzun süreyle

57) Son 12 ayda aşağıdakilerden herhangi biri aracılığıyla sigarayı bırakmaya çalıştınız mı? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- a) Okulumdaki bir sigara bıraktırma programına katıldım
- b) Dışarıdaki bir sigara bıraktırma programına katıldım
- c) Sigarayı bıraktırma veya yardım alma hattını aradım
- d) Nikotin sakızı / nikotin bandı kullanmayı denedim
- e) İlaç tedavisi kullandım
- f) Diğer

58) Sigara kullanmayı bırakmayı ciddi olarak düşünüyor musunuz?

- a) Evet, önümüzdeki 30 gün içerisinde
- b) Evet, önümüzdeki 6 ay içerisinde
- c) Evet ama önümüzdeki 6 ay içerisinde değil
- d) Hayır sigarayı bırakmayı düşünmüyorum.
- e) Kararsızım

59) İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

- a) Uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içerisinde
- b) 6-30 dakika içinde
- c) 31-60 dakika içinde
- d) Birinci saatten sonra

60) Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

61) İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?

- a) Sabah içtiğim ilk sigara
- b) Diğer herhangi bir sigara

62) Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- a) 10 adet veya daha az
- b) 11-20 adet
- c) 21-30 adet
- d) 31 veya daha fazla

63) Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

64) Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

65) Sigara kullanmaya kaç yaşında başladınız, bugüne kadar hiç ara verdiniz mi?

.....yaşında başladım/ara.....

66) Sigaraya başlama sebebiniz neydi? (Birden fazla şıkki işaretleyebilirsiniz)

- a) Özenti (Sigara içen anneye,babaya,arkadaşa...vb)
- b) İddia sonucu
- c) Merak ettiğim için
- d) Aşırı stres sebebiyle
- e) Duygusal sorunlar sebebiyle
- f) İştah kesici özelliği nedeniyle/kilo kontrolü amacıyla
- g) Kendini ispatlamak/yaşından büyük görünmek için
- h) Diğer

67,68 ve 69. SORULAR SADECE SİGARA KULLANMAYAN KATILIMCILAR TARAFINDAN CEVAPLANACAKTIR:

67) Hiç sigara içmeyi denediniz mi (Birkaç nefes çekerek dahi olsa)?

- a) Evet
- b) Hayır

68) Yakın zamanda sigara kullanmayı deneyeceğinizi düşünüyor musunuz?

- a) Zaten denemiştım
- b) Evet
- c) Hayır

69) Eğer en samimi olduğunuz arkadaşlarınızdan biri size sigara teklif etseydi, içer miydiniz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Emin değilim

PERSONEL ANKET SORULARI

EK-2

(* işaretli olanlar sadece halihazırda sigara/tütün mamulleri içenlerce cevaplanacaktır)

Bu çalışma, Ankara Garnizonundaki Asker Hastanelerinde görev yapan personelde tütün mamullerinin kullanım sıklığı ile tütün mamullerine yönelik tutum ve davranışların belirlenebilmesi maksadıyla yürütülmektedir. Katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1) KİŞİSEL BİLGİLERİNİZ:

Doğum tarihiniz? (Yıl olarak belirtiniz)

Cinsiyetiniz?

a) Erkek b) Kadın

Boy ve Kilonuz? kg / cm

Eğitim durumunuz nedir?

- a) İlkokul mezunu
- b) Ortaokul mezunu
- c) Lise mezunu
- d) Yüksekokul/Üniversite mezunu/Pratisyen doktor
- e) Doktora/Yüksek Lisans mezunu/Uzman doktor

Mesleğiniz;

- a) Sağlık sınıfı sivil memur
- b) Sağlık sınıfı astsubay
- c) Sağlık sınıfı subay
- d) Sağlık sınıfı olmayan sivil memur
- e) Sağlık sınıfı olmayan astsubay
- f) Sağlık sınıfı olmayan subay
- g) Diğer

- Hemşire
- Diğer

- Doktor
- Diş hekimi
- Hemşire
- Eczacı
- Veteriner
- Diğer

Çalıştığınız Hastane/Bölüm?

...../.....

2) Sigara kullanma/kullanmama durumunuzu/sıklığınızı nasıl tanımlarsınız?

- a) Şu anda sigara içmiyorum, geçmişte de hiç içmedim.
- b) Şu anda sigara içmiyorum, geçmişte her gün olmamak kaydıyla sigara içtiğim dönemler oldu.
- c) Şu anda sigara içmiyorum, geçmişte her gün sigara içtiğim dönemler oldu.
- d) Şu anda her gün olmamak kaydıyla sigara içiyorum, geçmişte de hep bu şekilde sigara içtim.
- e) Şu anda her gün olmamak kaydıyla sigara içiyorum, geçmişte her gün sigara içtiğim dönemler oldu.
- f) Şu anda her gün sigara içiyorum.

***3) Sigaraya başlangıç yaşıınız?**

Düzenli olarak sigara içmeye başladığınız yaş?

Sigaraya başlama döneminiz



- a) İlkokul öncesi
- b) İlkokul dönemi
- c) Ortaokul dönemi
- d) Lise dönemi
- e) Yüksekokul/Üniversite dönemi
- f) Yüksekokul/Üniversite sonrası
- g) Diğer

4) Ailenizde kimler sigara içiyor/içiyordu? (birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

- a) Anne b) Baba c) Kardeş/ abi/ abla
- d) Dede e) Anneanne/ Babaanne f) Eş

***5) Ortalama olarak aşağıdaki tütün mamüllerini halihazırda günde/haftada kaçar tane kullanıyorsunuz? (Aralarında haftada birden de az sıklıkla kullandıklarınız varsa bunları da belirtiniz)**

- a) Fabrika üretimi sigara günde/haftadatane
- b) Sarma sigara günde/haftadatane
- c) Pipo günde/haftadatane
- d) Puro ve türevleri günde/haftadatane
- e) Nargile günde/haftadatane
- f) Diğer.....

6) Sigara içmeyenlerin de içilen ortamlarda bulundukları taktirde (pasif maruziyet) içenler kadar zarar gördükleri düşünüyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

7) Evinizin iç (kapalı) ortamlarında herhangi bir kişi tarafından ne sıklıkla sigara içiliyor? (Balkon vb. açık alanlar kastedilmemektedir.)

- a) Her gün
- b) Haftada bir
- c) Ayda bir
- d) Ayda birden daha nadir
- e) Hiçbir zaman
- f) Hatırlamıyorum

8) İş yerinizde sıklıkla açık ortamlarda mı, kapalı ortamlarda mı çalışıyorsunuz?

- a) Kapalı ortamlarda
- b) Açık ortamlarda (10. soruya geçiniz)
- c) Her ikisinde eşit zaman geçiriyorum

9) Son 30 gün içerisinde çalışma ortamınız olan kapalı alan içerisinde/hastane içerisinde sigara içen herhangi bir kimseye (içeni görmek / duman kokusu almak şeklinde) rastladınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Hatırlamıyorum

(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- Hasta odası
- Kliniğin içerisi
- Ayakta tedavi odası
- Koridorlar
- Yemekhane
- Dinlenme odası
- Tuvaletler
- Engelli tuvaletleri
- Mutfak
- İdare odası
- Merdivenler

***10) Herhangi bir dönemde sigarayı bırakmayı denediniz mi?**

- a) Evet
- b) Hayır

Kaç defa?

***11) Sigarayı bırakmaya yönelik başarısız bir girişiminiz olduysa sebebi neydi?**

- a) Zor oluşu
- b) Kilo almaya başlamam
- c) Sinirli bir kişi haline gelmem
- d) Diğer

***12) Sigarayı bırakma düşünceniz varsa sebebi nedir?**

- a) Sağlık riskleri
- b) Ekonomik yönü
- c) Diğer insanlara olan zararından dolayı
- d) Kötü bir alışkanlık olduğunu düşündüğüm için
- e) Diğer

***13) Son 12 ay içerisinde sigarayı bırakmayı düşündünüz mü?**

- a) Evet b) Hayır

14) Son 12 ay içerisinde bir doktora ya da herhangi bir sağlık kurumuna başvurduğunuz mu?

- a) Evet b) Hayır (16. soruya geçiniz)

***15) Son 12 ay içerisinde bir doktora ya da herhangi bir sağlık kurumuna yaptığınız başvuru esnasında sigarayı bırakmanız tavsiye edildi mi?**

- a) Evet b) Hayır

16) Son 30 gün içerisinde okuduğunuz gazete / dergilerde sigara kullanmanın tehlikeleri hakkında ya da sigarayı bırakmayı teşvik edici herhangi bir bilgilendirme dikkatinizi çekti mi?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Son 30 gün içerisinde gazete/ dergi okuma fırsatım olmadı

17) Son 30 gün içerisinde TV’de sigara kullanmanın tehlikeleri hakkında ya da sigarayı bırakmayı teşvik edici herhangi bir bilgilendirme dikkatinizi çekti mi?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Son 30 gün içerisinde TV izleme fırsatım olmadı

***18) Son 30 gün içerisinde sigara paketleri üzerinde herhangi bir sağlık uyarısı dikkatinizi çekti mi?**

- a) Evet
- b) Hayır (20. soruya geçiniz)
- c) Herhangi bir sigara paketi görmedim (20. soruya geçiniz)

***19) Son 30 gün içerisinde sigara paketleri üzerinde gördüğünüz sağlık uyarı ibareleri sizde sigarayı bırakma düşüncesi oluşturdu mu?**

- a) Evet b) Hayır c) Hatırlamıyorum

20) Çalıştığınız kurum bünyesinde bugüne kadar sigara kullanmanın tehlikeleri hakkında ya da sigarayı bırakmayı teşvik edici herhangi bir bilgilendirme faaliyeti (seminer, bölüm toplantısı vb.) yapıldı mı?

- a) Evet yapıldı ancak katılmadım.
- b) Evet yapıldı ve katıldım.
- c) Hayır yapılmadı.
- d) Hatırlamıyorum.

21) Sigarayla mücadeleyle yönelik müdahaleler/destek yöntemleri konularında mesleki eğitiminiz (tıp fakültesi, hemşirelik yüksekokulu vb.de) esnasında eğitim aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

22) Son 30 gün içerisinde sigara satışı yapılan dükkanlarda / marketlerde sigarayı özendirici herhangi bir reklam ya da ilana rastladınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır (24. soruya geçiniz)
- c) Son 30 içerisinde sigara satışı yapılan herhangi bir dükkana/ markete gitmedim (24. soruya geçiniz).

23) Son 30 gün içerisinde ne tür sigarayı özendirici reklam ya da ilanlara rastladınız? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- a) Ücretsiz sigara numuneleri verilmesi
- b) İndirimli fiyata sigara satışları
- c) Sigara alındığı takdirde diğer bazı ürünlerde özel indirim yapılması veya bazı ücretsiz hediyeler verilmesi
- d) Üzerinde sigara markasının ismi veya logosu olan kıyafet veya ürünler verilmesi
- e) Elektronik postanıza sigara reklamları gelmesi
- f) Diğer

***24) Kendiniz için yaptığınız son sigara alışverişinizde kaç tane sigara aldınız?**

- a) ... tane
- b) ... paket (her pakette ... tane)
- c) ... karton (her kartonda ...paket)
- d) Diğer
- e) Kendim içmek için hiç sigara alışverişi yapmadım.

***25) Bu son sigara alışverişiniz için toplam kaç lira ödediniz?**
.....TL

26)

i) Hastalar tarafından davranış modeli (rol model) olarak kabul edildiğinizi düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

ii) “Sağlık personeli sigara içmemeli” ifadesine katılıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

27) Hastane içerisinde sigara içenlerin cezalandırılmasını destekliyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

28) Personelin hastane içerisinde kapalı alanlardaki sigara yasağına uyumunu arttırmak için sizce ne yapılabilir? (birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

- a) Her bölümde sigara içilmesine izin verilen alanlar tayin edilmesi
b) Bölüm olarak bu yasağı uyulacağına dair karar alınması
c) Daha fazla sayıda sigara yasağına dair levha ve işaret asılması
d) Sigara içerken yakalanan personelin cezalandırılması
e) Diğer

29) Hastane içerisinde sigara içerken gördüğünüz/göreceğiniz meslektaşlarınıza karşı tutum ve davranışınız ne şekilde olurdu?

- a) Yaptırım uygulamak
b) Onu ortamdan uzaklaştırmak
c) Uyarmak
d) Kendim uzaklaşmak
e) Bırakmasını öğütlemek
f) Hiçbir şey söylememek
g) Diğer

***30) (Modifiye) Fagerström Nikotin Bağımlılık Anketi Sorularıdır.**

İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

- a) Uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içerisinde
b) 6-30 dakika içinde
c) 31-60 dakika içinde
d) 1.saatten sonra

Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağı uymakta zorlanıyor musunuz?

- a) Evet
b) Hayır

İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?

- a) Sabah içtiğim ilk sigara
b) Diğer herhangi bir sigara

Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- a) 10 adet veya daha az
b) 11-20 adet
c) 21-30 adet
d) 31 veya daha fazla

Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

**Anketimiz sona ermiştir.
Katılımınız için teşekkür ederiz.**

**(MODİFİYE) FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK ANKETİ VE
PUANLAMASI**

EK-3

İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

- a) Uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içerisinde (3)
- b) 6-30 dakika içinde (2)
- c) 31-60 dakika içinde (1)
- d) 1.saatten sonra (0)

Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

- a) Evet (1)
- b) Hayır (0)

İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?

- a) Sabah içtiğim ilk sigara (1)
- b) Diğer herhangi bir sigara (0)

Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- a) 10 adet veya daha az (3)
- b) 11-20 adet (2)
- c) 21-30 adet (1)
- d) 31 veya daha fazla (0)

Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?

- a) Evet (1)
- b) Hayır (0)

Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?

- a) Evet (1)
- b) Hayır (0)

ÖZEL**ÖZEL**

T.C.

GENELKURMAY BAŞKANLIĞI

GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI

GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞI
ANKARA

EĞT.ÖĞT.

09 Ekim 2012

KONU

GATA Etik Kurulu Kararı.

Dz.Tbp.Yzb. Levent KARAARDIÇ'a

GATA Etik Kurulu'nun 02 Ekim 2012 günü yapılan 08'inci oturumunda, GATA Halk Sağlığı AD.Bşk.lığında görevli Dz.Tbp.Yzb. Levent KARAARDIÇ'ın sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Ankara garnizonundaki asker hastanelerinin personeli ile GATA öğrencilerinde sigara kullanımı sıklığının ve ilişkili tutum ve davranışların incelenmesi" başlıklı araştırma dosyası ile ilgili, GATA Etik Kurulu'nun kararı EK-A'dadır.

Rica ederim.

Sadettin ÇETİNER
Profesör Tabip Tammam
GATA Komutan Bilimsel Yardımcısı,
Askeri Tıp Fakültesi Dekanı ve
Eğitim Hastanesi Baştabibi

EKİ

EK-A (1 Adet Etik Kurul Raporu)

ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 08
OTURUM TARİHİ : 02 Ekim 2012
OTURUM BAŞKANI : Prof.Dış Tbp.Alb.Y.Meriç TUNCA
OTURUM SEKRETERİ : Doç.Tbp.Alb.Muharrem UÇAR

GATA Etik Kurulu'nun 02 Ekim 2012 günü yapılan 08'inci oturumunda, GATA Halk Sağlığı AD.Bşk.lığında görevli Dz.Tbp.Yzb. Levent KARAARDIÇ'ın sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Ankara garnizonundaki asker hastanelerinin personeli ile GATA öğrencilerinde sigara kullanımı sıklığının ve ilişkili tutum ve davranışların incelenmesi" başlıklı araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BASKAN	ÜYE	ÜYE	ÜYE
Y.Meriç TUNCA Prof.Dış Tbp.Alb.	Ayhan KUBAR Prof.Tbp.Alb.	Mahir GÜLEÇ Prof.Tbp.Alb.	Cengiz BAŞOĞLU Prof.Tbp.Alb.
ÜYE	ÜYE	ÜYE	ÜYE
Cemil YILDIZ Prof.Tbp.Alb.	Selmin GÖRGÜLÜ Prof.Tbp.Alb.	Ergun TOZKOPARAN Doç.Tbp.Alb.	Muharrem UÇAR Doç.Tbp.Alb.
ÜYE	ÜYE	ÜYE	
Aygül AKYÜZ Doç.Dr.Sağ.Alb.	(Katılmadı) Harun TUĞCU Doç.Tbp.Alb.	(Katılmadı) Cengiz Han AÇIKEL Doç.Tbp.Alb.	

**GATA ARASTIRMA AMAÇLI ANKETLERİ DEĞERLENDİRME KURUL
ONAYI**

EK-5

HİZMETE ÖZEL

T.C.

GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞI
ANKARA

EĞT.ÖĞT.:

48-39)

08 Şubat 2013

KONU : Dz.Tbp.Yzb.Levent KARAARDIÇ'ın Araştırma İzni.

GATF HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İLGİ: GATF Dek. ve Eğt.Hst.Bştpb.lığının 24 Ocak 2013 tarihli, HALK SAĞ.:0180-27-12/1559-27 sayılı ve "Araştırma Amaçlı Anket Onayı" konulu yazısı.

1. GATF Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığında görevli Dz.Tbp.Yzb.Levent KARAARDIÇ'ın "Ankara Garnizonundaki Asker Hastaneleri Personeli ve GATA Öğrencilerinde Sigara Kullanımı Sıklığının ve Sigara ile İlişkili Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi" konulu çalışmasını uygulama talebi ilgi yazıyla GATA Komutan Bilimsel Yardımcılığına bildirilmiştir.
2. Anılan personelin uygulamak istediği anket Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Komisyonunun 30 Ocak 2013 tarihli tutumunda incelenmiş, uygulanabilir olduğu değerlendirilmiştir.
3. EK-A'da sunulan söz konusu anketin uygulanmasıyla ilgili olarak Ankara Garnizonundaki Asker Hastaneleriyle koordine kurulması Akademi Komutanlığının emirlerine maruzdur.

Arz ve rica ederim.

Sadettin ÇETİNER
Profesör Aleva Tabip Tümgeneral
GATA Komutan Bilimsel Yardımcısı
Askeri Tıp Fakültesi Dekanı ve
Eğitim Hastanesi Baştabibi

Eki :
EK-A (Anket Metni)

DAĞITIM :
Gereği :
GATA K.lığına
Halk Sağ. AD Bşk.lığına (İvediliğinden) el komodu
Öğrenci Alay Komutanlığına
SAMYO K.lığına
HYO Md.lüğüne

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ANKARA



HRK.

3

29 Mart 2013

KONU

Araştırma izni.

KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞINA

İLGİ: TSK Sağlık K.lığının 25 Mart 2013 tarihli ve PER:26702250-4960-27816-13/Per.Pl.ve
Eğt.Ş. sayılı yazısı.

1. GATF Halk Sağlığı AD.Bşk.lığında görevli uzmanlık öğrencisi Dz.Tbp.Yzb.Levent KARAARDAÇ'ın "Ankara Garnizonundaki Asker Hastaneleri Personeli ile GATA Öğrencilerine Sigara Kullanımı Sıklığının ve Sigara ile ilişkili Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi" konulu çalışma kapsamında, Ankara garnizonunda bulunan asker hastanelerinde görevli personele anket uygulama talebinin uygun bulunduğu ilgi ile bildirilmiştir. İlgili emir tipkiçekimi EK'tedir.

2. Emrin, adı geçen personele tebliğ edilmesini ve anket çalışmasının ilgili emirde belirtilen hususlar çerçevesinde yapılmasının sağlanmasını arz ederim.

AKADEMİ KOMUTANI EMRİYLE

EKİ

EK-A (İlgili Emir Tipkiçekimi)

Serdar S. EKİNCİ
Kurmay Albay
Hrk. Eğt. Ş. Md.

394

08.4.13

J. Harmanlı

HİZMETE ÖZEL

ARAŞTIRMA ZAMAN TAKVİMİ

EKG-7

Yapılacak faaliyet	Ocak 2012	Şubat 2012	Mart 2012	Nisan 2012	Mayıs 2012	Haziran 2012	Temmuz 2012	Ağustos 2012	Eylül 2012	Ekim 2012	Kasım 2012	Aralık 2012	Ocak 2013	Şubat 2013	Mart 2013	Nisan 2013	Mayıs 2013	Haziran 2013
Konu seçimi, veri toplama yöntemi ve formların hazırlanması, araştırma yapılacak birliklerin tespiti, tez sunumu.																		
Resmi izin yazılarının gönderilmesi.																		
Literatür taraması ve kaynakların toplanması.																		
Resmi izinlerin gelmesi ve veri toplama																		
Veri girişi ve analizi																		
Araştırma raporunun yazılması																		

