



T.C.

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÖĞRENCİLERİNİN AİLE BİREYLERİNDE VE SOSYAL
ÇEVRESİNDE SİGARA KULLANMA DURUMU; SİGARA
KULLANIMININ ZARARLARI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE
DAVRANIŞLARI**

Dr. Abdulkadir YAYLAOĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN - 2020



T.C.

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÖĞRENCİLERİNİN AİLE BİREYLERİNDE VE SOSYAL
ÇEVRESİNDE SİGARA KULLANMA DURUMU; SİGARA
KULLANIMININ ZARARLARI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE
DAVRANIŞLARI**

Dr. Abdulkadir YAYLAOĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Bektaş Murat YALÇIN

SAMSUN - 2020

TEŞEKKÜR

Asistanlık ve tez çalışmam boyunca yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen tez danışmanım değerli hocamız Prof. Dr. Bektaş Murat Yalçın'a,

Asistanlık eğitimimiz boyunca her konuda yanımızda olan anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Mustafa Fevzi Dikici'ye,

OMÜ Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalının değerli öğretim üyeleri ve asistanlarına,

Beni yetiştiren ve bu günlere getiren çok sevdiğim değerli aileme,

Tezimin her aşamasında bana yardımcı olan, çok değerli eşim, biricik oğlumuzun annesi Dr. şeydanur Yaylaoğlu'na teşekkür ederim.

BEYAN

“Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Aile Bireylerinde ve Sosyal Çevresinde Sigara İçme Durumu; Sigara Kullanımının Zararları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

ÖZET

AMAÇ: Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin aile bireylerinde ve sosyal çevresinde sigara kullanma durumlarının ve sigara kullanımının zararları hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesidir.

MATERYAL VE METOT: Araştırmanın evrenini 2019-2020 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinde eğitim gören öğrencilerinin aile bireylerinden ve sosyal çevresinden 18-65 yaş arasında bulunan kişiler oluşturmuştur. Çalışma anketimiz sosyodemografik verilerle ilgili soruların yanı sıra sigaranın zararları hakkındaki bilgi düzeyinin ölçüleceği 3 seçeneqli 12 soru ve sigara içilmesine karşı olan görüşlerinin değerlendirileceği 5'li likert sistemine göre tasarlanmış 5 soru bulunmaktadır. Çalışmaya katılan ve halen sigara kullanan bireylerin sigara bağımlılık düzeyleri 6 sorudan oluşan fagerström nikotin bağımlılık ölçeği ile değerlendirilecektir. OMÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır. Verilerin analizi ve değerlendirilmesi SPSS 20.0 ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya OMÜ Tıp Fakültesinde eğitim gören öğrencilerin aile bireylerinden ve sosyal çevresinden 18-65 yaş arasında 305 kişi dahil edildi. Çalışmaya katılan 305 kişinin 171'i (%56,1) erkek, 134'ü (43,9) kadındı. Katılımcıların yaş ortalaması $28,44 \pm 11,52$ idi. Katılımcılardan 185 kişi (%60,7) halen sigara kullanıyor olup; 96 kişi (%31,5) sigara kullanmamakta ve 24 kişi (%7,9) sigarayı bırakmıştı. Araştırmaya katılan kişilerin cinsiyete göre sigara kullanma durumu değerlendirildiğinde; erkeklerin %71,9'u sigara içtiğini, kadınların ise %46,3'ü sigara içtiğini belirtmiştir. Çalışmaya katılanlar cinsiyete göre sigara içme açısından kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,001$). Çalışmaya katılan sigara içen ya da daha önce içmiş şu an bırakmış olan katılımcıların sigara kullanma miktarı (paket/yıl) ortalaması $11,46 \pm 13,44$ idi. Fagerström testi total puan ortalaması $4,37 \pm 2,82$ olarak saptandı. Cinsiyetler arasında FNBT sonuçlarına göre birbirleriyle kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,001$). Sigara kullanım miktarı

(paket/yıl) ile fagerström skoru arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0,459$) ve anlamlı bir ilişki vardı ($p<0,001$). Erkekler kadınlara göre sigaranın daha iyi, faydalı, keyifli, hoş ve çekici olduğunu düşünmekteydi ($p<0,001$)

SONUÇ: Katılımcıların sigara içme oranları yetişkin toplumdaki sigara içme oranlarına göre yüksekti. Erkekler kadınlara göre daha yüksek oranda sigara içmekteydi, daha yüksek oranda bağımlıydı. Tıp eğitimi alan öğrencilerin sigaranın zararları konusunda artmış farkındalığa sahip olduğu bilinmektedir fakat çevresinde bulunan bireylere yeterince aktarmadığı görülmüştür. Tıp fakültesi öğrencilerinin sosyal çevrelerine sigaranın zararlarıyla ilgili daha fazla bilgilendirme yapmalıdır. Bu konuda daha kapsamlı çalışmaların yapılması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sigara kullanımı, nikotin bağımlılığı, FNBT puanı, aile hekimliği

ABSTRACT

Aim: To evaluate the level of knowledge of the students of Samsun Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine about smoking situations and the harms of smoking in their family members and social environment.

Material and Method: The universe of the study consisted of people between the ages of 18-65 from the family members and social environments of the students studying at Ondokuz Mayıs University Medical Faculty in 2019-2020. Our study questionnaire includes 12 questions with 3 options to measure the level of knowledge about the harms of smoking, as well as questions about sociodemographic datas, and 5 questions designed according to a 5-point Likert system to evaluate their opinions against smoking. The smoking addiction levels of the individuals who participated in the study and who are still smoking will be evaluated with the fagerström nicotine addiction scale consisting of 6 questions. Approval was obtained from the OMU Clinical Research Ethics Committee. The analysis and evaluation of the datas was done with SPSS 20.0. Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results: 305 individuals between the ages of 18-65 from the family members and social environment of the students studying at OMU Faculty of Medicine were included in the study. Of the 305 people participating in the study, 171 (56.1%) were men and 134 (43.9%) were women. The average age of the participants was 28.44 ± 11.52 . 185 participants (60.7%) are still smoking; 96 people (31.5%) did not smoke and 24 people (7.9%) quit smoking. When the smoking status of the people participating in the study is evaluated according to gender; 71.9% of men stated that they smoked, and 46.3% of women stated that they smoke. When the participants in the study were compared in terms of smoking by gender, there was a statistically significant difference between them ($p < 0.001$). The average smoking amount (pack / year) of the participants who were smokers or who have smoked before, was 11.46 ± 13.44 . The Fagerström test mean total score was found to be 4.37 ± 2.82 . There was a statistically significant difference between the genders

compared to each other according to the FNBT results ($p < 0.001$). There was a positive, moderate ($r = 0.459$) and significant relationship ($p < 0.001$) between the amount of cigarette use (pack / year) and the Fagerström score. Men thought that smoking was better, beneficial, enjoyable, pleasant and attractive than women ($p < 0.001$)

Conclusion: The smoking rates of the participants were higher than the smoking rates in the adult population. Males were more likely to smoke than females, and more addicted. It is known that students of medical education have increased awareness of the harms of smoking, but it has been observed that they do not adequately convey them to the individuals around them. Medical faculty students should provide more information to their social circles about the harms of smoking. It will be useful to carry out more comprehensive studies on this subject.

Keywords: Smoking, nicotine addiction, FTND score, family practice

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
BEYAN.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ix
TABLolar.....	x
GRAFİK LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Tütün Tarihiçesi.....	2
2.2. Sigara Epidemiyolojisi.....	3
2.2.1. Dünyada sigara kullanımı.....	3
2.1.2. Türkiye’de sigara kullanımı.....	4
2.1.3. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Kullanımı.....	6
2.2. Sigaranın İçeriği.....	7
2.3. Sigara Kullanımının Sağlığa Etkileri.....	8
2.4. Pasif Sigara Kullanımı.....	13
2.5. Sigaranın Bırakılmasının Sağlık Açısından Faydaları.....	15
2.6. Nikotin Bağımlılığı ve Değerlendirilmesi.....	18
2.7. Nikotin Yoksunluğu.....	22

2.8. Tütün Kontrolü.....	22
2.9. Sigara Bıraktırma Tedavilerine Yaklaşım ve Farmakolojik Tedavi..	26
3. MATERYAL VE METOT.....	29
3.1. Araştırmanın Yeri.....	29
3.2. Araştırmanın Tipi.....	29
3.3. Araştırmanın Evreni.....	29
3.4. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması.....	29
3.5. İstatistiksel Analiz.....	30
3.6. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar.....	30
3.7. Etik İzin.....	30
3.8. Araştırmanın Bütçesi.....	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA.....	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74
7. KAYNAKLAR.....	75
8. EKLER.....	86
8.1. Ek-1. OMÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı.....	86
8.2. Ek-4. Güç Analizi Sonuçları.....	87
8.3. Ek-5. Veri Toplama Aracı.....	88
8.4. Ek-6. Orijinallik Beyanı.....	91

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

COVID-19: Koronavirüs Hastalığı 2019 – Coronavirus Disease 2019

DSM-5: American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 - Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırma El Kitabı 5

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FNBT: Fagerström Test for Nicotine Dependence - Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 - Uluslararası Hastalık Sınıflandırması Versiyon 10

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

KYTA: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması

NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

OMÜ: Ondokuz Mayıs Üniversitesi

OMÜTF: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

RR: Rölatif Risk

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TABLolar

Tablo 2.1. Sigaranın Yol Açtığı Hastalıklar ve Diğer Sağlık Sorunları

Tablo 2.2. Sigarayı Bırakmanın Faydaları Özeti

Tablo 2.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin Soruları

Tablo 4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 4.2. Katılımcıların Anket Sorularına Verdikleri Cevaplar

Tablo 4.3. Cinsiyete Göre Anket Sorularını Doğru Bilme Durumunun Dağılımı

Tablo 4.4. Sigara İçen Katılımcılara Uygulanan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Sonuçları

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 4.1. Sigara İçme Durumu

Grafik 4.2. Cinsiyete Göre Sigara İçme Durumu

Grafik 4.3. FNBT Bağımlılık Düzeyleri



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara kullanımı tüm dünyada önlenabilir hastalıkların ve ölümlerin en önde gelen nedenidir. Yüksek mortaliteye sahip olan, kanser, kalp ve akciğer hastalıklarına neden olduğu iyi bilinmesine karşın sigara kullanımı hala önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre 2016 yılında dünyada sigara kullanma oranı %21,9 olup sigara kullanan sayısı ise 1,1 milyarı geçmiştir(1).

Tütün salgını, dünyanın karşı karşıya kaldığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden biridir ve dünyada yılda 8 milyondan fazla ölüme neden olmaktadır. Bu ölümlerin 7 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımından kaynaklanırken yaklaşık 1,2 milyonu sigara içmeyenlerin ikinci el sigara dumanına maruz kalmasının sonucudur(2).

Sigara kullanımı büyük bir çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerden olmak üzere her yıl 8 milyondan fazla insanın ölümüne neden olmaktadır (3).

Ülkemizde de sigara kullanımı önemli bir halk sağlığı problemi olup; 2016 verilerine göre sigara kullanma oranı dünya ortalamasından daha yüksek olup bu oran % 26,5'dir(4). Türkiye'de her yıl sigaraya bağlı olarak 65300 insan hayatını kaybetmektedir(5).

Sigara kullanımı ciddi bir halk sağlığı problemi olmakla beraber sebep olduğu sağlık harcamaları ve iş gücü kaybı nedeniyle ekonomiye de ciddi yük getirmektedir. Sadece Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) sigara ile ilişkili hastalıkların yıllık maliyetleri 300 milyar doları geçmektedir (6).

Çalışmamızın amacı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin aile bireylerinde ve sosyal çevresinde sigara kullanma durumlarının ve sigara kullanımının zararları hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütün Tarihçesi

Tütün ekilmesi Amerika kıtasında milattan önceki yıllarda başlamıştır(Milattan önce 6000). Orta Amerika'daki Maya Medeniyeti'ne ait olan tarihi taşlardaki resimlerde ve Kuzey Ohio'daki höyüklerde pipo resimlerine ve tütünün kullanılma şekillerine rastlanmaktadır. Daha sonra ise Kızılderililer ve İnka Medeniyeti tütün üretimine başlamıştır(7).

Tütün sadece koklamak ve içilmekle kalmadı; çiğnendi, yenildi, içildi (çay gibi), vücutlara sürüldü (bitleri ve diğer parazitleri öldürmek için) ve göz damlası ve lavmanlarda kullanıldı. Savaştan önce savaşçıların yüzlerine, ekimden önce tarlalara (tarımda böcek ilacı olarak) ve seks öncesinde kadınların yüzlerine fırlatıldı. Tıbbi olarak analjezik ve antiseptik özellikleri ve çeşitli rahatsızlıkların tedavisi için kullanılmıştır. Tanrılara sunuldu ve dini törenlerde kullanıldı(8).

15. ve 16. yüzyılda Amerika'nın Avrupalılar tarafından keşfi nedeniyle Avrupa kıtası tütün ile tanışmıştır. Küba yerlileri Avrupa'dan gelenlere ikram ettikleri bu tütünü Tobacos olarak tanıtmıştır. 1560 yılında Fransa'nın Portekiz elçisi Jean Nicot Fransa Kraliçesi Catherine de Medicis'e tütün tohumu göndermesi ile tütünün Avrupa'daki yaygınlığı artmıştır. (7).

El ve makine kombinasyonu ve daha sonra tek başına makine ile yapılan üretilen sigaralar ilk olarak 1850'lerde İngiltere'de pazarlandı(9).

Tütün yaprağının hammadde olarak kullanılması ile yapılan ve içme (tüttürme), buruna çekme, emme ya da çiğneme şeklinde kullanılan ürünlere tütün ürünü, tütün mamulü adı verilir. Çeşitli işlemlerden geçirilerek hazırlanan ve pazara sunulan başlıca tütün ürünleri şunlardır; sigara, sarmalık kıyılmış tütün, puro, pipo tütünü, nargilelik tütün, enfiye tütünü, çiğnemelik tütün(10).

2.2. Sigara Epidemiyolojisi

2.2.1. Dünyada sigara kullanımı

Sigara kullanımı tüm dünyada önlenemez hastalıkların ve ölümlerin en önde gelen nedenidir. Yüksek mortaliteye sahip olan, kanser, kalp ve akciğer hastalıklarına neden olduğu iyi bilinmesine karşın sigara kullanımı hala önemli bir halk sağlığı sorunudur(1).

2012 yılında dünya çapında 1,1 milyon sigara içicisi bulunmakta iken sigara kullanan her 10 kişiden 8'i de günlük içici olarak tanımlanmıştır. Dünya genelinde sigara kullanım oranı %22 idi. En yüksek bölgesel ortalama %30'la Avrupa'da, en düşük oran da %12 ile Afrika'daydı. Yüksek gelirli ülkelerdeki oran %25, orta gelirli ülkelerde %22, düşük gelir grubunun oranı ise %18 idi. Sigara içme oranı erkeklerde kadınların beş katıydı. Erkeklerde %37, kadınlarda %7 oranındaydı. Sigara en yaygın kullanılan tütün ürünüdür ve %90'dan fazla kullanılmaktadır(11).

195 ülke ve bölgede 25 yıllık tütün kullanımının sistematik bir analizi olan Küresel Hastalık Yüğü, Yaralanmalar ve Risk Faktörleri Çalışması, 2015 yılında dünya çapında yaşa göre standardize edilmiş günlük sigara içme yaygınlığının erkekler arasında %25,0, kadınlarda %5,4 olduğunu tespit etmiştir(12).

Dünyada 15 yaş üzeri nüfusta her üç erişkinden biri yaklaşık 1,2 milyar (kimi kaynaklarda 1,3-1,5 milyara yakın kişi) tütün kullanmaktadır. Ülkemizdeki tüm ölümlerin %23'ü tütüne bağlı hastalıklar sebebiyle olmaktadır. Tütün kullanımının bu şekilde devam etmesi durumunda 2030 yılına gelindiğinde tütün kullanımı nedeniyle yılda ölen kişi sayısının 8 milyonu geçmesi beklenmektedir(13).

Sigara kullanımı ABD'de de önemli bir halk sağlığı sorunudur. 2015 yılında tüm ABD halkının %15,1'i halen sigara kullanmakta olup kadınlarda bu oran %13,6; erkeklerde ise %16,7 olarak tespit edilmiştir(14).

ABD'de 2015 yılında halen sigara kullanan yetişkin sayısı 36,5 milyon olarak hesaplanmıştır(15).

Sigara, sebep olduğu hastalıklar nedeniyle 16 milyon ABD vatandaşını etkilemektedir. Çalışmalarda ABD'de her gün 18 yaşın altında 3800 kişinin ilk sigarasını denediği ve her gün 18 yaşın altında 1000 kişi günlük sigara kullanmaya başladığı gösterilmiştir(15).

2018'de ABD'de yetişkinlerin yaklaşık %20'sinin tütün ürünleri kullandığını bildirmektedir. Yetişkin tütün kullanıcılarının üçte ikisinden fazlası tütün sigarası içmektedir ve sigara içenlerin yaklaşık %75'i her gün sigara içmektedir. ABD'de yetişkinler arasında sigara içme prevalansı 1965'te %42,4'ten 2018'de %13,7'ye düşmüştür(16).

2.1.2. Türkiye'de sigara kullanımı

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) 2016 verilerine göre Türkiye'de 19,2 milyon kişi (%31,6) halen tütün ürünü kullanmaktadır. Halen tütün kullanım sıklığı ise erkeklerde %44,1, kadınlarda ise göre %19,2'dir. Ülkemizde 18 milyon kişi (%29,6) her gün tütün kullanmaktadır (erkeklerin %41,8'i, kadınların %17,5'i) (17).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Türkiye verilerine göre halen sigara kullanım oranı her iki cinsiyette %31,5 olarak hesaplanmıştır. Bu oran erkeklerde % 43,4 kadınlarda ise % 19,7'dir. Yine DSÖ verilerine göre ise Türkiye' de günlük sigara kullanım oranı erkeklerde % 40,4 kadınlarda % 18,2 her iki cinsiyette ise % 29,2 olarak hesaplanmıştır(1).

Türkiye'de yetişkinlerin tütün tüketimine ilişkin yapılan ilk çalışmalar arasında yer alan 1988 Sigara Alışkanlıkları ve Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırma Raporu'nda 15 ve üzeri yaşta örneklem grubu temel alınmış; tütün tüketim oranı yetişkinlerin genelinde %44,0, erkeklerde %62,8 ve kadınlarda %24,3 olarak belirtilmiştir(18).

1993 Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı Araştırması’na göre ise tütün tüketim oranı 18 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin genelinde %33,6; erkeklerde %57,8 ve kadınlarda ise %13,5 olarak gerçekleşmiştir(19).

18 yaş ve üzerindeki bireyleri ele alan diğer iki çalışmadan 2003 Türkiye: Hastalık Yükü ve Maliyet Etkinlik Çalışması verilerine göre yetişkinlerin genelinde %33,8; erkeklerde %52,9 ve kadınlarda ise %19,5 oranında tütün tüketimine rastlanıldığı belirtilmiştir(20).

2006 Türkiye Aile Yapısı Araştırması bulguları ise yetişkinlerin genelinde %33,4; erkeklerde %50,6 ve kadınlarda %16,6 oranında tütün tüketildiğini göstermektedir.

Türkiye’de Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) ülkeyi temsil eden hane halkı çalışması şeklinde ilk kez 2008’de yapılmıştır. KYTA 2008 verilerine göre ülkemizde sigara kullanım sıklığı %31,2 olarak bulunmuştur. Tütün kullanım sıklığı erkeklerde %47,9 kadınlarda %15,2 olarak tespit edilmiştir. Bu değerler sonucunda 2008 yılında 16 milyon (12 milyon erkek, 4 milyon kadın) kişinin sigara içtiği bildirilmiştir(21).

KYTA 2012 verilerine göre; yaşamı boyunca hiç tütün ürünü kullanmayan yetişkinlerin oranı %59,8 (erkeklerde %39,3, kadınlarda %79,1) olarak tespit edilmiştir. Yaklaşık 10,7 milyon erkek ve 21,9 milyon kadın olmak üzere toplam olarak 32,6 milyon yetişkin yaşamı boyunca hiç sigara içmemiştir. Çalışmaya katılan grubun genelinde kırsal bölgelerde tütün ürünü kullanım sıklığı %22,0, kentlerde yaşayanlarda ise %29,0’dır. Yaş grupları olarak en yüksek sıklığın 25-44 yaşlarda, en düşük değerlerin de erkek ve kadınlarda 65 ve üzeri yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Eğitim durumuna bakılacak olursa, en yüksek değer hem erkeklerde hem de kadınlarda lise mezunu olan gruplardadır(22).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013 yılında yayınlanmıştır. Aile hekimliği bilgi sistemine kayıtlı 15 yaş üzeri bireyler üzerinden yürütülüp her aile hekiminden rastgele belirlenen iki kişi araştırmaya alınmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre; erkeklerin %43’ü,

kadınların %17'si sigara içmektedir. En yüksek sigara içme prevalansı 25-44 yaş aralığındadır. Sigara kentsel bölgede (%31) kırsal bölgelerden (%25) daha yüksek oranda içilmektedir. Diğer tütün ürünlerinin kullanımı %3'tür (23).

Türkiye Sağlık Araştırması verilerine göre her gün tütün kullanan 15 yaş ve üzerindeki bireylerin oranı 2014 yılında %32,5 iken, 2016 yılında %30,6 olmuştur. Bu oran 2016 yılında erkeklerde %44,1; kadınlarda ise %17,4 olarak tespit edilmiştir. Bireylerin tütün mamulü kullanma durumu cinsiyet ve yaş grubuna göre incelendiğinde, her gün tütün kullanan 15 yaş ve üzerindeki bireylerin oranı 2014 yılında %27,3 iken, 2016 yılında %26,5 olmuştur. Bu oran 2016 yılında erkeklerde %40,1; kadınlarda ise %13,3 olarak hesaplanmıştır(24).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayınlanan Tütün Atlası Raporu'na göre, Türkiye'de her yıl 65.300 kişi sigaraya bağlı hastalıklardan dolayı yaşamını yitirmesine rağmen, 10-14 yaş arası 186.000 çocuk ve yaklaşık 15 milyon yetişkin günlük sigara kullanımına devam etmektedir(25).

2.1.3. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Kullanımı

1992 yılında Türkiye'de rastgele seçilmiş sekiz üniversitede yapılan çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinde sigara içme oranı %22,0 olduğu tespit edilmiştir. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1992'de yapılan çalışmada sigara içme oranı %36,0'dır. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1996'da yapılan çalışmada sigara içme oranı %30,8'dir. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1996 yılında yapılan çalışmada %36,6 bulunmuştur. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1997'de %26,8, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1997 yılında %34,9, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde %21,4, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1998'de %33,9 çıkmıştır (26).

2004'te Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan çalışmada öğrencilerin %39'unun sigara içicisi olduğu bulunmuştur, bu oran kızlarda %29,1, erkeklerde %45,6 olarak çıkmıştır(27).

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2004'te İlhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrencilerde sigara içme yüzdesi 24,0'dır. Sigara içme sıklığı erkeklerde %35,4, kızlarda %13,8 olarak bulunmuştur(28).

2007'de Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki 5. ve 6. sınıf öğrencilerine yönelik çalışmada sigara içme oranı %26,5 çıkmıştır(29).

2013'te Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 1 öğrencilerine yönelik Baykan ve Naçar'ın gerçekleştirdiği çalışmada öğrencilerin %23'ü sigara içtiğini belirtmiştir. Erkek öğrencilerin %40,6'sı, kız öğrencilerin ise %6,7'si sigara içtiğini söylemiştir(30).

Dünyadaki tıp fakültesi öğrencilerine yönelik Uluslararası Verem Savaş Dernekleri Birliği, DSÖ, Amerikan Kanser Derneği ve Uluslararası Kanser Savaş Birliği işbirliğiyle yapılan 1994 tarihli çalışma 42 ülkeden 51 tıp fakültesindeki 9326 öğrenciyle gerçekleştirilmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinde sigara içme prevalansı erkeklerde %2-48, kızlarda %0-22 aralığında tespit edilmiştir. Asya'daki tıp fakültelerinde Avrupa'daki tıp fakültelerinden daha düşük oranda sigara içimi olduğu görülmüştür. Ayrıca Asya ve Afrika'daki kız öğrencilerin diğerlerine göre daha düşük oranda sigara içtiği de gözlenmiştir(31).

Küresel Sağlık Meslekleri Öğrencileri Çalışması (Global Health Professions Students Survey) 2010 yılında Türkiye'de 12 tıp fakültesindeki 1.217 adet 3. sınıf öğrencisiyle yapılmıştır. Öğrencilerin %19,3'ü hâlen sigara içmekte olduğunu belirtmiştir; bu oran erkek öğrencilerde %29,3, kız öğrencilerde ise %11,1'dir. %28,5'lik kesim (kızlarda %18,9, erkeklerde %40,2) ise herhangi bir tütün ürününü kullandığını ifade etmiştir(32).

2.2. Sigaranın İçeriği

Sigara dumanı yaklaşık 5700 farklı kimyasal bileşik ihtiva eder (33). Bunlardan 70' inin kanserojen etkisi vardır (34).

Tütün ürünlerinin içeriğindeki; tütün ürününü kullanıma hazır hale getiren madde, bileşen ve hammaddelerden oluşur. İşlenmiş tütün yaprağı; tütün

yaprağını bir arada tutan materyaller (kâğıt, sargı, filtre vb.); işleme yardımcıları ve tütün yaprağının işlenmesini ve saklanmasını takiben kalan kalıntı maddeler; paketlenme materyalinden ürüne geçen maddeler ve ürünü müşteriye daha cazip hale getirmek için özellikle eklenmiş maddeler içerikte bulunan bileşenlerdir. Ürünü daha cazip hale getirmek için eklenen maddeler arasında lezzet, renk ve dış görüntüyü geliştiren maddeler bulunduğu gibi; ürünün enerji ve canlılık verdiği veya sağlığa faydalı olduğu gibi yanlış algı oluşumuna neden olabilecek maddeler de bulunur(35).

2.3. Sigara Kullanımının Sağlığa Etkileri

Sigaraya bağlı ölümler: Tütün kullanımı dünyadaki önlenebilir ölümlerin en önde gelen nedenlerinden biridir. Yılda 6 milyon kişi sigaraya bağlı nedenlerden hayatını kaybetmektedir, bunun 600 bini pasif sigara içiciliğinden kaynaklanmaktadır. Sigara içiminin kontrolü için etkili önlemler alınmazsa sigaraya bağlı ölümlerin gittikçe artacağı öngörülmektedir. 2005'te 5,4 milyon olan ölüm sayısının 2015'te 6,4 milyona, 2030'da da 8,3 milyona ulaşacağı tahmin edilmiştir. Öngörülen ölüm sayısı 2030 yılı için iyimser senaryoda 7,4 milyona, kötümser senaryoda ise 9,7 milyona ulaşmaktadır. Gelecekteki ölümlerin gelişmekte olan ülkelerde daha fazla olacağı tahmin edilmektedir. Sigaraya bağlı ölümlerin 2002-2030 yılları arasında yüksek gelirli ülkelerde %9 azalacağı, ancak düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerde iki katına çıkarak 3,4 milyondan 6,8 milyona ulaşacağı öngörülmektedir(36).

Genel Sağlık Üzerine Etkileri: Sigara içimi zayıflamış genel sağlıkla ilişkilidir. Sigara içenlerin sigara içmeyenlere göre genel sağlıklarının daha zayıf olduğu uzun süredir bilinen bir gerçektir. Sigara içicilerinin yalnızca yaşam kalitesi etkilenmekle kalmaz, meslek hayatları da etkilenir. Sağlık bakım harcamalarında artışa neden olur(37).

Kanser: Sigara dumanının inhalasyonundan kaynaklanan kanserojenlerin dozları bu kanserojenlerin kan seviyelerinde veya idrardaki metabolitlerinin seviyelerinde yansıtılır. Bazı biyobelirteçler sigara dumanındaki belirli kanserojenlere maruziyetle ilişkilidir; tütüne özgü nitrozaminler, aromatik

aminler, benzapiren gibi. Sitokrom P-450 enzimlerinin sigara dumanındaki kanserojenleri metabolik aktivasyonu DNA katım ürünlerinin oluşmasında direkt etkilidir. CYP1A1 ve GSTM1 genlerindeki polimorfizmlerin kombinasyonu daha yüksek düzeyde DNA katım ürünlerinin oluşmasına ve akciğerin kanserinin rölatif riskinde artışa neden olur. Karsinojen maruziyeti ve sonuncunda ortaya çıkan DNA hasarı birtakım sitogenetik değişikliklerle direkt akciğer kanserine yol açar. Sonradan TP53 ve KRAS genlerinde mutasyonlar, P16 gibi tümör supresör genlerde promoter metilasyonu oluşabilir(37).

Solunumsal hastalıklar: Akciğer kanseri, dünya çapında erkeklerde kanser ölümlerinin önde gelen nedenidir ve kadınlarda ikinci en yaygın nedenidir. Dünya çapında, akciğer kanseri 2012'de yaklaşık 1,8 milyon hastada meydana gelmiştir ve tahmini 1,6 milyon ölüme neden olmuştur(38).

Amerika Birleşik Devletleri'nde akciğer kanseri yaklaşık 230.000 hastada görülür ve yılda yaklaşık 135.000 ila 160.000 ölüme neden olur. Bununla birlikte, tütün kontrolü çabalarının akciğer kanseri vakalarını azaltmaktadır. 1960'lardan 2010'ların başına kadar sigara ve akciğer kanseri mortalitesine ilişkin Amerika Birleşik Devletleri verilerini kullanan bir modelleme çalışmasında, yıllık sigara içimi, yaşa göre akciğer kanseri ölüm oranının 2015 ile 2065 arasında yüzde 79 azalacağı tahmin edilmiştir(39).

Sigara içimi, sanayileşmiş Kuzey Amerika ve Avrupa'da akciğer kanserinin en önemli nedeni olarak kesin bir şekilde yerleşmiştir. Sigara dumanının solunmasının akciğer kanserine neden olabileceği olasılığı ilk kez 1912'de öne sürülmüştür(40).

Akciğer kanseri riski, hem günlük içilen sigara sayısı hem de yaşam boyu sigara içme süresi ile korelasyon göstermektedir(41).

Uzun süreli sigara içenlerde, yaşam boyu sigara içmeyenlerle karşılaştırıldığında göreceli akciğer kanseri riski tahminleri 10 ila 30 kat arasında değişmektedir. Sigara içenler arasında kümülâtif akciğer kanseri

riski, hiç sigara içmeyenlerde akciğer kanseri riski ile karşılaştırıldığında %30 kadar yüksek olabilir(42, 43).

Sigara içenlerde akciğer kanseri gelişme olasılığını etkileyebilecek diğer faktörler arasında sigara içmeye başlama yaşı, inhalasyon derecesi, sigaraların katran ve nikotin içeriği ve filtrelenmemiş sigara kullanımı yer alır(44).

Tütün içiminin kronik obstrüktif akciğer hastalığı için ezici bir çoğunlukla en önemli risk faktörü olduğunu göstermektedir(45-47).

Geriye dönük bir kohort çalışması (n=8045), 25 yıllık bir gözlem dönemi boyunca sigara içen deneklerin KOAH geliştirme olasılığının hiç sigara içmeyenlere göre daha yüksek olduğunu bulmuştur (yüzde 36'ya karşı 8)(48).

Kardiyovasküler hastalıklar: Sigara içmek, görünür bir doza bağımlı ilişki ile toplam aterosklerotik kardiyovasküler hastalık, koroner kalp hastalığı, kalp yetmezliği, serebrovasküler hastalık ve tüm nedenlere bağlı ölüm için bağımsız bir ana risk faktörüdür(49, 50).

Pasif (veya ikinci el) dumana maruz kalma kan basıncını yükseltir(51).

Günde içilen sigara sayısındaki artışla birlikte, çeşitli çalışmalarda KVH riskinde artış gözlenmiştir(49, 52-55).

Günde bir sigara bile içmek, yaklaşık %50 artmış KKH riski ve yaklaşık %25 artmış inme riski ile ilişkilidir(52).

Diyet ve Koroner Kalp Hastalıkları çalışmasında, 1974-1996 yılları arasında kayıtlı olan ve ortalama sekiz yıl boyunca takip edilen 266.787 yaşları 40-89 yaşları arasında olan sekiz prospektif çalışmadan elde edilen verileri bir araya getiren, şu anda sigara içen 15 kişi veya günde daha fazla sigara, sigara içmeyenlere göre neredeyse 2,5 kat daha fazla KKH riskine sahipti(53).

10.914 hastayı dahil eden ve üç yıllık bir süre boyunca ultrason ile karotis arterin intima-medial kalınlığını ölçen Topluluklarda Ateroskleroz Riski

çalışmasında, mevcut sigara kullanımı aterosklerozun ilerlemesinde yüzde 50 artışla ilişkilendirilmiştir(56).

Çeşitli büyük otopsi çalışmaları, sigara içimi ile majör koroner arterlerdeki ateroskleroz arasında bir ilişki olduğunu belirtmiştir(57-59).

52 ülkeden hastaları içeren dünya çapındaki INTERHEART çalışmasında, sigara içmek, popülasyona atfedilebilir ilk miyokard infarktüsü riskinin % 36'sını oluşturmaktaydı(60).

Gastrointestinal sistem: Mide ve duodenal ülser hastalığının sigara içmeyenlere kıyasla sigara içenlerde ortaya çıkmakta ve iyileşmesi daha geç olmaktadır(61).

Sigara içmek, peptik ülser hastalığı için iyi bilinen bir etiyolojik ajan olan *Helicobacter pylori* enfeksiyonu ile ilişkilidir. Sürekli sigara içimi, *H. pylori* eradikasyonu için tedavi başarısızlığı oranlarını artırır(62)

42 çalışmanın meta-analizi, riskin yaklaşık 1.53 kat arttığını ve erkeklerde daha yüksek olduğunu tespit etmiştir(63).

Sigara içmek pankreas kanseri riskini artırır(64).

Kohort ve vaka kontrol çalışmalarında, sigara içenler arasında pankreas kanseri gelişimi için rölatif risk 1,5 olarak değerlendirilmiştir(65, 66).

Diğer Hastalıklar: Günlük içilen sigara sayısı, gingivitis ve periodontitis dahil olmak üzere periodontal hastalık geliştirme riskinde artış ile ilişkilidir(67).

Sigara, katarakt gelişimi ve yaşa bağlı makula dejenerasyonu dahil olmak üzere birçok oftalmolojik bozukluk için bir risk faktörüdür(68-70).

Sigara içimi gözde neovasküler ve atrofik maküler dejenerasyonlara neden olur. Sigara içimi diyabetin nedenlerinden biridir, sigara içen bireyler içmeyenlere göre %30-40 daha fazla diyabet geliştirme riskine sahiptir. İçilen sigara sayısı ile diyabet gelişim riski arasında pozitif doz yanıt ilişkisi vardır. Sigara dumanındaki bileşenler immün sistem bileşenlerini etkilerler. Bu

etkilerden bazıları immün sistemi aktive edici, bazıları ise baskılayıcıdır. Sigara içimi bağışıklık sistemini zayıflatır ve bu değişmiş bağışıklık sistemi artmış pulmoner enfeksiyon riskiyle ilişkilidir. İmmün homeostaz zayıflar ve altta yatan immün zayıflık sonucu çeşitli immün bozukluklar ortaya çıkar. Sigara TNF- α inhibitörlerinin etkinliğini azaltarak romatoid artrit'e sebep olur(71).

420.000'den fazla erkek ve 530.000 kadın dahil olmak üzere beş büyük kohorttan toplanmış verileri kullanan bir çalışma, sigara içmeyenlerle karşılaştırıldığında, şu anda sigara içenlerin böbrek yetmezliğinden ölüm riskinin arttığını bulmuştur (RR 2,0) , bağırsak iskemisi (RR 6,0), hipertansif kalp hastalığı (RR 2,4), herhangi bir enfeksiyon (RR 2,3), meme kanseri (RR 1,3) ve prostat kanseri (RR 1,4). Çalışma ayrıca pnömoni, influenza, KOAH ve pulmoner fibroz dışındaki solunum hastalıklarından ölüm riskinin arttığını da buldu (72).

Sigara içmek serum yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol konsantrasyonlarını makul ölçüde düşürür ve insülin direncini oluşturabilir(73).

Sigara içmek kemik kaybını hızlandırır ve kadınlarda kalça kırığı için bir risk faktörüdür(74).

Tablo 2.1. Sigaranın Yol Açtığı Hastalıklar ve Diğer Sağlık Sorunları(75)

Akciğer kanseri	Larinks kanseri	Mide kanseri	Mesane kanseri
Böbrek kanseri	Ağız boşluğu kanseri	Lösemi	Nazofarinks kanseri
Orofarinks kanseri	Hipofarinks kanseri	Özefagus kanseri	Karaciğer kanseri
Serviks kanseri	KOAH	Astım nöbeti	Aort anevrizması
Pankreas kanseri	Pnömoni	Koroner arter hastalığı	Serebrovasküler hastalık
Periodontit	Maküler dejenerasyon	Katarakt	İşitme kaybı
İnfertilite	Göğüs ağrısı	Düşük doğum ağırlığı	Deri kırışıklığı
Spontan abortus	Bel ağrısı	Osteoporoz	Arteryel oklüzyon
Ani bebek ölümü sendromu	Ölü doğum	Tüberküloz	Venöz tromboemboli
Tip 2 diyabet	Peptik ülser	Cerrahi komplikasyonlar	Vasküler demans

2.4. Pasif Sigara Kullanımı

İkinci el sigara dumanı, sigara içmeyenler tarafından istenmeden solunan duman için kullanılan birkaç terimden biridir. Sigara içmeyenler tarafından solunan dumana genellikle "ikinci el duman" veya "çevresel tütün dumanı" denir. Şu anda dünya çapında bir milyar yetişkin sigara içiyor, bu da İkinci el dumana maruz kalmanın çocuklar ve sigara içmeyen yetişkinlerin üçte ikisi için neredeyse kaçınılmaz olduğunu ifade etmektedir(76).

Tütün dumanının sigara içmeyenler için rahatsız edici doğası uzun süredir kronikleşmesine rağmen, pasif içicilik ve sağlık konusu, aktif sigara içiciliği ile karşılaştırıldığında nispeten kısa bir geçmişe sahiptir. Pasif İçicilik yani ikinci el duman ve sağlık üzerine ilk epidemiyolojik çalışmalardan bazıları 1960'ların sonlarında bildirilmiştir(77-79).

İkinci el dumanda bir gaz olarak bulunan nikotin, uygun tetkikler kullanılarak iç mekan havasında kolayca ölçülebilir. İç mekân havasında başka kaynak bulunmadığından varlığı sadece tütün dumanına bağlıdır. Son birkaç on yılda yapılan bol nikotin ölçümleri, pasif içiciliğin işyerlerinde ve evlerde yaygın olduğunu doğrulamaktadır(80).

Biyobelirteçleri kullanan çalışmalar, ikinci el sigara dumanına maruz kalan sigara içmeyenlerin nikotin ve tütüne özgü karsinogenler dahil tütün dumanı bileşenlerini emdiğini, metabolize ettiğini ve salgıladığını açıkça göstermektedir(81).

Sigara içen evlerde partikül konsantrasyonları, sigara içmeyen evlere göre tipik olarak en az iki kat yüksektir(81).

Sigara içilmesine izin verilen İskoç evlerinde ince partikül kirliliği, sigara içilmeyen evlere göre yaklaşık 10 kat daha yüksekti (82).

31 ülkede yapılan bir çalışma, ortalama hava nikotin seviyelerinin sigara içmeyen evlere kıyasla sigara içilen evlerde 17 kat daha yüksek olduğunu göstermiştir(83).

Sigara içmeyenlerde pasif içicilik ve akciğer kanseri ile ilgili ilk büyük çalışmalar 1981'de bildirilmiştir(84, 85).

1986'da Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı, ABD Genel Cerrahi ve ABD Ulusal Araştırma Konseyi ikinci el dumanın sigara içmeyenlerde akciğer kanserinin bir nedeni olduğu sonucunu desteklemiştir(86-88).

Koroner kalp hastalığı ve inme için artmış risk dahil olmak üzere, ikinci el sigara dumanının yeni hastalıkları ve diğer yan etkilerini belirlemeye devam eden önemli miktarda kanıt vardır .(89, 90).

2006 ABD Genel Cerrahi Raporu, tütün dumanına her türlü maruz kalmanın insan sağlığına zararlı olduğuna dair kesin kanıtlar sunmaktadır. İkinci el sigara dumanı ve hastalıkla ilgili bulgular, sigarasız iç mekan ortamları ve sigara içmelerinin çocuklarının sağlığı üzerindeki etkileri konusunda ebeveynleri eğitmenin temelini oluşturmuştur. Yasaklar uygulandıkça, artan sayıda kanıt, ikinci el sigara dumanına maruz kalmanın azaldığını ve kardiyovasküler ve solunum sağlığı için faydalarını göstermektedir(86).

18 vaka kontrol çalışmasının 2014'te birleştirilmiş bir analizi, hiç sigara içmeyenler arasında, ikinci el sigara dumanına maruz kalanların akciğer kanseri olasılık oranının 1.31 olduğunu bulmuştur(86).

55 çalışmayı içeren bir 2007 meta-analizi, kadınların sigara içen biriyle evli olmaları durumunda riskte %27 artış olduğunu bulmuştur(91).

Almanya'da yapılan büyük bir araştırma, ebeveynlerin sigara içmesinin, çocuğun vücut kitle indeksi, ebeveyn hipertansiyonu veya doğum ağırlığından bağımsız olarak, okul öncesi çağındaki çocuklarda yüksek tansiyon için bir risk faktörü olduğunu belirlemiştir(92).

Akciğer kanseri ve işyerinde ikinci el sigara dumanı maruziyetiyle ilgili 25 çalışmanın 2006 meta-analizi, rölatif riski 1.22 olarak tespit edilmiştir(86).

Gözlemsel bir çalışma, bilinen risk faktörlerine göre ayarlama yapıldıktan sonra, sigara içmeyenlerde artmış ikinci el sigara dumanı maruziyetinin

artmış KOAH prevalansı ile ilişkili olduğunu bulmuş ve birden fazla ortamda ikinci el sigara dumanı maruziyetinin günde 14 sigaraya eş değer sigara içmeye benzer bir etkiye sahip olabileceği sonucuna varmıştır(93).

Eşleştirilmiş bir vaka-kontrol çalışmasında, ikinci el sigara dumanı, özellikle işyerinde kronik rinosinüzit ile ilişkilendirilmiştir(94).

Nüfus temelli bir vaka-kontrol çalışmasında, evde ikinci el sigara dumanına maruziyet, 65 yaş ve üzeri sigara içmeyen yetişkinlerde toplum kökenli pnömoni ile ilişkilendirilmiştir(95).

Büyük epidemiyolojik çalışmalar, ikinci el sigara dumanına maruz kalan sigara içmeyenlerde koroner hastalık ve koroner ölüm riskinin yaklaşık yüzde 20 arttığını tahmin etmektedir(96, 97).

Meta-analizlerde bir doz-yanıt ilişkisi ile, ikinci el sigara dumanına maruz kalmadan kaynaklanan KKH riskinde yüzde 25 ila 30'luk bir artış olduğunu göstermektedir(98, 99).

Yedi çalışmanın meta-analizi, pasif sigara içiciliği ile tip 2 diyabet arasında bir ilişki bulmuştur ve hiç sigara içmeyenlere kıyasla 1.22 rölatif risk (RR) bildirmiştir(100).

Bir çalışma, ikinci el sigara dumanına maruz kalmanın 2004 yılında dünya çapında 600.000'den fazla erken ölümden sorumlu olduğunu ve toplam ölüm oranının yaklaşık yüzde 1'ini oluşturduğunu tahmin etmektedir(101).

2.5. Sigaranın Bırakılmasının Sağlık Açısından Faydaları

Mevcut eğilimler devam ederse, tütün 2030 yılına kadar her yıl dünya çapında sekiz milyondan fazla insanı öldürecektir. Sigaraya bağlı ölümlerin üç ana nedeni aterosklerotik kardiyovasküler hastalık, akciğer kanseri ve kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır(102).

Sigarayı bırakan sigara içenler, tütünle ilgili hastalıklara yakalanma ve ölme riskini azaltır(103, 104).

Tüm hastaları tütün kullanımını açısından taramak ve sigara içenlere sigarayı bırakmaları için davranışsal danışmanlık ve farmakoterapi sağlamak sağlık hizmetlerinde sunulabilecek en değerli koruyucu hizmetler arasındadır(105).

Herhangi bir yaşta sigarayı bırakmak, tüm sigara içenler için önemli sağlık yararları ile ilişkilidir(106).

Daha genç yaşlarda, özellikle 40 yaşından önce sigarayı bırakmak, erken ölüm oranlarında daha geç bir yaşta bırakmaya göre daha büyük bir düşüş ile ilişkilidir(103).

Bununla birlikte, 60 yaşından sonra sigarayı bırakmak, sigara içmeye devam eden yaşlı erişkinlere kıyasla hala daha düşük ölüm riski ile ilişkilidir(107-109)

Sigaraya bağlı kanseri olan sigara içenler arasında, sigarayı bırakmak, sigarayla ilişkili ikinci bir malignite geliştirme riskini azaltır ve kanser tedavisinin sonuçlarını iyileştirebilir(110).

Sigarayı bırakmak, akciğer fonksiyonundaki hızlı düşüşü ve sigara ile ilişkili KOAH riskini azaltır(111).

Ek olarak, erken KOAH hastalarında öksürük ve balgam üretimi olan sigara içenlerin çoğunda, sigarayı bıraktıktan sonraki ilk 12 ayda semptomlarda iyileşme olmaktadır(112).

KOAH alevlenme riski de sigarayı bıraktıktan sonra zamanla azalır(113).

15 yıldan fazla süredir sigara içmeyen eski sigara içenlerin, halen sigara içenlere kıyasla akciğer kanseri riskinde yüzde 80 ila 90 azalma olduğunu göstermektedir(114).

Sigarayı bırakmanın mortalite faydası, yaklaşık 200.000 erkek ve kadında yapılan bir sigara geçmişi araştırmasında gösterilmiştir. Sigarayı bırakan yetişkinler, sigarayı bıraktıkları yaşa bağlı olarak 6 ila 10 yıl yaşam beklentisi kazandı(115).

Akciğer kanseri tedavisi görmüş hastalarda bile sigarayı bırakmak faydalıdır. Bir Meta-analiz çalışmasında, erken veya sınırlı evre akciğer kanseri olan hastaların sigara içmeye devam etmesi, tüm nedenlere bağlı ölüm olasılığının artması, tümör nüksü ve ikinci bir primer tümör gelişimi ile ilişkiliydi(116).

Tütün kullanımını bıraktıktan kısa bir süre sonra tip 2 diyabet geliştirme riski artmış gibi görünse de (belki de kısmen kilo alımına bağlı olarak), sigarayı bırakmak, birkaç yıl sonra diyabet riskini azaltır(117).

Sigarayı bırakmak, tütün kullanımını bıraktıktan yaklaşık 10 yıl sonra kemik mineral yoğunluğu kaybını tersine çevirebilir ve aşırı kalça kırığı riskini azaltabilir(111, 118).

Tablo 2.2. Sigarayı Bırakmanın Faydaları Özeti(119).

Sigarayı bıraktıktan sonra geçen süre	Meydana gelen olumlu değişiklikler
20 dk içinde	Kan basıncı ve kalp hızı düşer
12 saat	Kandaki karbonmonoksit seviyesi normale döner
2-12 hafta	Dolaşım iyileşir ve akciğer fonksiyonu artar
1-9 ay	Öksürük ve nefes darlığı azalır
1 yıl	Koroner kalp hastalığı riski sigara içen birisinin yarısına iner
5 yıl	İnme riski, sigarayı bıraktıktan sonra 5-15 yıl sonra, sigara içmeyen birisi ile aynı olur
10 yıl	Akciğer kanseri riski yarıya düşer; ağız, boğaz, özefagus, mesane, pankreas kanseri riski düşer
15 yıl	Koroner kalp hastalığı riski sigara içmeyen biriyle aynı seviyeye gelir

2.6. Nikotin Bağımlılığı ve Değerlendirilmesi

Madde bağımlılığı Santral Sinir Sistemi'ni etkileyen ilaç niteliğine sahip bir maddenin keyif verici etkilerini duyumsamak veya yokluğundan kaynaklanabilecek huzursuzluktan sakınmak için, maddeyi devamlı ya da periyodik olarak alma arzusu ile kendisini gösteren psişik ve somatik bir sendromdur. Bağımlılık yapan maddeler, Santral Sinir Sisteminde önemli derecede psişik stimülasyon veya depresyon oluşturan, algılama, duygu durum, mental durum, davranış ve motor fonksiyonlarda bozukluk yapan psikoaktif maddelerdir(120).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bağımlılık, maddeyi kullanma davranışının daha önceleri daha çok önem verilen diğer davranışlara göre öncelik kazandığı, fizyolojik, davranışsal, bilişsel olaylar veya durumlar kümesidir(121).

Sigara kullanmak diğer madde bağımlılıklarına benzer şekilde nikotin bağımlılığına yol açar. Nikotin bağımlılığı kronik bir hastalıktır. Nikotin beynin nörokimyasını etkileyerek bağımlılığa ve bu durumun devamına neden olur (122).

Tüm bağımlılık yapıcı maddelerde gözlenen pozitif pekiştirici etki nucleus accumbensdeki dopamin artışından kaynaklanmaktadır(123).

Nikotinin pozitif pekiştirici özelliği nucleus accumbensdeki dopamin artışı yanı sıra opioid peptid artışı ile de ilişkilidir(124).

Genetik ve çevresel etmenler sigaraya başlanmasına ve/veya sigara alışkanlığının sürmesine neden olmaktadır. Sigara içmeye başlamada ebeveynlerin ya da kardeşlerin sigara içme alışkanlığının olması önemli rol oynamaktadır. Bu açıdan risk altında olan kişiler arasında sigara kullanma oranı 2-4 kat daha fazladır(125).

Nikotin bağımlılığı DSM-5 tanı kriterlerinde madde kullanım bozuklukları içinde değerlendirilmiştir.

DSM-5 (American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı kriterlerinde tütünle ilişkili bozukluklar şunlardır:

1. Tütün kullanım bozukluğu
2. Tütün yoksunluğu
3. Tütünün Yol Açtığı Diğer Bozukluklar
4. Tanımlanmamış Tütünle İlişkili Bozukluk

ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) sınıflamasına göre nikotin bağımlılığı "Mental ve Davranış Bozuklukları" grubunda "F17" tanı kodu olarak yer alır.

DSM-5 de tütün kullanım bozukluğu için tanı kriterleri şöyledir ;

A. On iki aylık süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte azalmaya yol açan, sorunlu bir tütün kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak tütün alınır.
2. Tütün kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çaba vardır.
3. Tütün elde etmek, tütün kullanmak ya da oluşturduğu etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Tütün kullanmaya hevesli olması ya da tütün kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan yineleyici tütün kullanımı.
6. Tütünün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın tütün kullanımını sürdürme.
7. Tütün kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda tütün kullanma.

9. Büyük bir olasılıkla tütünün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine rağmen tütün kullanımını sürdürme.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması:

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

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

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

a) Tütün yoksunluk sendromu belirtilerinin gelişmiş olması

b) Yoksunluktan kurtulmak için tütün alınması(126).

Nikotin bağımlılığını ve özellikle şiddetini değerlendirme amacıyla geliştirilen birkaç ölçek bulunmaktadır. Bunlardan rutinde en çok tercih edileni Fagerström testi olup daha sonra bu testten Fagerström Tolerans Testi ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi geliştirilmiştir(127).

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi 1978 'de önerilen Fagerström Tolerans Testi'nin 1991'de Heatherton ve ark. tarafından yeniden ele alınmasıyla ortaya çıkmıştır(128).

Türkiye' de geçerlilik güvenilirlik çalışması Uysal ve ark. tarafından yapılmıştır. Bu çalışma sonucu test Türkiye için orta derecede güvenilir bulunmuştur(129).

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin "İlk sigaranızı uyandıktan ne kadar sonra içiyorsunuz?" ve "Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?" soruları testin en önemli sorularıdır; bu iki soru klinikte nikotin bağımlılığın hızlı bir şekilde değerlendirilmesi için kullanılabilir(130).

Kişinin sorulara verdiği cevaplar sonrası aldığı puanlar toplanarak nikotin bağımlılığının şiddeti belirlenir.

Buna göre:

0-2 puan: düşük düzeyde bağımlılık

3-7 puan: orta düzeyde bağımlılık

8-10 puan: yüksek düzeyde bağımlılık olarak kabul edilir (131).

Daha ayrıntılı değerlendirme şu şekilde yapılır:

0-2: Çok az bağımlılık

3-4: Az bağımlılık

5: Orta derecede bağımlı

6-7: Yüksek bağımlılık

8-10: Çok yüksek bağımlılık

Tablo 2.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin Soruları(129).

<p>1. Soru: Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?</p> <p>A. ilk 5 dakika içinde (3 puan) B. 6-30 dakika içinde (2 puan) C. 31-60 dakika içinde (1 puan) D. 1 saatten fazla (0 puan)</p>
<p>2. Soru: Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?</p> <p>A. evet (1 puan) B. hayır (0 puan)</p>
<p>3. Soru: Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?</p> <p>A. sabah ilk içilen sigara (1 puan) B. diğer zamanlarda içilen sigaralar (0 puan)</p>
<p>4. Soru: Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?</p> <p>A. 31 adet ve daha fazla (3 puan) B. 21-30 adet (2 puan) C. 11-20 adet (1 puan) D. 10 ve daha az (0 puan)</p>
<p>5. Soru: Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?</p> <p>A. evet (1 puan) B. hayır (0 puan)</p>
<p>6. Soru: Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?</p> <p>A. evet (1 puan) B. hayır (0 puan)</p>

2.7. Nikotin Yoksunluğu

Son birkaç haftadır her gün sigara kullanan birinde, nikotinin kesilmesini takip eden 24 saat içerisinde aşağıdaki belirtilerin en az dördünün ortaya çıkması durumunda Nikotin Yoksunluğu Sendromu olarak tanımlanmaktadır(132).

1. şiddetli Nikotin Alma Arzusu
2. Sıkıntı Hissi (Anksiyete)
3. abuk Sinirlenme ve Huzursuzluk
4. Dikkatin Belirli Bir Konuya Yoğunlaştırılmasında Zorluk
5. Hareketsiz Duramama (Restlessness)
6. İştahta Artış ve Kilo Alımı
7. Kalp Hızında Azalma

Nikotin çekilmesi durumunda nucleus accumbens ve amigdalada dopamin düzeyi azalmıştır. Yoksunluk belirtilerinin süresi, belirtiden belirtiyeye değişim gösterir. En şiddetli yoksunluk tabloları 3-4 haftada sona erer. Öte yandan yoksunluk belirtilerinin şiddetinin, sigaranın kesilmesi öncesinde günde içilen sigara miktarıyla alakalı olduğu düşünölmektedir. Sigara içme arzusunun ilk 24 saatte en üst düzeye çıktığı ve sonra azalmaya başladığı, kalp atım sayısında ilk gün dakikada beş atımlık bir düşüş olduğu, bunun altıncı günden itibaren başlangıç değere doğru yükselmeye başladığı, bilişsel yeteneğinin ilk bir kaç günde en çok etkilendiği, izleyen günlerde düzelmeye başladığı onuncu güne ulaşıldığında ise tam olmayacak şekilde düzeldiği gözlenmiştir. Bu gözlemler, bir yandan yoksunluk belirtilerinin seyrini gösterirken, diğer yandan yeterli nikotin alımıyla sigara içme arzusu dışındaki yoksunluk belirtilerinin önlenebildiğini göstermektedir. Bu çerçevede bırakanlarda uzun süre gözlenen sigara içme arzularının koşullanmalara bağlı olduğu düşünölmektedir(120, 123, 133).

2.8. Tütün Kontrolü

Bilimsel veriler 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 reklâm yapmasını önlemenin tütün kontrolünün temel bileşenleri olduğunu belirtmektedir(1).

Her hekim mesleğinin kendisine yüklediği sorumlulukların bir gereği olarak tütün kontrolü mücadelesini elinden geldiğince destek olmalıdır(127).

Ülkemizde tütün kontrolü çalışmaları 1996 yılında kabul edilen Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun ile yasal dayanak bulmuştur. 2009 Temmuz ayından itibaren Türkiye "Tam Sigara Dumansız" ülke olmuştur. Bütün kapalı mekanların sigara dumanından arındırılması, tütün ürünlerinin reklam ve tanıtımı ile tütün endüstrisi tarafından sponsorluk yapılmasının yasaklanması, televizyon kanallarında tütün kullanımının zararları konusunda eğitici yayınlar yapılması şeklinde kapsamlı bir tütün kontrolü yasasına sahip olarak bu başarının temelini oluşturmuştur(134).

Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2018) ile 2018 yılına kadar çeşitli amaçlar belirlenmiştir: Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımının sağlık, ekonomik ve sosyal yönden zararları hususunda halkı eğitmek, bilgilendirmek, bilinçlendirmek; sigarayı bırakmayı yaygınlaştırmak, tütün bağımlılığı tedavisinde ve tekrar başlamayı önlemede başarı oranını artırmak; vergiyi fazlalaştırarak fiyat artırımını sağlamak ve ürünlere talebi azaltmak; pasif etkilenimin önüne geçmek; reklam, promosyon ve sponsorluğu önlemekle alakalı mevzuatın etkili uygulanmasını sağlamak; tütün ve tütün ürünlerinin içeriğindeki kanserojen maddeleri ve zehirli bileşenleri bilimsel olarak değerlendirmek; tütün ve tütün ürünlerinin içerikleri hususunda halkı bilgilendirmek; yasadışı ticaretle etkin olarak mücadele etmek; 24 yaş altındaki bireyleri kullanımdan korumak ve 18 yaşını doldurmamış kişilerin ürünlere ulaşmasını engellemek; tütün üretiminin kontrolü ve izlenmesi, tütün üretiminde ve işleminde çevre ve insan sağlığını korumak, tütün üretiminden vazgeçen üreticilere ekonomik varlıklarını sürdürebilecekleri alternatif politikalar geliştirmek ve desteklemek(135).

Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2018-2023) ile 2023 yılına kadar çeşitli yeni amaçlar hedeflenmiştir. Çocuk ve gençler başta olmak üzere toplumun tütün ürünü kullanımına başlamalarını önlemek ve kullananların bırakmalarını sağlamak. Çocuk ve gençlerin tütün ürünlerine erişimini ortadan kaldırmak ve toplumun tütün ürünlerine kolay erişimini önlemek. Tütün kontrolü alanında iş birliği ve koordinasyonu güçlendirmek, yürütülen çalışmaların süreç ve çıktılarını izlemek , sonuç ve etkilerini değerlendirmek. Bu eylem planında öncelikle hedeflenen gençlerin sigaranın zararları hakkındaki bilgi düzeylerinin artırılması için özellikli eğitimlerin yapılmasıdır. Zorunlu eğitim süreçlerinde sık sık sigara ve diğer tütün ürünlerinin zararları hakkında hatırlatma eğitimleri düzenlenmesidir. Sigara kullanan bireylerin etkin bir sigara bırakma yaklaşımına ulaşabilmeleri önemsenmiştir(136).

Gelecek bir ay içerisinde Türkiye’de sigarayı bırakmayı düşünen kişi sayısı 8,4 milyondur(137).

İşe yarayan tedavi yöntemleri (danışmanlık, farmakoterapi, en iyisi kombine terapi), işe yaramayan yöntemler (akupunktur ve muhtemelen hipnoz). İlk basamak ajanlar 4 nikotin replasman tedavisini (sakız, bant, inhaler ve nazal sprey) ve bupropionu içerir. İkinci basamakta nortriptilin (trisiklik antidepresan) ve klonidin (α_2 adrenerjik agonist) yer alır(138).

Etkili sigarayı bırakma yaklaşımları sigara içme davranışındaki değişiklikleri tanımlayan “Transtheoretical Model” ve “Agency for Health Care Policy Research” (AHCPR) tarafından geliştirilen Tütün Kullanımı ve Bağımlılığının Tedavisi Rehberi doğrultusunda uygulanmaktadır. “Transtheoretical Model” ilk kez Prochaska ve arkadaşları tarafından tanımlanan, bireyin sigarayı bırakma tedavisine uyum sağlamaya hazır olup olmadığını anlaşılmasına yardım eden 5 aşamalı bir değişim sürecidir(139-141).

Bu modele göre, sigara içen bireyler, sigara bırakma öncesi, sırası ve sonrasında davranışsal yönden farklı 5 evre içinde geçiş yaparlar. Bu evreler:

Bırakmayı düşünmeme: Sigara içen birey gelecekte herhangi bir sürede sigara ile ilgili bir davranış değişikliği düşüncesine sahip değildir. Bu süre için genellikle kastedilen zaman dilimi en az 6 aydır. Sigaranın yararlarını düşünme eğilimindedir, içmekten zevk almakta, sigarayı sevmektedir. Sigara içme davranışını değiştirmeye yardım edecek iletişim yollarından kaçma eğilimindedir.

Bırakmayı düşünme: Sigara içen birey, gelecek 6 ay içinde sigarayı bırakmayı ciddi şekilde düşünmektedir, sigarayı bırakmanın yararlarının bilincindedir. Bu dönemde sigara ile ilgili olumlu ve olumsuz düşünceleri neredeyse eşittir, sigaranın riskleri ile ilgili düşünce ve bilgileri, yararlarına hafifçe ağır basabilir. Fakat hemen bırakmayı istemez, bırakmak için bir gün belirleme eğilimi yoktur.

Bırakmaya hazırlanma: Sigara içen birey, sigaranın zararları konusunda bilinçlidir, gelecek 1 ay içinde bırakmayı planlamıştır. Bırakmaya yönelik küçük fakat anlamlı adımlar atmıştır, eyleme geçmek için bir planı vardır.

Bırakmayı deneme: Birey, sigarayı bırakma adımını atmıştır. İlaç kullanarak, davranış değişikliği uygulayarak, tıbbi olmayan başka yöntemler kullanarak veya birkaç yöntemi birlikte uygulayarak bırakmış olabilir. Henüz 6 aylık bırakma süresi dolmamıştır. Bu evre, nükslerin en sık yaşandığı evredir. Nüksler %50 oranında ilk 2-3 hafta içinde olur. Sonraki 2-3 ay içinde bu oran gittikçe azalır. Bundan dolayı başlangıç desteği çok önemlidir. 3-4 ay sonraki destek, nüks üzerine daha az etkilidir.

Bırakmayı sürdürme: Birey, 6 aydan daha uzun süredir sigara içmemektedir. Sigarayı bırakmayı başarmıştır ve nüksten kaçınmaya özen göstermektedir. Kendine güveni artmıştır. Ancak bu evrede de sıklıkla nüks olur. En başarılı bireyler, genellikle önceden nüksü ve yukarıda sözü edilen evreler arası geçişi ortalama 3-4 kez yaşamış olanlardır.

“Transtheoretical Model” evreler arası davranış değişimi sürecini tanımlar. Sigara içen bireyin ihtiyacının belirlenmesine ve buna göre bir yaklaşım planlanmasına olanak verir. Ek olarak, evreler arası geçişi değerlendirmek,

bireyin sigara içme davranışını değiştirmek açısından amacını ölçmenin bir yoludur. Klinisyen, hem bireyi sigarayı bırakması için motive etmeli hem de başarılı bir bırakma girişimi için destek sağlamalıdır. Bireyin Motivasyon düzeyinin izlenmesi ve destek sağlanması sigarayı bırakma davranışındaki değişiklik için anahtar rol oynar.(127).

2.9. Sigara Bıraktırma Tedavilerine Yaklaşım ve Farmakolojik Tedavi

Sigarayı bıraktırma amacıyla önerilen stratejiler 5A basamak yöntemiyle belirlenmiştir. 5A yöntemi Türkçede 5Ö olarak modifiye edilmiştir(127).

Ask (Öğren): Sigara içme durumunun sorulması. Bütün hastalara sigara içip içmediği düzenli olarak sorulmalıdır ve bu bilgi hastaların tıbbi kayıtlarına kaydedilmelidir.

Advice (Öner): Bırakmanın önerilmesi. Sigara kullanan bütün bireylere açık ve net bir şekilde sigarayı bırakması tavsiye edilmelidir; “Sağlığın için yapabileceğin en iyi şey sigarayı bırakmak” gibi(142).

Assess (Ölç): Bireyin sigarayı bırakma yönünde isteğinin değerlendirilmesi. Hastaların sigara içme davranışının süresi ve içtikleri miktar sorgulanıp nikotin bağımlılığı değerlendirilmelidir.

Assist (Önderlik et): Bırakma girişiminin desteklenmesi ve yardımcı olunması. Sorunları çözmeye yönelik önerilerde bulunulması, sosyal destek sağlanması, kontrendikasyon yoksa farmakoterapi önerilmesi, bilgilendirici ek materyal sağlanması.

Arrange (Örgütüle): Bırakma sonrası dönemde izlem. Sigarayı bırakanlar belli aralıklarla kontrole çağırılarak tekrar sigara içmeye başlamalarının önüne geçmeye çalışılmalıdır(127, 142).

Sigarayı bırakmak isteyen sigara içenler için, davranışsal destek ve farmakolojik tedavi kombinasyonunu önerilmektedir. Kombinasyon, tek başına her iki tip tedaviden daha yüksek oranda sigarayı bırakmayı sağlar(143).

Sigarayı bırakmayı düşünen ancak henüz tütün kullanımını bırakmaya hazır olmayan sigara içiciler için; sigara kullanımını tamamen durdurmaya hazır olana kadar beklemek yerine, farmakoterapiye başlama seçeneğini önerilir(144).

Sigarayı bırakmaya yönelik birinci basamak farmakoterapiler arasında nikotin replasman tedavisi (NRT), vareniklin ve bupropion bulunur(143, 145-147).

Sigarayı bırakmak için değerlendirilen diğer birkaç ilaç, birinci basamak ajanlardan daha az etkililik kanıtı içerir. Nortriptilin, sigarayı bırakmada ikinci basamak ajan olarak kabul edilen trisiklik bir antidepresandır(148-150).

Genel olarak, sigarayı bırakmak için en az üç ay süreyle farmakoterapi önerilir. Vareniklin ve nikotin bandı ile kombinasyon tedavisi, sigaradan uzak kalmayı artırabileceğinden, tedavi seçiminde önemlidir(144).

Kombinasyon NRT, hem nikotin bandı (uzun etkili bir NRT formu) hem de hastanın tercihine göre kısa etkili bir NRT, genellikle nikotin sakızı veya nikotin pastili çeşitlerinden oluşur. Bupropion; hastanın daha önceki sigara bırakma girişiminde bupropion ile kısa vadeli başarı elde etmesi, maliyetin sorun olması, depresyon tanısı olması veya hasta isterse makul bir alternatif ilk seçenek seçimidir. Bırakma sonrası kilo alımını geçici olarak önlemek için Bununla birlikte, epileptik nöbet bozukluğu veya epileptik nöbetlere yatkınlığı olan hastalarda bupropion kontrendikedir(143).

8000'den fazla sigara içicisinde vareniklin, bupropion, nikotin bandı ve plaseboyu doğrudan karşılaştıran çift kör, randomize kontrollü bir çalışma olan Küresel Sigara Bırakma Çalışmasında Olumsuz Olayların Değerlendirilmesi çalışmasında güçlü kanıtlar sağlanmıştır(151).

Seçilen ilk farmakoterapiye bakılmaksızın, farmakoterapinin başlamasından bir ila iki hafta sonra advers etkileri izlemek, ilaca uyumu güçlendirmek için bir takip ziyareti yapılması ve sigara bırakmanın teşvik edilmesi önerilmektedir(143).

Komorbid psikiyatrik hastalığı olan hastalar için, NRT yerine vareniklin tedavisi başlanmasını önerilir(144).

Hangi tedavi seçilirse seçilsin, şiddetli akıl hastalığı (Majör depresyon, şizofreni veya bipolar bozukluk) olan hastalar, uzun süreli sigara bırakma elde etmek için daha uzun süreli farmakoterapi kullanılması önerilir(152).

Stabil kardiyovasküler hastalığı (CVD) olan hastalarda, genel popülasyon için olanlarla aynı tedaviler kullanılmaktadır. Vareniklin, NRT ve bupropion tedavileri bu hastalarda kullanılabilir(143, 153).

Preoperatif ortamda, postoperatif solunum ve enfeksiyöz komplikasyonları azaltmak ve yara iyileşmesini desteklemek için genellikle sigarayı bırakmak için özel aciliyet vardır. Preoperatif sigara içenlerde farmakoterapi kullanımının sigarayı bırakma oranlarını artırdığı ve postoperatif komplikasyonları azalttığı bulunmuştur(154, 155).

Büyük ortopedik cerrahiye bekleyen 120 sigara kullanıcısının katıldığı prospektif, randomize bir çalışmada, ameliyattan altı ila sekiz hafta önce danışmanlık ve nikotin replasmanı uygulanan hastalarda, kontrol grubundaki hastalara göre genel postoperatif komplikasyon oranı daha düşük olduğu görülmüştür(155).

Önümüzdeki ay içinde sigarayı bırakmaya hazır olmayan sigara içenler, ileride bırakmaya hazırlanırken içilen sigaraların azaltılmasına yardımcı olmak için farmakoterapi başlatmaya istekli olabilirler. NRT yerine vareniklini tercih ediyoruz, ancak ikisi de kullanılabilir; Randomize çalışmalardan elde edilen kanıtlar, aniden sigarayı bırakmaya hazır olmayan hastalarda kullanıldığında her ikisinin de sigaradan uzak durmada etkili olduğunu göstermektedir(156, 157).

Nikotin yaması NRT ürünler arasında en sürekli nikotin verilmesini sağlar ve kullanımı basit NRT olup. Yama, uzun etkili, yavaş başlangıçlı bir nikotin iletimi modeline sahiptir, bu da 24 saat içinde çekilmeden görece sabit bir rahatlama sağlamaktadır(158).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Yeri

Bu alışma; Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ) Tıbbi Araştırmalar Yerel Etik Kurul Yönergesi'ne göre hazırlanan Etik Kurul raporu onayı alındıktan sonra, OMÜ Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından planlanarak yürütölmüş olup, OMÜ Tıp Fakóltesi'nde eğitim gören öğrencilerin aile bireyleri ve sosyal çevresindeki kişilere uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız kesitsel, tanımlayıcı ve analitik tipte bir anket çalışmasıdır. Araştırmanın evrenini 2019-2020 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakóltesinde eğitim gören öğrencilerinin aile bireylerinden ve sosyal çevresinden 18-65 yaş arasında bulunan kişiler oluşturacaktır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; OMÜ Tıp Fakóltesi'nde eğitim görmekte olan tıp fakóltesi öğrencilerinin aile bireyleri ve sosyal çevresindeki kişiler oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Uygulama şekli ve Verilerin Toplanması

Örneklemedeki bireylerin seçiminde Tabakalı örnekleme yöntemi kullanılarak 102 kişi öğrencilerin aile bireylerinden, 203 kişi ise öğrencilerin sosyal çevresinden seğilecektir. 18-65 yaş arasında çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü bireylere onam alındıktan sonra online anket formu yönlendirilerek veriler toplanacaktır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere demografik verilerle ilgili 3 sorudan sonra Yeşilay'ın Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı "Sigara Vücutun Düşmanı" yetişkin anketi uygulanacaktır. Bu ankette sigaranın zararları hakkındaki bilgi düzeyinin ölçüleceği 3 seğenekli 12 soru ve sigara içilmesine karşı olan görüşlerinin değerlendirileceği 5'li likert sistemine göre dizayn edilmiş 5 soru bulunmaktadır. Sigara kullanan ve sigarayı bırakmış

bireylerin sigara bağımlılık düzeyleri 6 sorudan oluşan Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği ile değerlendirilecektir.

3.5. İstatistiksel Analiz

Çalışmanın istatistiksel analizinde IBM SPSS V25 paket programı kullanıldı.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu kişi sayısı göz önünde bulundurularak Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi.

Bağımsız grup verilerinin karşılaştırmaları yapılırken normal dağılıma uymayan veriler nonparametrik test olan Mann WhitneyU testi kullanıldı.

Dağılım aralıklarını göstermek için normal dağılıma uygunluk durumuna göre ortalama standart sapma veya ortanca minimum maksimum değerleri kullanıldı.

Kategorik değişkenlerin kıyaslamaları 4 gözlü ve çok gözlü ki kare tabloları ile yapıldı. Değişkenlerin birbiriyle ilişkileri değerlendirilirken Spearman Korelasyon analizinden yararlanıldı.

Çalışmanın tüm istatistiksel analizinde 0,05 in altındaki p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.6.Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar

Çin'de başlayan COVID-19 pandemisi nedeniyle anketler katılımcılar ile yüz yüze yapılamamıştır. Veriler online anket formu iletilerek toplanmıştır. Çalışmamız bu verilerin subjektifliğinden etkilenmiş olabilir.

3.7. Etik İzin

Gerekli etik izin 09.07.2020 tarihinde OMÜTF etik kurul başkanlığından 2020/382 protokol numarası ile incelendi ve etik açıdan uygun bulundu. Etik kurul izin formu yazılı olarak alınmıştır (EK-1).

3.8. Araştırmanın Bütçesi

Herhangi bir kişi ya da kurumdan destek alınmamıştır.

4. BULGULAR

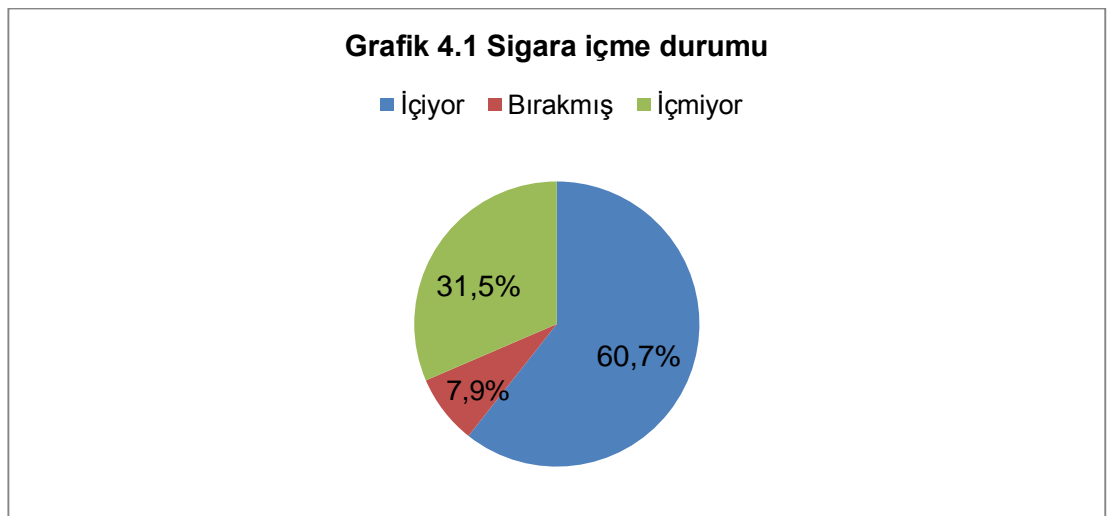
Araştırmaya OMÜ Tıp Fakültesi öğrencilerinin aile bireyleri ve sosyal çevresinden 305 kişi dahil edilmiştir.

Çalışmaya katılan 305 kişinin 171'i (%56,1) erkek, 134'ü (%43,9) kadındır. Araştırmaya dahil edilenlerin yaş ortalaması $28,44 \pm 11,52$ 'dir. En genç katılımcı 18 yaşında iken en yaşlı katılımcının yaşı 68'dir (Tablo 4.1).

Cinsiyete göre erkeklerin yaş ortalaması $29,05 \pm 12,52$ 'dir. Kadınların yaş ortalaması $27,67 \pm 10,11$ 'dir. Erkekler ile kadınlar arasında yaşları açısından kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($U=11001,0$; $p>0,05$). Katılımcılardan 186 kişi (%61,0) öğrenci, 34 kişi (%11,1) memur, 43 kişi (%14,1) serbest meslek, 14 kişi (%4,6) emekli, 13 kişi (%4,3) işçi, 15 kişi (%4,9) ev hanımıdır (Tablo 4.1). Çalışmaya katılanlar cinsiyetlerine göre gruplandırılıp meslekleri açısından birbiriyle kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=33,122$; $p<0,001$)

Araştırmaya dahil edilen erkeklerin mesleklerinin dağılımı; %59,6'sı öğrenci, %9,9'u memur, %16,4'ü serbest meslek, %7'si emekli, %7'si işçiydi. Çalışmaya katılan kadınların mesleklerinin dağılımı; %62,7'si öğrenci, %12,7'si memur, %11,2'si serbest meslek, %1,5'i emekli, %0,7'si işçi, %11,2'si ev hanımıydı (Tablo 4.1).

Katılımcıların sigara içme durumu Grafik 4.1'de sunulmuştur.



Araştırmaya dâhil edilen kişilerin sigara kullanma durumunun dağılımı; 185 kişi (%60,7) halen sigara içtiğini, 96 kişi (%31,5) hiç sigara içmediğini, 24 kişi (%7,9) sigarayı içmeyi bıraktığını belirtmiştir (Tablo 4.1).

Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

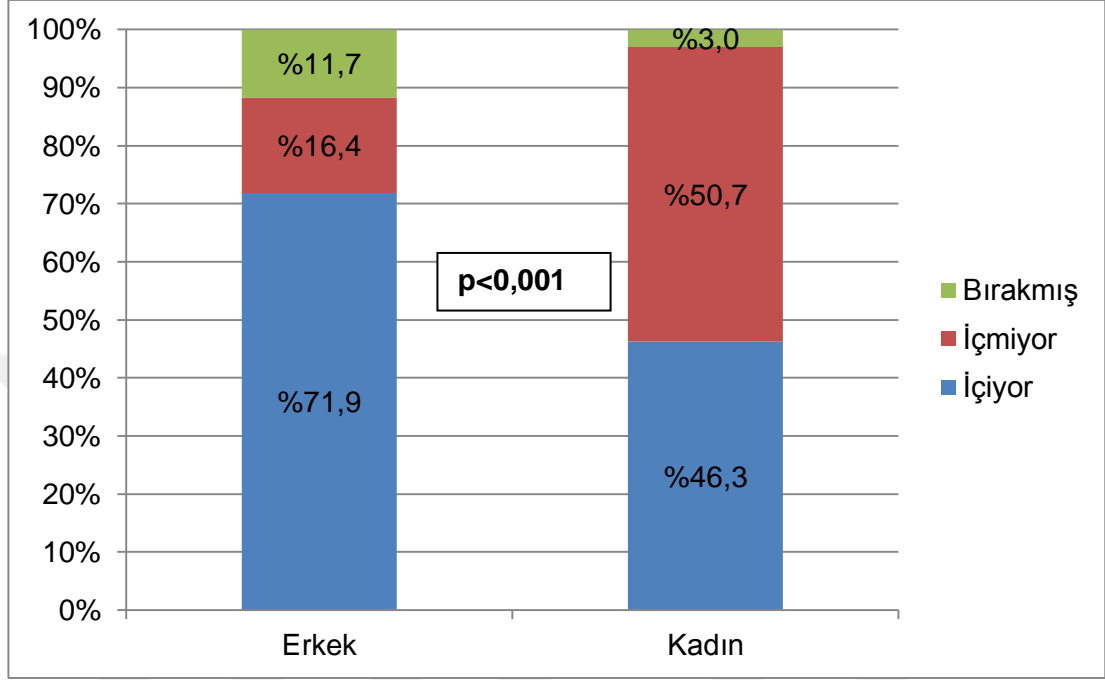
	(n:305)
Yaş(yıl), $\bar{X} \pm S$	28,44 \pm 11,52
Cinsiyet, n (%)	
Kadın	134 (43,9)
Erkek	171 (56,1)
Meslek, n (%)	
Öğrenci	186 (61,0)
Memur	34 (11,1)
Serbest meslek	43 (14,1)
Emekli	14 (4,6)
İşçi	13 (4,3)
Ev hanımı	15 (4,9)
Sigara içme durumu, n (%)	
İçiyor	185 (60,7)
İçmiyor	96 (31,5)
Bırakmış	24 (7,9)

n: katılımcı sayısı; %: Yüzde; \bar{X} : Ortalama; S: Standart sapma

Araştırmaya katılan kişilerin cinsiyete göre sigara kullanma durumu değerlendirildiğinde; erkeklerin %71,9’u sigara içtiğini, kadınların ise %46,3’ü sigara içtiğini belirtmiştir. Çalışmaya katılanlar cinsiyete göre sigara içme açısından kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (χ^2 :43,600; $p < 0,001$). Bu farkın nereden kaynaklandığı ile ilgili ileri analiz yapıldığında; Bonferroni düzeltmesiyle beraber ikili kıyaslamalar dikkate alındığında farkın sebebi kadınların istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla sigara kullanmıyor oluşundan kaynaklanmaktadır.

Cinsiyete göre sigara içme durumu Grafik 4.2’de sunulmuştur.

Grafik 4.2. Cinsiyete Göre Sigara İçme Durumu



Katılımcıların anket sorularına verdikleri cevaplar;

1. Sigara kısırlık riskini artırır.

Katılımcılardan 243 kişi (%79,7) sigara kısırlık riskini artırır cümlesinin doğru olduğunu düşünürken, 35 kişi (%11,5) bu konuda fikrinin olmadığını, 27 kişi (%8,9) ise bu cümlenin yanlış olduğunu belirtmiştir. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde; erkeklerin 133 kişi (%77,8) doğru, 19 kişi (%11,1) yanlış, 19 kişi (%11,1) fikrinin olmadığını ifade etmiştir. Kadınların 110 kişi (%82,1) doğru, 8 kişi (%6,0) yanlış, 16 kişi (%11,9) fikrinin olmadığını belirtmiştir(Tablo 4.2). Katılımcılar cinsiyetlerine göre gruplandırılıp sigara kısırlık riskini artırır cümlesinin doğru olup olmadığı ile ilgili düşünceleri yönünden aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=2,463$; $p=0,292$)(Tablo 4.3.).

2. Hafif (light) sigaralarda nikotin oranı normal sigaralara göre yaklaşık %50 daha azdır.

Çalışmaya dahil edilen kişilerden 144 kişi (%47,2) doğru, 89 kişi (%29,2) fikrim yok, 72 kişi (%23,6) yanlış şeklinde cevap vermiştir(Tablo 4.2). Cinsiyete göre ayrıldıklarında; erkeklerden 95 kişi (%55,6) doğru, 37 kişi (%21,6) yanlış, 39 kişi (%22,8) fikrim yok cevaplarını vermiştir. Kadınlardan 49 kişi (%36,6) doğru, 35 kişi (%26,1) yanlış, 50 kişi (%37,3) fikrim yok cevaplarını vermiştir.

Katılımcılar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında kişiler “Hafif (light) sigaralarda nikotin oranı normal sigaralara göre yaklaşık %50 daha azdır. “ cümlesinin doğru olup olmadığı ile ilgili düşünceleri yönünden aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (χ^2 :11,795; $p=0,0003$). Bu farkın hangi cevaptan kaynaklandığı ile ilgili ileri analiz yapıldığında; Bonferroni düzeltmesiyle beraber fark; grupların doğru ve fikrim yok seçeneklerini seçme farklılıklarından kaynaklanmaktadır (Tablo 4.3).

3. Mide ülseri sigaranın tetiklediği hastalıklardan birisidir.

Çalışmaya dahil edilen kişilerden 237 kişi (%77,7) doğru, 21 kişi (%6,9) yanlış ve 47 kişi (%15,4) fikrim yok yanıtlarını vermiştir(Tablo 4.2). Cinsiyete göre ayrıldığında erkeklerden 130 kişi (%76,0) doğru, 12 kişi (%7,0) yanlış, 29 kişi (%17,0) , kadınlardan ise 107 kişi (%79,9) doğru, 9 kişi (%6,7) yanlış, 18 kişi (%13,4) fikrim yok cevabını vermiştir. Katılımcılar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında bu cümle ile ilgili düşünceleri yönünden aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=0,758$; $p=0,685$) (Tablo 4.3).

4. Tüm dünyada sigara kullananlar kullanmayanlardan çok daha fazladır.

Katılımcılardan 111 kişi (%36,4) yanlış, 109 kişi (%35,7) doğru, 85 kişi (%27,9) fikrim yok yanıtını vermiştir. Erkeklerin %42,7’si yanlış, %35,1’i doğru ve %22,2’si fikrim yok şeklinde, kadınların ise %36,6’sı doğru, %28,4’ü yanlış, %35,1’i fikrim yok şeklinde yanıtlamıştır(Tablo 4.2). Katılımcılar

cinsiyete göre gruplandırıldığında bu cümlenin doğru olup olmadığı ile ilgili düşünceleri yönünden aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=8,739$; $p=0,013$). Bu istatistiksel olarak anlamlı olan farkın hangi cevaptan kaynakladığı ile ilgili ileri analiz yapılırsa; cevapları ikişerli kıyaslırsak Bonferroni düzeltmesiyle grupların doğru ve fikrim yok seçeneklerini seçme farklılıklarından kaynaklanmaktadır(Tablo 4.3).

5. Anne babaların çocuklarının yanında sigara içmeleri sakıncalıdır.

297 kişi (%97,4) doğru, 7 kişi (%2,3) yanlış, 1 kişi (%0,3) fikrim yok yanıtlarını vermiştir. Çalışmaya katılan erkeklerin %95,3'ü (163 kişi) doğru, %4,1 (7 kişi) yanlış, %0,6 (1 kişi) fikrim yok cevabını, kadınların ise tamamı bu soruyu doğru şeklinde cevaplamıştır(Tablo 4.2). Katılımcılar cinsiyete göre gruplandırıldığında bu cümleyi doğru bulma açısından aralarında fark olup olmadığı değerlendirildiğinde teste boş gözler olması sebebi ile ki-kare sonucu güvenli olmamaktadır bu nedenle sadece oranların değerlendirilmesi daha uygundur(Tablo 4.3).

6. Saç dökülmesi probleminin sigara ile bir bağlantısı yoktur.

118 kişi (%38,7) yanlış, 92 kişi (%30,2) doğru, 95 kişi (%31,1) fikrim yok yanıtını vermiştir. Erkeklerden 67 kişi (%39,2) doğru, 52 kişi (%30,4) yanlış, 52 kişi (%30,4) fikrim yok yanıtını; kadınların ise 25 kişi (%18,7) doğru, 66 kişi (%49,3) yanlış, 43 kişi (%32,1) fikrim yok yanıtını vermiştir (Tablo 4.2) Katılımcılar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında “Saç dökülmesi probleminin sigara ile bir bağlantısı yoktur” cümlesinin doğru olup olmadığı ile ilgili düşünceleri yönünden aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=17,456$; $p<0,001$). Bu istatistiksel anlamlı farklılık; cevaplar ikişerli olarak kıyaslanıp Bonferroni düzeltmesiyle birlikte erkeklerin daha fazla doğru yanıtını tercih etmesinden kaynaklanmaktadır. Doğru seçeneğini işaretleyenlerin %72,8'i erkek, %27,2'si kadın bireylerden oluşmaktadır (Tablo 4.3).

7. Sigara kullanımı, dünyada meydana gelen ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır.

195 kişi (%63,9) doğru, 75 kişi (%24,6) yanlış, 25 kişi (%11,5) fikrim yok yanıtını vermiştir (Tablo 4.2). Erkeklerden 105 kişi (%61,4) doğru, 53 kişi (%31) yanlış, 13 kişi (%7,6) ise fikrim yok yanıtını; kadınlardan ise 90 kişi (%67,2) doğru, 22 kişi (%16,4) yanlış, 22 kişi (%16,4) fikrim yok yanıtını vermiştir. Katılımcılar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında “Sigara kullanımı, dünyada meydana gelen ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır.” Cümlesine verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=11,969$; $p=0,003$). İleri analiz yapıldığında Bonferroni düzeltmesiyle beraber istatistiksel olarak anlamlı farklılık grupların yanlış seçeneğini seçme farklılıklarından kaynaklanmaktadır. Bu cümleye yanlış diyen kişilerin %70,7’si erkek, %29,3’ü kadınlardan oluşmaktadır (Tablo 4.3).

8. Sigara içen anne babaların, çocuklarına sigaranın zararları konusunda bilgi vermelerine ihtiyaç yoktur.

246 kişi (%80,7) yanlış, 53 kişi (%17,4) doğru, 6 kişi (%2) fikrim yok şeklinde yanıtlamıştır(Tablo 4.2). Erkeklerden 140 kişi (%81,9) yanlış, 28 kişi (%16,4) doğru, 3 kişi (%1,8) fikrim yok yanıtını; kadınlardan ise 106 kişi (%79,1) yanlış, 25 kişi (%18,7) doğru, 3 kişi (%2,2) fikrim yok yanıtını vermiştir. Katılımcılar arasında cinsiyete göre bu cümlemin doğruluğunu değerlendirme açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=0,386$; $p>0,05$). Bu cümleyi doğru yanıtı ile değerlendiren kişilerin %52,8’i erkek, %47,2’si kadın; yanlış yanıtı ile değerlendiren kişilerin %56,9’u erkek, %43,1’i kadındır (Tablo 4.3).

9. Sigara kalp hastalıkları oluşması riskini artırır.

282 kişi (%92,5) doğru, 10 kişi (%3,3) yanlış, 13 kişi (%4,3) fikrim yok yanıtını vermiştir(Tablo 4.2). Çalışmaya katılan erkeklerden 282 kişi (%91,8) doğru, 10 kişi (%3,3) yanlış, 13 kişi (%4,3) fikrim yok yanıtını; kadınlardan ise 157 kişi (%93,3) doğru, 3 kişi (%2,2) yanlış, 6 kişi (%4,5) fikrim yok yanıtını

vermiştir. Katılımcılar arasında cinsiyete göre bu cümlenin cevaplanması yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=0,832$; $p>0,05$)(Tablo 4.3).

10. Sigaranın içinde bulunan zehirli maddelerden birisi de hidrojen siyanürdür.

117 kişi (%38,4) doğru, 25 kişi (%8,2) yanlış, 163 kişi (%53,4) fikrim yok yanıtını vermiştir(Tablo 4.2). Erkeklerden 66 kişi (%38,6) doğru, 15 kişi (%8,8) yanlış, 90 kişi (%52,6) fikrim yok yanıtını; kadınlardan ise 51 kişi (%38,1) doğru, 10 kişi (%7,5) yanlış, 73 kişi (%54,5) fikrim yok yanıtını vermiştir. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde bu cümlenin doğru olup olmadığı ile ilgili düşünceleri yönünden aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=0,211$; $p>0,05$) (Tablo 4.3).

11. Anne babalar çocuklarının sigaranın zararlarını bizzat gözlemleyebilmeleri için onların görebileceği şekilde sigara içmelidirler.

275 kişi (%90,2) yanlış, 23 kişi (%7,5) doğru, 7 kişi (%2,3) fikrim yok şeklinde yanıt vermiştir(Tablo 4.2). Erkeklerden 152 kişi (%88,9) yanlış, 16 kişi (%9,4) doğru, 3 kişi (%1,8) fikrim yok yanıtını; kadınlardan ise 123 kişi (%91,8) yanlış, 7 kişi (%5,2) doğru, 4 kişi (%3,0) fikrim yok yanıtını vermiştir. Cinsiyete göre gruplandırıldığında bu cümleyi doğru bulma açısından fark olup olmadığı değerlendirildiğinde yapılan ki-kare testi beklentileri karşılanmamaktadır o nedenle p değeri verilememiştir (Tablo 4.3).

12. Sigara kullanımının sağlığı tahrip ettiğine dair herhangi bir bilimsel kanıt yoktur.

259 kişi (%84,9) yanlış, 20 kişi (%6,6) doğru, 26 kişi (%8,5) fikrim yok seçeneğini işaretlemiştir(Tablo 4.2). Çalışmaya katılan erkeklerden 141 kişi (%82,5) yanlış, 14 kişi (%8,2) doğru, 16 kişi (%9,4) fikrim yok yanıtını; kadınlardan ise 118 kişi (%88,1) yanlış, 6 kişi (%4,5) doğru, 10 kişi (%7,5) fikrim yok yanıtını vermiştir. Cinsiyete göre verilen yanıtların arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=2,171$; $p>0,05$) (Tablo 4.3).

Katılımcıların anket sorularına verdikleri cevaplar Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Katılımcıların Anket Sorularına Verdikleri Cevaplar

(n=305)	Doğru n(%)	Yanlış n(%)	Fikri yok n(%)
Sigara kısırlık riskini artırır.	243 (79,7)	27 (8,9)	35 (11,5)
Hafif (light) sigaralarda nikotin oranı normal sigaralara göre yaklaşık % 50 daha azdır.	95 (55,6)	37 (21,6)	39 (22,8)
Mide ülseri sigaranın tetiklediği hastalıklardan birisidir.	237 (77,7)	21 (6,9)	47 (15,4)
Tüm dünyada sigara kullananlar sigara kullanmayanlardan çok daha fazladır.	109 (35,7)	111 (36,4)	85 (27,9)
Anne babaların çocuklarının yanında sigara içmeleri sakıncalıdır.	297 (97,4)	7 (2,3)	1 (0,3)
Saç dökülmesi probleminin sigara ile bir bağlantısı yoktur.	92 (30,2)	118 (38,7)	95 (31,1)
Sigara kullanımı, dünyada meydana gelen ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır.	195 (63,9)	75 (24,6)	35 (11,5)
Sigara içen anne babaların, çocuklarına sigaranın zararları konusunda bilgi vermelerine ihtiyaç yoktur.	53 (17,4)	246 (80,7)	6 (2,0)
Sigara kalp hastalıkları oluşması riskini artırır.	282 (92,5)	10 (3,3)	13 (4,3)
Sigaranın içinde bulunan zehirli maddelerden birisi de hidrojen siyanürdür.	117 (38,4)	25 (8,2)	163(53,4)
Anne babalar çocuklarının sigaranın zararlarını bizzat gözlemleyebilmeleri için onların görebileceği şekilde sigara içmelidirler.	23 (7,5)	275 (90,2)	7 (2,3)
Sigara kullanımının sağlığı tahrip ettiğine dair herhangi bir bilimsel kanıt yoktur.	20 (6,6)	259 (84,9)	26 (8,5)

Katılımcıların “Bence sigara kullanmak iyidir-kötüdür.” Cümlesine verdiği yanıtlar değerlendirildiğinde; 16 kişi (%5,2) iyidir, 32 kişi (%10,5) biraz iyidir, 47 kişi (%15,4) kararsızım, 47 kişi (%15,4) biraz kötüdür, 163 kişi (%53,4) kişi kötüdür yanıtını vermiştir. Cinsiyetlere göre bakıldığında; erkeklerin %6,4’ü iyidir, %11,1’i biraz iyidir, %15,8’i kararsızım, %20,5’i biraz kötüdür, %46,2’si kötüdür şeklinde cevaplamıştır. Kadınların ise %3,7’si iyidir, %9,7’si biraz iyidir, %14,9’u kararsızım, %9’u biraz kötüdür, %62,7’si kötüdür yanıtını işaretlemiştir. Verilen cevaplar 1’den 5’e kadar puanlanmıştır. Erkeklerin verdikleri cevapların puan ortalaması 3,89±1,281, kadınların verdikleri

cevapların puan ortalaması $4,17 \pm 1,217$ 'dir. Erkekler ile kadınların bu cümleye verdiği yanıtlar karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($U=9810$; $p=0,019$).

“Bence sigara içmek faydalıdır-zararlıdır.” Cümlesine verilen yanıtlara bakıldığında; 9 kişi (%3) faydalıdır, 10 kişi (%3,3) biraz faydalıdır, 31 kişi (%10,2) kararsızım, 41 kişi (%13,4) biraz zararlıdır, 214 kişi (%70,2) zararlıdır seçeneklerini işaretlemişlerdir. Erkeklerin %3,5'i faydalıdır, %4,1'i biraz faydalıdır, %11,1'i kararsızım, %17'si biraz zararlıdır, %64,3'ü zararlıdır; kadınların ise %2,2'si faydalıdır, %2,2'si biraz faydalıdır, %9'u kararsızım, %9'u biraz zararlıdır, %77,6'sı zararlıdır yanıtlarını vermiştir. Erkeklerin verdikleri cevapların puan ortalaması $4,35 \pm 1,059$, kadınların verdikleri cevapların puan ortalaması $4,57 \pm 0,913$ 'dür. Kadınlar ile erkekler arasında sigara içmenin faydalı veya zararlı olduğuyla ilgili verilen cevaplar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($U=9984$; $p=0,017$).

Çalışmaya katılan kişilerin “Bence sigara içmek keyiflidir-keyifsizdir.” Cümlesine verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde; 90 kişi (%29,5) keyiflidir, 79 kişi (%25,9) biraz keyiflidir, 57 kişi (%18,7) kararsızım, 17 kişi (%5,6) biraz keyifsizdir, 62 kişi (%20,3) keyifsizdir yanıtlarını vermiştir. Erkeklerin %32,2'si keyiflidir, %32,2'si biraz keyiflidir, %19,3'ü kararsızım, %5,3'ü biraz keyifsizdir, %11,1'i keyifsizdir; kadınların ise %26,1'i keyiflidir, %17,9'u biraz keyiflidir, %17,9'u kararsızım, %6,0'ı biraz keyifsizdir, %32,1'i keyifsizdir şeklinde cevaplamıştır. Erkeklerin verdikleri cevapların puan ortalaması $2,31 \pm 1,280$, kadınların verdikleri cevapların puan ortalaması $3,0 \pm 1,608$ 'dir. Cinsiyete göre ayrıldığında kadınlar ile erkeklerin sigara içmenin keyifli yada keyifsiz olduğu ile ilgili düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($U=8811$; $p=0,001$).

“Bence sigara içmek çekicidir-iticidir.” Cümlesine katılımcılar verdikleri cevaplar; 38 kişi (%12,5) çekicidir, 41 kişi (%13,4) biraz çekicidir, 88 kişi (%28,9) kararsızım, 35 kişi (%11,5) biraz iticidir, 103 kişi (%33,8) iticidir yanıtlarını vermiştir. Erkeklerin %14,0'ı çekicidir, %18,1'i biraz çekicidir, %32,2'si kararsızım, %11,7'si biraz iticidir, %24'ü iticidir; kadınların ise

%10,4'ü çekicidir, %7,5'i biraz çekicidir, %24,6'sı kararsızım, %11,2'si biraz iticidir, %46,3'ü iticidir şeklinde görüşlerini belirtmişlerdir. Erkeklerin verdikleri cevapların puan ortalaması $3,13 \pm 1,346$, kadınların verdikleri cevapların puan ortalaması $3,75 \pm 1,379$ 'dur. Kadınlarla erkeklerin sigara içmenin çekici yada itici olduğu ile ilgili düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($U=8497$; $p=0,001$).

Katılımcıların "Bence sigara içmek hoştur-nahoştur." Cümlesine verdiği yanıtlar değerlendirildiğinde; 31 kişi (%10,2) hoştur, 37 kişi (%12,1) biraz hoştur, 81 kişi (%26,6) kararsızım, 47 kişi (%15,4) biraz nahoştur, 109 kişi (%35,7) nahoştur cevaplarını vermiştir. Erkeklerin %9,9'u hoştur, %15,2'si biraz hoştur, %30,4'ü kararsızım, %17,5'i biraz nahoştur, %26,9'u nahoştur; kadınların ise %10,4'ü hoştur, %8,2'si biraz hoştur, %21,6'sı kararsızım, %12,7'si biraz nahoştur, %63'ü nahoştur şeklinde görüşlerini belirtmiştir. Erkeklerin verdikleri cevapların puan ortalaması $3,36 \pm 1,296$, kadınların verdikleri cevapların puan ortalaması $3,78 \pm 1,385$ 'dir. Kadınlar ile erkeklerin sigara içmenin hoş ya da nahoş olduğu ile ilgili düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($U=9270$; $p=0,003$).

Katılımcıların cinsiyete göre anket sorularını doğru bilme durumunun dağılımı Tablo 4.3'de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Cinsiyete Göre Anket Sorularını Doğru Bilme Durumunun Dağılımı

	Erkek (n=171)	Kadın (n=134)	p*
	n (%)	n (%)	
Sigara kısırlık riskini artırır.	133 (77,8)	110 (82,1)	0,292
Hafif (light) sigaralarda nikotin oranı normal sigaralara göre yaklaşık % 50 daha azdır.	37 (21,6)	35 (26,1)	0,003
Mide ülseri sigaranın tetiklediği hastalıklardan birisidir.	130 (76,0)	107 (79,9)	0,685
Tüm dünyada sigara kullananlar sigara kullanmayanlardan çok daha fazladır.	73 (42,7)	38 (28,4)	0,013
Anne babaların çocuklarının yanında sigara içmeleri sakıncalıdır.	163 (95,3)	134 (100)	
Saç dökülmesi probleminin sigara ile bir bağlantısı yoktur.	52 (30,4)	66 (49,3)	0,001
Sigara kullanımı, dünyada meydana gelen ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır.	105 (61,4)	90 (67,2)	0,003
Sigara içen anne babaların, çocuklarına sigaranın zararları konusunda bilgi vermelerine ihtiyaç yoktur.	140 (81,9)	106 (79,1)	0,824
Sigara kalp hastalıkları oluşması riskini artırır.	157 (91,8)	125 (93,3)	0,660
Sigaranın içinde bulunan zehirli maddelerden birisi de hidrojen siyanürdür.	66 (38,6)	51 (38,1)	0,900
Anne babalar çocuklarının sigaranın zararlarını bizzat gözlemleyebilmeleri için onların görebileceği şekilde sigara içmelidirler.	152 (88,9)	123 (91,8)	
Sigara kullanımının sağlığı tahrip ettiğine dair herhangi bir bilimsel kanıt yoktur.	141 (82,5)	118 (88,1)	0,338

n: Katılımcı sayısı; %: Sütun Yüzdesi; *Ki-Kare Testi

Çalışmaya katılan bireylerin %60,7'si sigara içtiğini, %31,5'i sigara içmediğini, %7,9'u ise sigarayı bıraktığını ifade etmiştir. Erkeklerin %71,9'u sigara içerken bu oran kadınlarda %46,3 olmuştur. Cinsiyete göre sigara içme açısından kıyaslandığında erkekler ile kadınlar arasında istatistiksel olarak

anlamli fark vardir ($x^2=43,6$; $p<0,001$). Bu farkin nereden kaynaklandigi ile ilgili ileri analiz yapildiginda; Bonferroni duzeltmesiyle beraber ikili kiyaslamalar dikkate alindiginda farkin sebebi erkeklerin daha fazla oranda sigara kullanmasindan kaynaklanmaktadır.

Sigara kullanan ya da daha once kullanmis suan birakmis 203 katilimcinin sigara kullanma suresi, ortalamasi ve standart saplasi $11,18 \pm 10,87$ yildir. Ortanca, min ve maks degeri ile 7 (1-58) yildir.

Cinsiyete gore degerlendirildiginde erkekler ortalama $11,22 \pm 11,27$ yıl sigara kullanmis iken, kadınlara ortalama $11,09 \pm 10,06$ yıl sigara kullanmistir. Cinsiyetler arasında sigara kullanma sureleri acısından fark olup olmadigi incelendiginde; gruplar normal dagilima uymadigi için Mann Whitney U testi ile kiyaslama yapilmis, kadınlara ile erkekler arasında sigara kullanma sureleri acısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($U=4462$; $p>0,05$).

Anketimiz icerisinde sigara icen bireylere yapilan Fagerstrom Nikotin Bagimlilik Testi yanitlari degerlendirildiginde; "ilk sigaranizi sabah uyandıktan ne kadar sonra icersiniz." sorusuna verilen cevaplar; 40 kisi (%19,7) bir saatten fazla, 60 kisi (%29,6) 31-60 dakika icinde, 57 kisi (%28,1) 6 ile 30 dakika icinde, 46 kisi (%22,7) ilk bes dakika icinde seklinde yanitlamistir. Erkeklerin %15,9'u bir saatten fazla, %28,3'u 31-60 dakika icinde, %29,7'si 6 ile 30 dakika icinde, %26,1'i ilk bes dakika icinde; kadınlara ise %27,7'si bir saatten fazla, %32,3'u 31-60 dakika icinde, %24,6'si 6 ile 30 dakika icinde, %15,4'u ilk bes dakika icinde icitigini belirtmistir. Calismaya katilan sigara icen ya da daha once icmis suan birakmis olan katilimcilar cinsiyetlerine gore gruplandırılıp sabah ilk sigaralarını icme sureleri acısından birbirleriyle kiyaslandiginde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($x^2=5,983$; $p>0,05$).

"Sigara icmenin yasak olduğu ornegin; otobus, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?" sorusuna verilen yanitlar degerlendirildiginde; 81 kisi (%39,9) evet, 122 kisi (%60,1) hayır cevabını vermistir. Erkeklerin %44,2'si evet, %55,8'i ise hayır seklinde yanitlamistir.

Kadınların ise %30,8'i evet, %69,2'si hayır cevabını vermiştir. Erkekler ile kadınlar arasında sigara içmenin yasak olduğu yerlerde bu yasağa uymakta zorlanma açısından birbirleri ile kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=3,325$; $p>0,05$).

"İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir." Sorusuna verilen yanıtlara bakıldığında; 77 kişi (%37,9) sabah içtiğim ilk sigara, 126 kişi (%62,1) diğer herhangi bir yanıtını vermiştir. Erkeklerin %45,7'si sabah içtiğim ilk sigaradan, %54,3'ü diğer herhangi bir sigaradan vazgeçemem derken; kadınların ise %21,5'i sabah içtiğim ilk sigaradan, %78,5'i diğer herhangi bir sigaradan vazgeçemeyeceğini belirtmiştir. Çalışmaya katılan sigara içen ya da daha önce içmiş şuan bırakmış olan katılımcılar cinsiyetlerine göre gruplandırılıp "İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir." Sorusuna verdiği yanıtlar açısından birbiriyle kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=10,913$; $p=0,001$). Erkekler anlamlı oranda daha fazla sabah ilk içtikleri sigaradan vazgeçemediklerini ifade ederken, kadınların vazgeçemedikleri sigara gün içindeki diğer herhangi biridir.

"Günde kaç adet sigara sigara içiyorsunuz?" sorusuna verilen yanıtlar; 62 kişi (%30,5) 10 adet ve daha az, 89 kişi (%43,8) 11-20 adet, 33 kişi (%16,3) 21-30 adet, 19 kişi (%9,4) 31 ve daha üstü şeklinde sigara kullandığını belirtmiştir. Erkeklerin %21'i 10 adet ve daha az, %47,8'i 11-20 adet, %18,8'i 21-30 adet, %12,3'ü 31 ve daha üstü; kadınların ise %50,8'i 10 adet ve daha az, %35,4'ü 11-20 adet, %10,8'i 21-30 adet, %3,1'i 31 ve daha üstü sigara içtiğini ifade etmiştir. Çalışmaya katılan sigara içen ya da daha önce içmiş şuan bırakmış olan katılımcılar cinsiyetlerine göre gruplandırılıp günde kaç adet sigara içtikleri açısından birbirleriyle kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=20,172$; $p<0,001$).

"Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?" sorusuna verilen yanıtlar değerlendirildiğinde; 89 kişi (%43,8) evet, 114 kişi (%56,2) hayır cevabını vermiştir. Erkeklerin %51,4'ü

evet, %48,6'sı hayır yanıtı verirken; kadınların %27,7'si evet, %72,3'ü hayır yanıtını vermiştir. Erkekler ile kadınlar arasında sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre sigara içme durumu açısından birbirleriyle kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=10,129$; $p=0,001$). Erkekler anlamlı olarak günün ilk saatlerinde daha fazla sigara içmektedir.

“Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?” sorusuna verilen yanıtlar; 95 kişi (%46,8) evet, 108 kişi (%53,2) hayır şeklinde cevaplamıştır. Erkeklerin %55,8'i evet, %44,2'si hayır; kadınların ise %27,7'si evet, %72,3'ü hayır yanıtını vermiştir. Cinsiyete göre gruplandırıldığında günün büyük bölümünü yatakta geçirmesine neden olacak kadar hasta olsa bile sigara içme durumu açısından birbirleriyle kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=14,019$; $p<0,001$). Erkekler bu soruya anlamlı olarak daha fazla evet cevabını vermiştir.

Çalışmaya katılan sigara içen ya da daha önce içmiş şuan bırakmış olan katılımcılar FNBT sonuçlarına göre; %30'u düşük düzeyde bağımlı, %55,2'si orta düzeyde bağımlı, %14,8'i yüksek düzeyde bağımlı olarak değerlendirilmiştir. Erkeklerin %22,5'i düşük düzeyde, %58,7'si orta düzeyde, %18,8'i yüksek düzeyde bağımlı olduğu anlaşılırken; kadınlarda bu oranlar %46,2 düşük düzeyde, %47,7 orta düzeyde, %6,2 yüksek düzeyde bağımlı olduğu belirlenmiştir. Cinsiyetler arasında FNBT sonuçlarına göre birbirleriyle kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=14,035$; $p<0,001$). Bu fark çalışmaya katılan kadınların erkeklere göre daha yüksek oranda düşük düzeyde bağımlı olmasından kaynaklanmaktadır.

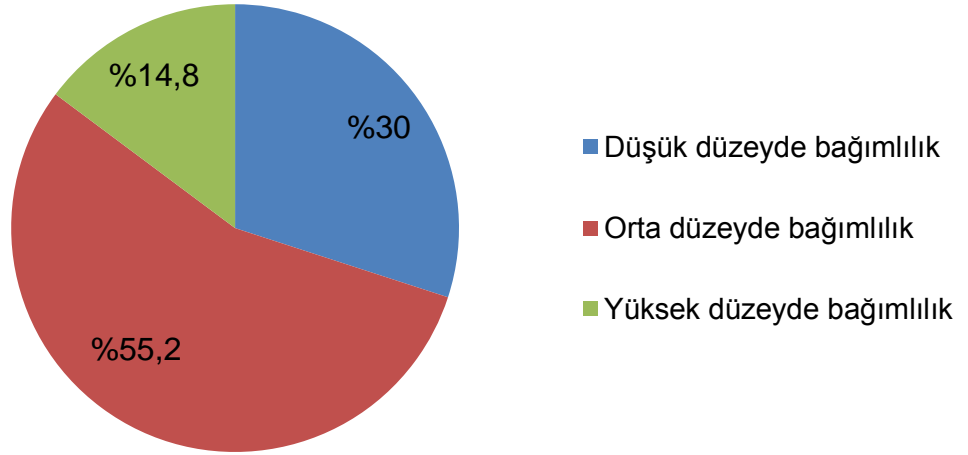
Sigara içen katılımcılara uygulanan FNBT sonuçları Tablo 4.4'de sunulmuştur.

Tablo 4.4. Sigara İçen Katılımcılara Uygulanan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Sonuçları

(n=203)	n (%)
Sigara İçme Miktarı (/gün)	
≤10 adet	62 (30,5)
11-20 adet	89 (43,8)
21-30 adet	33 (16,3)
>30 adet	19 (9,4)
İlk Sigaranın Sabah Kalktıktan Sonra Ne Kadar Süre İçinde İçildiği	
İlk 5 dakika içinde	36 (26,1)
6-30 dakika içinde	41 (29,7)
31-60 dakika içinde	39 (28,3)
İlk 1saatten sonra	22 (15,9)
Yasak Olan Yerlerde Sigara İçmeden Durmakta Zorlanma Durumu	
Zorlanıyor	81 (39,9)
Zorlanmıyor	122 (60,1)
Vazgeçemeyeceği Sigara	
Sabah ilk sigara	77 (37,9)
Diğerleri	126 (62,1)
Günün Büyük Bölümünü Yatakta Geçirmesine Neden Olan Bir Hastalığı Olsa Da Sigara İçme Durumu	
İçer	95 (46,8)
İçmez	108 (53,2)
Günün İlk Saatlerinde Daha Sonraki Saatlere Göre Sigara İçme Durumu	
Daha sık içiyor	89 (43,8)
Daha sık içmiyor	114 (56,2)
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Puanı, $\bar{X} \pm S$	
4,37±2,82	
Bağımlılık Düzeyi	
Düşük Düzeyde Bağımlılık (0-2)	61 (30,0)
Orta Düzeyde Bağımlılık (3-7)	112 (55,2)
Yüksek Düzeyde Bağımlılık (8-10)	30 (14,8)

n: Katılımcı sayısı; %: Sütun Yüzdesi; \bar{X} : Ortalama; S: Standart Sapma

Grafik 4.3. FNBT Bağımlılık Düzeyleri



Çalışmaya katılan sigara içen ya da daha önce sigara içmiş şu an bırakmış olan katılımcıların FNBT skoru ile yaşları arasında bir ilişki olup olmadığı açısından yapılan analiz sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($\chi^2=2,12$; $p>0,05$).

Fagerström testi total puan ortalaması ve standart sapması $4,37\pm 2,82$ olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılan sigara içen ya da daha önce sigara içmiş şu an bırakmış olan katılımcıların paket/yıl ortalaması ve standart sapması $11,46\pm 13,44$; Ortanca min maks değeri ise; 6 (0,5-80) olduğu görülmüştür.

Cinsiyete göre değerlendirildiğinde; erkeklerin ortalaması ve standart sapması $12,25\pm 14,46$; ortanca min maks değeri 6 (0,5-80); kadınların ise ortalaması ve standart sapması $9,79\pm 10,9$; ortanca min maks değeri 6 (0,5-58) olduğu görülmektedir. Erkekler ile kadınlar sigara kullanma miktarı (paket/yıl) ortalamaları açısından kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($U=4177$; $p>0,05$).

Katılımcılar FNBT sonucunda bağımlılık düzeylerine göre gruplandırılıp sigara kullanma miktarı (paket/yıl) ortalamaları açısından kıyaslandığında; düşük düzeyde bağımlı olan grupta ortalama $4,61\pm 5,11$; ortanca 2,5 (0,5-20)

olduğu bulunmuştur. Orta düzey bağımlı grupta ortalama $12,06 \pm 12,02$; ortanca 7,25 (1-60). Yüksek düzeyde bağımlı grupta ortalama $23,18 \pm 20,23$; ortanca değeri ise 15 (2-80) bulunmuştur.

Çalışmaya katılan sigara içen ya da daha önce sigara içmiş şuan bırakmış olan katılımcılar FNBT sonuçlarına göre düşük, orta ve yüksek düzeyde bağımlılık gruplarına ayrılıp daha sonra bu gruplar içtikleri sigara paket yılı açısından birbirleriyle kruskal wallis testi ile kıyaslandığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($H=53,198$; $p<0,001$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için ikişerli mann whitney u testi yapılıp sonuçlar bonferroni düzeltmesi eşliğinde değerlendirilmiştir. Bu sonuca göre tüm gruplar sigara paket yılı açısından birbirinden anlamlı derecede farklı çıkmıştır.

Fagerström testi skoru ile sigara kullanım paket yılı arasında anlamlı bir ilişki/korelasyon olup olmadığı normal dağılıma uymadığı için spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Fagerström testi skoru ile kullanılan sigara paket yılı arasında pozitif yönde (biri artış gösterirken diğeri de artış göstermekte) orta düzeyde ($r=0,459$) ve çok anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,001$).

Cinsiyetler arasında fagerström testi skorları değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($U=2901$; $p<0,001$). Erkeklerin fagerström testi skor ortalaması ve ortancası kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Erkeklerin fagerström testi ortalaması $4,91 \pm 2,783$; ortanca değeri 5,0; kadınlara ise fagerström testi ortalaması $3,22 \pm 2,553$; ortanca değeri 3,0 olarak bulunmuştur.

FNBT skoruna göre düşük, orta ve yüksek bağımlılık düzeyi olarak gruplandırılıp anketlere verilen cevaplar karşılaştırılmıştır. Düşük düzeyde bağımlı grupta “Sigara kısırlık riskini artırır.” Cümlesine; 46 kişi (%75,4) doğru, 4 kişi (%6,6), 11 kişi (%18,0) fikrim yok yanıtını vermiştir. Orta düzeyde bağımlı grupta 90 kişi (%80,4) doğru, 12 kişi (%10,7) yanlış, 10 kişi (%8,9) fikrim yok şeklinde yanıtlanmıştır. Yüksek düzeyde bağımlı grupta 19

kişi (%63,3) doğru, 6 kişi (%20) yanlış, 5 kişi (%16,7) fikrim yok yanıtını vermiştir.

“Hafif (light) sigaralarda nikotin oranı normal sigaralara göre yaklaşık %50 daha azdır.” Cümlesine; düşük düzeyde bağımlı grupta 31 kişi (%50,8) doğru, 15 kişi (%24,6) yanlış, 15 kişi (%24,6) fikrim yok yanıtını vermiştir. Orta düzeyde bağımlı grupta 64 kişi (%57,1) doğru, 25 kişi (%22,3) yanlış, 23 kişi (%20,5) fikrim yok şeklinde cevaplamıştır. Yüksek düzeyde bağımlı grupta 18 kişi (%60) doğru, 7 kişi (%23,3) yanlış, 5 kişi (%16,7) fikrim yok yanıtını vermiştir. Gruplar arasında bu soruya verdikleri cevaplar yönünden aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=1,136$; $p>0,05$).

“Mide ülseri sigaranın tetiklediği hastalıklardan birisidir.” Cümlesine ise; düşük düzeyde bağımlı grupta 47 kişi (%77,0) doğru, 3 kişi (%4,9) yanlış, 11 kişi (%18,0) fikrim yok yanıtını; orta düzeyde bağımlı grupta 85 kişi (%75,9) doğru, 7 kişi (%6,3) yanlış, 20 kişi (%17,9) fikrim yok yanıtını; yüksek düzeyde bağımlı grupta 17 kişi (%56,7) doğru, 6 kişi (%20,0) yanlış, 7 kişi (%23,3) fikrim yok yanıtını vermiştir.

“Tüm dünyada sigara kullananlar sigara kullanmayanlardan çok daha fazladır.” Cümlesine düşük düzeyde bağımlı grupta 27 kişi (%44,3) doğru, 19 kişi (%31,1) yanlış, 15 kişi (%24,6) fikrim yok yanıtını; orta düzeyde bağımlı grupta 40 kişi (%35,7) doğru, 43 kişi (%38,4) yanlış, 29 kişi (%25,9) fikrim yok yanıtını; yüksek düzeyde bağımlı grupta 18 kişi (%60,0) doğru, 9 kişi (%30,0) yanlış, 3 kişi (%10,0) fikrim yok yanıtını vermiştir. FNBT skorları ile bağımlılık düzeylerine göre gruplandırılan katılımcıların bu cümleye verdikleri cevaplar yönünden aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=6,953$; $p>0,05$).

“Anne babaların çocuklarının yanında sigara içmeleri sakıncalıdır.” Cümlesine; düşük düzeyde bağımlı grupta 61 kişi (%100,0) doğru yanıtını; orta düzeyde bağımlı grupta 108 kişi (%96,4) doğru, 3 kişi (%2,7) yanlış, 1 kişi (%0,9) fikrim yok yanıtını; yüksek düzeyde bağımlı grupta 26 kişi (%86,7) doğru, 4 kişi (%13,3) yanlış yanıtını vermiştir.

“Saç dökülmesi probleminin sigara ile bir bağlantısı yoktur.” Cümlesine; düşük düzeyde bağımlı grupta 16 kişi (%26,2) doğru, 25 kişi (%41,0) yanlış, 20 kişi (%32,8) fikrim yok yanıtını; orta düzeyde bağımlı grupta 45 kişi (%40,2) doğru, 35 kişi (%31,3) yanlış, 32 kişi (%28,6) fikrim yok yanıtını; yüksek düzeyde bağımlı grupta 16 kişi (%53,3) doğru, 5 kişi (%16,7) yanlış, 9 kişi (%30,0) fikrim yok yanıtını vermiştir. Gruplar arasında bu cümleye verilen cevaplar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=8,221$; $p>0,05$).

“Sigara kullanımı, dünyada meydana gelen ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır.” Cümlesine; düşük düzeyde bağımlı grupta 41 kişi (%62,7) doğru, 13 kişi (%21,3) yanlış, 7 kişi (%11,5) fikrim yok cevabını; orta düzeyde bağımlı grupta 61 kişi (%54,5) doğru, 38 kişi (%33,9) yanlış, 13 kişi (%11,6) fikrim yok yanıtını, yüksek düzeyde bağımlı grupta 17 kişi (%56,7) doğru, 12 kişi (%40,0) yanlış, 1 kişi (%3,3) fikrim yok yanıtını vermiştir. Gruplar arasında bu cümleye verilen cevaplar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=5,729$; $p>0,05$).

“Sigara içen anne babaların, çocuklarına sigaranın zararları konusunda bilgi vermelerine ihtiyaç yoktur.” Cümlesine; düşük düzeyde bağımlı grupta 11 kişi (%18,0) doğru, 50 kişi (%82,0) yanlış yanıtını; orta düzeyde bağımlı grupta 18 kişi (%16,1) doğru, 89 kişi (%79,5) yanlış, 5 kişi (%4,5) fikrim yok yanıtını; yüksek düzeyde bağımlı grupta 11 kişi (%36,7) doğru, 18 kişi (%60,0) yanlış, 1 kişi (%3,3) fikrim yok yanıtını vermiştir.

“Sigara kalp hastalıkları oluşması riskini artırır.” Cümlesine; düşük düzeyde bağımlı grupta 58 kişi (%95,1) doğru, 1 kişi (%1,6) yanlış, 2 kişi (%3,3) fikrim yok yanıtını; orta düzeyde bağımlı grupta 102 kişi (%91,1) doğru, 7 kişi (%6,3) yanlış, 3 kişi (%2,7) fikrim yok yanıtını; yüksek düzeyde bağımlı grupta 25 kişi (%83,3) doğru, 2 kişi (%6,7) yanlış, 3 kişi (%10,0) fikrim yok yanıtını vermiştir.

“Sigaranın içinde bulunan zehirli maddelerden birisi de hidrojen siyanürdür.” Cümlesine; düşük düzeyde bağımlı grupta 28 kişi (%45,9) doğru, 5 kişi (%8,2) yanlış, 28 kişi (%45,9) fikrim yok yanıtını; orta düzeyde bağımlı grupta

39 kişi (%34,8) doğru, 12 kişi (%10,7) yanlış, 61 kişi (%54,5) fikrim yok yanıtını; yüksek düzeyde bağımlı grupta 13 kişi (%43,3) doğru, 17 kişi (%56,7) fikrim yok yanıtını vermiştir. Gruplar arasında bu cümleye verilen cevaplar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=5,303$; $p>0,05$).

“Anne babalar çocuklarının sigaranın zararlarını bizzat gözlemleyebilmeleri için onların görebileceği şekilde sigara içmelidirler.” Cümlesine; düşük düzeyde bağımlı grupta 4 kişi (%6,6) doğru, 55 kişi (%90,2) yanlış, 2 kişi (%3,3) fikrim yok yanıtını; orta düzeyde bağımlı grupta 12 kişi (%10,7) doğru, 96 kişi (%85,7) yanlış, 4 kişi (%3,6) fikrim yok yanıtını; yüksek düzeyde bağımlı grupta 4 kişi (%13,3) doğru, 26 kişi (%86,7) yanlış yanıtını vermiştir.

“Sigara kullanımının sağlığı tahrip ettiğine dair herhangi bir bilimsel kanıt yoktur.” Cümlesine; düşük düzeyde bağımlı grupta 3 kişi (%4,9) doğru, 56 kişi (%91,8) yanlış, 2 kişi (%3,3) fikrim yok yanıtını; orta düzeyde bağımlı grupta 7 kişi (%6,3) doğru, 88 kişi (%78,6) yanlış, 17 kişi (%15,2) fikrim yok yanıtını; yüksek düzeyde bağımlı grupta 9 kişi (%30,0) doğru, 17 kişi (%56,7) yanlış, 4 kişi (%13,3) fikrim yok yanıtını vermiştir.

“Bence sigara kullanmak iyidir-kötüdür.” Cümlesine; düşük düzeyde bağımlı grupta; 2 kişi (%3,3) iyidir, 8 kişi (%13,1) biraz iyidir, 13 kişi (%21,3) kararsızım, 9 kişi (%14,8) biraz kötüdür, 29 kişi (%47,5) kötüdür cevaplarını vermiştir; orta düzeyde bağımlı grupta 9 kişi (%8,0) iyidir, 15 kişi (%13,4) biraz iyidir, 17 kişi (%15,2) kararsızım, 26 kişi (%23,2) biraz kötüdür, 45 kişi (%40,2) kötüdür yanıtını vermiştir; yüksek düzeyde bağımlı grupta 4 kişi (%13,3) iyidir, 8 kişi (%26,7) biraz iyidir, 5 kişi (%16,7) kararsızım, 6 kişi (%20,0) biraz kötüdür, 7 kişi (%23,3) kötüdür yanıtını vermiştir. Gruplar arasında bu cümleye verilen cevaplar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=7,635$; $p>0,05$).

“Bence sigara içmek faydalıdır-zararlıdır.” Cümlesine; düşük düzeyde bağımlı grupta 1 kişi (%1,6) faydalıdır, 8 kişi (%13,1) kararsızım, 8 kişi (%13,1) biraz zararlıdır, 44 kişi (%72,1) zararlıdır yanıtını; orta düzeyde bağımlı grupta 7 kişi (%6,3) faydalıdır, 7 kişi (%6,3) biraz faydalıdır, 13 kişi (%11,6)

kararsızım, 19 kişi (%17,0) biraz zararlıdır, 66 kişi (%58,9) zararlıdır yanıtını; yüksek düzeyde bağımlı grupta 1 kişi (%3,3) faydalıdır, 3 kişi (%10,0) biraz faydalıdır, 4 kişi (%13,3) kararsızım, 8 kişi (%26,7) biraz zararlıdır, 14 kişi (%46,7) zararlıdır yanıtını vermiştir.

“Bence sigara içmek keyiflidir-keyifsizdir.” Cümlesine; düşük düzeyde bağımlı grupta 23 kişi (%37,7) keyiflidir, 20 kişi (%32,8) biraz keyiflidir, 11 kişi (%18,0) kararsızım, 2 kişi (%3,3) biraz keyifsizdir, 5 kişi (%8,2) keyifsizdir yanıtını; orta düzeyde bağımlı grupta 44 kişi (%39,3) keyiflidir, 40 kişi (%35,7) biraz keyiflidir, 20 kişi (%17,9) kararsızım, 3 kişi (%2,7) biraz keyifsizdir, 5 kişi (%4,5) keyifsizdir yanıtını; yüksek düzeyde bağımlı grupta 13 kişi (%43,3) keyiflidir, 8 kişi (%26,7) biraz keyiflidir, 6 kişi (%20) kararsızım, 1 kişi (%3,3) biraz keyifsizdir, 2 kişi (%6,7) keyifsizdir yanıtını vermiştir. Gruplar arasında verilen cevaplar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=1,099$; $p>0,05$)

“Bence sigara kullanmak çekicidir-iticidir.” Cümlesine; düşük düzeyde bağımlı grupta 10 kişi (%16,4) çekicidir, 6 kişi (%9,8) biraz çekicidir, 19 (%31,1) kararsızım, 10 kişi (%16,4) biraz iticidir, 16 kişi (%26,2) iticidir yanıtını; orta düzeyde bağımlı grupta 17 kişi (%15,2) çekicidir, 20 kişi (%17,9) biraz çekicidir, 43 kişi (%38,4) kararsızım, 13 kişi (%11,6) biraz iticidir, 19 kişi (%17,0) iticidir yanıtını; yüksek düzeyde bağımlı grupta 8 kişi (%26,7) çekicidir, 8 kişi (%26,7) biraz çekicidir, 6 kişi (%20,0) kararsızım, 1 kişi (%3,3) biraz iticidir, 7 kişi (%23,3) iticidir yanıtını vermiştir. Gruplar arasında verilen cevaplar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=9,715$; $p=0,046$).

“Bence sigara içmek hoştur-nahoştur.” Cümlesine; düşük düzeyde bağımlı grupta 6 kişi (%9,8) hoştur, 9 kişi (%14,8) biraz hoştur, 25 kişi (%41,0) kararsızım, 9 kişi (%14,8) biraz nahoştur, 12 kişi (%19,7) nahoştur yanıtını; orta düzeyde bağımlı grupta 15 kişi (%13,4) hoştur, 22 kişi (%19,6) biraz hoştur, 35 kişi (%31,3) kararsızım, 21 kişi (%18,8) biraz nahoştur, 19 kişi (%17,0) nahoştur yanıtını; yüksek düzeyde bağımlı grupta 8 kişi (%26,7) hoştur, 6 kişi (%20,0) biraz hoştur, 8 kişi (%26,7) kararsızım, 2 kişi (%6,7) biraz nahoştur, 6 kişi (%20,0) nahoştur yanıtını vermiştir. Gruplar arasında

verilen cevaplar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=5,218$; $p>0,05$).

Çalışmaya katılan sigara içen bireylere yapılan fagerström skoru ile yaş arasında korelasyon olup olmadığı spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Fagerström skoru ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcılar sigara içen, içmeyen ve bırakmış olarak üç gruba ayrıldıktan sonra sigara hakkındaki görüşlerinin yüzdelerine bakıldığında;

1. Sigara kısırlık riskini artırır.

Sigara içen grupta; 139 kişi (%75,1) doğru, 21 kişi (%11,4) yanlış, 25 kişi (%13,5) fikrim yok yanıtını, sigarayı bırakmış grupta; 21 kişi (%87,5) doğru, 2 kişi (%8,3) yanlış, 1 kişi (%4,2) fikrim yok yanıtını, sigara içmeyen grupta; 83 kişi (%86,5) doğru, 4 kişi (%4,2) yanlış, 9 kişi (%9,4) fikrim yok yanıtını vermiştir.

2. Hafif (light) sigaralarda nikotin oranı normal sigaralara göre yaklaşık % 50 daha azdır.

Sigara içen grupta; 104 kişi (%56,2) doğru, 43 kişi (%23,2) yanlış, 38 kişi (%20,5) fikrim yok yanıtını, sigarayı bırakmış grupta; 12 kişi (%50) doğru, 6 kişi (%25,0) yanlış, 6 kişi (%25,0) fikrim yok yanıtını, sigara içmeyen grupta; 28 kişi (%29,2) doğru, 23 kişi (%24,0) yanlış, 45 kişi (%46,9) fikrim yok yanıtını vermiştir.

3. Mide ülseri sigaranın tetiklediği hastalıklardan birisidir.

Sigara içen grupta; 133 kişi (%71,8) doğru, 15 kişi (%8,1) yanlış, 37 kişi (%20,0) fikrim yok yanıtını, sigarayı bırakmış grupta; 22 kişi (%91,7) doğru, 1 kişi (%4,2) yanlış, 1 kişi (%4,2) fikrim yok yanıtını, sigara içmeyen grupta; 82 kişi (%85,4) doğru, 5 kişi (%5,2) yanlış, 9 kişi (%9,4) fikrim yok yanıtını vermiştir.

4. Tüm dünyada sigara kullananlar sigara kullanmayanlardan çok daha fazladır.

Sigara içen grupta; 75 kişi (%40,5) doğru, 68 kişi (%36,8) yanlış, 42 kişi (%22,7) fikrim yok yanıtını, sigarayı bırakmış grupta; 10 kişi (%41,7) doğru, 5 kişi (%20,8) yanlış, 9 kişi (%37,5) fikrim yok yanıtını, sigara içmeyen grupta; 24 kişi (%25,0) doğru, 38 kişi (%39,6) yanlış, 34 kişi (%35,4) fikrim yok yanıtını vermiştir.

5. Anne babaların çocuklarının yanında sigara içmeleri sakıncalıdır.

Sigara içen grupta; 178 kişi (%96,2) doğru, 6 kişi (%3,2) yanlış, 1 kişi (%0,5) fikrim yok yanıtını, sigarayı bırakmış grupta; 23 kişi (%95,8) doğru, 1 kişi (%4,2) yanlış yanıtını, sigara içmeyen grupta; 96 kişi (%100) doğru yanıtını vermiştir.

6. Saç dökülmesi probleminin sigara ile bir bağlantısı yoktur.

Sigara içen grupta; 73 kişi (%39,5) doğru, 57 kişi (%30,8) yanlış, 55 kişi (%29,7) fikrim yok yanıtını, sigarayı bırakmış grupta; 6 kişi (%25,0) doğru, 12 kişi (%50,0) yanlış, 6 kişi (%25,0) fikrim yok yanıtını, sigara içmeyen grupta; 13 kişi (%13,5) doğru, 49 kişi (%51,0) yanlış, 34 kişi (%35,4) fikrim yok yanıtını vermiştir.

7. Sigara kullanımı, dünyada meydana gelen ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır.

Sigara içen grupta; 102 kişi (%55,1) doğru, 62 kişi (%33,5) yanlış, 21 kişi (%11,4) fikrim yok yanıtını, sigarayı bırakmış grupta; 20 kişi (%83,3) doğru, 2 kişi (%8,3) yanlış, 2 kişi (%8,3) fikrim yok yanıtını, sigara içmeyen grupta; 73 kişi (%76,0) doğru, 11 kişi (%11,5) yanlış, 12 kişi (%12,5) fikrim yok yanıtını vermiştir.

8. Sigara içen anne babaların, çocuklarına sigaranın zararları konusunda bilgi vermelerine ihtiyaç yoktur.

Sigara içen grupta; 37 kişi (%20,0) doğru, 143 kişi (%77,3) yanlış, 5 kişi (%2,7) fikrim yok yanıtını, sigarayı bırakmış grupta; 4 kişi (%16,7) doğru, 19 kişi (%79,2) yanlış, 1 kişi (%4,2) fikrim yok yanıtını, sigara içmeyen grupta; 12 kişi (%12,5) doğru, 84 kişi (%87,5) yanlış yanıtını vermiştir.

9. Sigara kalp hastalıkları oluşması riskini artırır.

Sigara içen grupta; 170 kişi (%91,9) doğru, 8 kişi (%4,3) yanlış, 7 kişi (%3,8) fikrim yok yanıtını, sigarayı bırakmış grupta; 21 kişi (%87,5) doğru, 2 kişi (%8,3) yanlış, 1 kişi (%4,2) fikrim yok yanıtını, sigara içmeyen grupta; 91 kişi (%94,8) doğru, 5 kişi (%5,2) fikrim yok yanıtını vermiştir.

10. Sigaranın içinde bulunan zehirli maddelerden birisi de hidrojen siyanürdür.

Sigara içen grupta; 72 kişi (%38,9) doğru, 15 kişi (%8,1) yanlış, 98 kişi (%53,0) fikrim yok yanıtını, sigarayı bırakmış grupta; 10 kişi (%41,7) doğru, 3 kişi (%12,5) yanlış, 11 kişi (%45,8) fikrim yok yanıtını, sigara içmeyen grupta; 35 kişi (%36,5) doğru, 7 kişi (%7,3) yanlış, 54 kişi (%56,3) fikrim yok yanıtını vermiştir.

11. Anne babalar çocuklarının sigaranın zararlarını bizzat gözlemleyebilmeleri için onların görebileceği şekilde sigara içmelidirler.

Sigara içen grupta; 17 kişi (%9,2) doğru, 163 kişi (%88,1) yanlış, 5 kişi (%2,7) fikrim yok yanıtını, sigarayı bırakmış grupta; 2 kişi (%8,3) doğru, 21 kişi (%87,5) yanlış, 1 kişi (%4,2) fikrim yok yanıtını, sigara içmeyen grupta; 4 kişi (%4,2) doğru, 91 kişi (%94,8) yanlış, 1 kişi (%1,0) fikrim yok yanıtını vermiştir.

12. Sigara kullanımının sağlığı tahrip ettiğine dair herhangi bir bilimsel kanıt yoktur.

Sigara içen grupta; 16 kişi (%8,6) doğru, 150 kişi (%81,1) yanlış, 19 kişi (%10,3) fikrim yok yanıtını, sigarayı bırakmış grupta; 2 kişi (%8,3) doğru, 18 kişi (%75,0) yanlış, 4 kişi (%16,7) fikrim yok yanıtını, sigara içmeyen grupta;

2 kişi (%2,1) doğru, 91 kişi (%94,8) yanlış, 3 kişi (%3,1) fikrim yok yanıtını vermiştir.

13. Bence sigara kullanmak iyidir-kötüdür.

Sigara içen grubun cevaplarının puan ortalaması ve standart sapması $3,64\pm 1,336$, sigarayı bırakmış grubun cevaplarının puan ortalaması ve standart sapması $4,38\pm 1,056$, sigara içmeyen grubun cevaplarının puan ortalaması ve standart sapması $4,64\pm 0,809$ 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. ($H=47,067$; $p<0,001$)

14. Bence sigara içmek faydalıdır-zararlıdır.

Sigara içen grubun cevaplarının puan ortalaması ve standart sapması $4,22\pm 1,156$, sigarayı bırakmış grubun cevaplarının puan ortalaması ve standart sapması $4,67\pm 0,637$, sigara içmeyen grubun cevaplarının puan ortalaması ve standart sapması $4,82\pm 0,523$ 'dür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. ($H=25,723$; $p<0,001$)

15. Bence sigara içmek keyiflidir-keyifsizdir.

Sigara içen grubun cevaplarının puan ortalaması ve standart sapması $1,95\pm 1,100$, sigarayı bırakmış grubun cevaplarının puan ortalaması ve standart sapması $2,92\pm 1,100$, sigara içmeyen grubun cevaplarının puan ortalaması ve standart sapması $3,81\pm 1,402$ 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. ($H=97,397$; $p<0,001$)

16. Bence sigara içmek çekicidir-iticidir.

Sigara içen grubun cevaplarının puan ortalaması ve standart sapması $2,96\pm 1,357$, sigarayı bırakmış grubun cevaplarının puan ortalaması ve standart sapması $3,33\pm 1,239$, sigara içmeyen grubun cevaplarının puan ortalaması ve standart sapması $4,28\pm 1,053$ 'dür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. ($H=58,268$; $p<0,001$)

17. Bence sigara içmek hoştur-nahoştur.

Sigara içen grubun cevaplarının puan ortalaması ve standart sapması $2,96 \pm 1,276$, sigarayı bırakmış grubun cevaplarının puan ortalaması ve standart sapması $4,29 \pm 0,751$, sigara içmeyen grubun cevaplarının puan ortalaması ve standart sapması $4,49 \pm 0,906$ 'dır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. ($H=94,770$; $p<0,001$)



5.TARTIŞMA

Sigara kullanımı tüm dünyada ve ülkemizde önlenabilir hastalıkların ve ölümlerin en önde gelen nedenidir. Yüksek mortaliteye sahip olan kanser, kalp ve akciğer hastalıklarına neden olduğu iyi bilinmesine karşın sigara kullanımı hala önemli bir halk sağlığı sorunudur. Çalışmamızın hedefi tıp fakültesi öğrencilerinin aile bireylerinde ve sosyal çevresinde sigara kullanma durumunu; sigara kullanımının zararları hakkındaki bilgi düzeylerini araştırmaktır. Bir diğer hedefimiz ise sigara bağımlılık düzeylerini değerlendirmektir.

Çalışmamız Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan öğrencilerin aile bireylerinde ve sosyal çevresinde bulunan 305 kişiyle gerçekleştirilmiştir. 185 kişi (%60,7) sigara içtiğini söylemiştir. 96 kişi (%31,5) sigara içmediğini, 24 kişi (%7,9) sigarayı bıraktığını belirtmişti. Daha önce yapılan çalışmalara bakacak olursak, sigara içme durumunda bizim sonuçlarımıza benzer ve farklı oranlar görmekteyiz. 2007 yılında Keskinoglu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara içen bireylerin oranı %38,2 iken sigara kullanmayan bireylerin oranı %55,0 idi (159). Kiter ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptığı çalışmada sigara içen kişiler %33 oranında, sigara içmeyen kişiler %39 oranında idi (160). Kocabaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise erkeklerin %56,2'sinin, kadınların ise %26,6'sının sigara kullandığı belirtilmişti(161). 2010 yılında yapılan "Küresel Yetişkin Tütün Araştırması" verilerinde sigara kullanım oranı %31,2 olduğu tespit edilmişti. Erkeklerde sigara içme sıklığı %47,9 iken kadınlarda %15,2 idi (137). Uysal ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı "Bir Hastanenin Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigara İçme Durumları: Ankara Örneği" isimli çalışmasında sigara içme sıklığı %37,3; erkeklerde bu oran %60,6 iken kadınlarda %39,4 olarak tespit edilmişti(162). 2020 yılında Kutlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara içen kişiler %34,1 oranında, sigara içmeyen kişiler %51,6 oranında, sigarayı bırakan kişiler ise %14,3 oranında idi (163). 2019 yılında Yang ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise sigara içen bireylerin oranı %36,6 sigara içmeyen kişilerin oranı %33,9

sigarayı bırakan kişilerin oranı %29,5 olarak tespit edilmişti (164). Cinsiyetlere göre değerlendirildiğinde çalışmamızda erkeklerin %71,9'u sigara içerken, kadınlar da bu oran %46,3 olmuştur. Sigara içimi açısından erkek cinsiyet istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0,001$). Ülkemizde sigara kullanım sıklığı erkeklerde %44,1, kadınlarda ise göre %19,2 olarak ifade edilmektedir. Çalışmamızda sigara içme oranı ülke ortalamasının üstünde olduğu görülmektedir. Bu yüksek oranımızın sebebi öğrencilerimizin anketleri sosyal çevresinde sigara içen bireylere yönlendirmiş olabileceği düşünülebilir. Şengezer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erkeklerde sigara içme oranı %36,8 iken kadınlarda sigara içme oranı %22,6 idi(165). 2005 yılında Çan ve arkadaşlarının yaptığı "Doğu Karadeniz Bölgesi'nde Sigara İçme Prevelansı" isimli çalışmada erkeklerde sigara içme sıklığı %53,2 olarak, kadınlarda ise %20,4 olarak bulunmuştu. Kadınlar ile erkekler arasında sigara içiciliği açısından anlamlı fark vardı (166). Başer ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı çalışmada erkeklerde sigara içme sıklığı %50,3 iken kadınlar sigara içme sıklığı %12,1 bulunmuştu(167). Kiter ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptığı çalışmada erkeklerin sigara içme oranı %45,3 kadınların sigara içme oranı ise %12 idi. Erkek ve kadın cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (160). 2011 yılında Barış ve arkadaşları tarafından yapılan "Kocaeli'de Sigara İçme Sıklığı" isimli çalışmada sigara içme oranı %32,3 olarak bulunurken, olguların %21,5'inin sigarayı bırakmış olduğu tespit edilmişti. Erkeklerde sigara içme sıklığı %42,5 iken kadınlarda bu oran %21,8 idi(168). 2020 yılında Kutlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erkeklerin sigara içme oranı %42,3 kadınların sigara içme oranı %22,4 idi (163). Yurtdışındaki örnek çalışmalara bakacak olursak benzer ve farklı sonuçlar görmekteyiz. 2019 yılında Polonya'da yapılan çalışmada sigara içme oranı erkeklerde %25,8 kadınlarda ise %19,2 olarak tespit edilmişti (169). Liu ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılan çalışmada 18 yaşından büyük Çinli erkeklerde sigara içme oranı %54, sigarayı bırakmış olanların oranı ise %8,4 olarak bulunmuştu. Kadınlarda ise sigara içme oranı %2,6 olduğu görülmüştü. Erkeklerin kadınlara göre daha yüksek oranda sigara içtiği tespit edilmişti(170).

Katılımcılar sigara kullanımının kısırlık riskini artırdığı yönünde %79,7 oranında doğru cevabını vermişti. Sigaranın kısırlık yaptığı çalışmaya katılanların büyük bir çoğunluğu tarafından bilindiğini göstermekteydi. Kadınlarda bu oran %82,1 iken erkeklerde %77,8 idi. Cinsiyetler arasında sigaranın kısırlık riskini artırdığı cümlesine verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,292$).

Light sigaralarda nikotin oranı normal sigaralara göre %50 daha azdır cümlesini katılımcıların %47,2'si doğru olduğunu düşünmekteydi. Erkeklerde bu oran %55,6 iken kadınlarda %36,6 idi. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,0003$). Erkekler daha yüksek oranda doğru olduğunu düşünmüştü.

Katılımcılar mide ülserinin sigaranın tetiklediği hastalıklardan biri olduğu yönünde %77,7 oranında doğru cevabını vermişti. Erkekler ve kadınlarda doğru cevabını verme oranları benzerdi. Bu konuda yüksek oranda bilgi sahibi oldukları görülmekteydi.

Anne babaların çocuklarının yanında sigara içmeleri sakıncalıdır cümlesine %97,4 oranında doğru yanıtı verilmişti. Kadınların tamamı erkeklerin ise %95,3'ü çocuklarının yanında sigara içilmemesi gerektiğini düşünmekteydi. Katılımcıların sigara kullanımının çocuklarına kötü örnek olabileceğinin farkında oldukları görülmekteydi.

Sigara kullanımı ile saç dökülmesi sorununun bağlantısı olup olmadığını dair bir fikir birliği bulunmamaktaydı. Erkekler %39,2 oranında bağlantı olmadığı yönünde kadınlar ise %18,2 oranında bağlantısı olmadığı yönünde görüş belirtmişlerdi. Katılımcıların bu konuda tam olarak bilgisi bulunmadığı görülmekteydi.

Sigara kullanımı, dünyada meydana gelen ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır cümlesinin doğru olup olmadığına dair 195 kişi (%63,9) doğru olduğunu, 75 kişi (%24,6) yanlış olduğunu, 25 kişi (%11,5) fikrinin olmadığını belirtmişlerdi. Katılımcıların büyük bir kısmı sigaranın ölüm nedenlerinin

başında geldiği yönünde fikir belirtirken, azımsanmayacak ölçüde bir kısım ise ölüm nedeni olmadığını düşünmekteydi.

Katılımcılar sigara içen anne babaların, çocuklarına sigaranın zararları konusunda bilgi vermelerine ihtiyacı yoktur cümlesinin %80,7 oranında yanlış olduğunu düşünmekteydi. Kadınlar ve erkeklerde cümlenin yanlış olduğu yönünde oranlar benzerdi.

Katılımcılar “Sigara kalp hastalıkları oluşması riskini artırır.” Cümlesinin doğru olup olmadığına dair verdikleri cevaplara bakıldığında; 282 kişi (%92,5) doğru, 10 kişi (%3,3) yanlış, 13 kişi (%4,3) fikrim yok yanıtını vermişti. Çalışmaya katılan erkeklerin %91,8’i doğru, kadınların ise %93,3’ü doğru şeklinde değerlendirmişti. Katılımcılar arasında cinsiyete göre bu cümlenin cevaplanması yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Katılımcıların çok büyük bir kısmının sigaranın kalp hastalığı oluşma riskini artırdığı konusunda bilgi sahibi olduğu görülmekteydi.

“Sigaranın içinde bulunan zehirli maddelerden birisi de hidrojen siyanürdür.” Cümlesine verilen yanıtlar değerlendirildiğinde; en çok 163 kişi (%53,4) fikrim yok yanıtını vermişti. 117 kişi (%38,4) doğru, 25 kişi (%8,2) yanlış yanıtını seçmiştir. Erkeklerin %38,6’sı doğru, %8,8’i yanlış, %52,6’sı ise fikrim yok şeklinde; kadınların ise %38,1’i doğru, %7,5’i yanlış, %54,5’i fikrim yok şeklinde yanıt vermişti. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde bu cümlenin doğru olup olmadığı ile ilgili düşünceleri yönünden aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Katılımcıların bu konu hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığı görülmekteydi.

Çalışmaya katılan kişilere yönlendirilen “Anne babalar çocuklarının sigaranın zararlarını bizzat gözlemleyebilmeleri için onların görebileceği şekilde sigara içmelidirler.” Cümlesine ise; 275 kişi (%90,2) yanlış, 23 kişi (%7,5) doğru, 7 kişi (%2,3) fikrim yok şeklinde yanıt vermişti. Erkeklerin %88,9’u yanlış, kadınların %91,8’i yanlış seçeneğini seçmişti. Sigara kullanımının çocuklar için kötü örnek olabileceğinin farkında oldukları anlaşıldı.

“Sigara kullanımının sağlığı tahrip ettiğine dair herhangi bir bilimsel kanıt yoktur.” Cümlesine verilen yanıtlar incelendiğinde; 259 kişi (%84,9) yanlış, 20 kişi (%6,6) doğru, 26 kişi (%8,5) fikrim yok seçeneğini işaretlemişti. Çalışmaya katılan erkeklerin %82,5’i yanlış derken, kadınların %88,1’i yanlış demişti. Cinsiyete göre verilen yanıtların arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Katılımcılar sigara kullanmanın iyi veya kötü olduğuna dair soruya ise; %5,2 iyidir, %10,5 biraz iyidir, %15,4 kararsızım, %15,4 biraz kötüdür, %53,4 kötüdür yanıtını vermişti. Cinsiyetlere göre bakıldığında; erkeklerin %6,4’ü iyidir, %11,1’i biraz iyidir, %15,8’i kararsızım, %20,5’i biraz kötüdür, %46,2’si kötüdür şeklinde cevaplamıştır. Kadınların ise %3,7’si iyidir, %9,7’si biraz iyidir, %14,9’u kararsızım, %9’u biraz kötüdür, %62,7’si kötüdür yanıtını işaretlemişti. Erkeklerin verdikleri cevapların puan ortalaması $3,89\pm 1,281$, kadınların verdikleri cevapların puan ortalaması $4,17\pm 1,217$ ’dir. Erkekler ile kadınların bu cümleye verdiği yanıtlar karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($U=9810$; $p=0,019$). Erkekler kadınlara göre sigara içmenin daha iyi olduğunu düşünmekteydi.

Sigara içmenin faydalı veya zararlı olduğuna dair soruya ise %3,0 faydalıdır, %3,3 biraz faydalıdır, %10,2 kararsızım, %13,4 biraz zararlıdır, %70,2 zararlıdır cevaplarını verilişti. Katılımcıların büyük çoğunluğu sigaranın zararlı olduğu konusunda bilgi sahibiydi. Erkeklerin verdikleri cevapların puan ortalaması $4,35\pm 1,059$, kadınların verdikleri cevapların puan ortalaması $4,57\pm 0,913$ ’dür. Kadınlar ile erkekler arasında sigara içmenin faydalı veya zararlı olduğuyla ilgili verilen cevaplar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($U=9984$; $p=0,017$). Erkekler kadınlara göre sigara içmenin daha faydalı olduğunu düşünmekteydi.

Sigara içmenin keyifli veya keyifsiz olduğuna dair soruya ise %29,5 keyiflidir, %25,9 biraz keyiflidir, %18,7 kararsızım, %5,6 biraz keyifsizdir, %20,3 keyifsizdir yanıtını vermişti. Erkeklerin %32,2’si keyiflidir, %32,2’si biraz keyiflidir, %19,3’ü kararsızım, %5,3’ü biraz keyifsizdir, %11,1’i keyifsizdir; kadınların ise %26,1’i keyiflidir, %17,9’u biraz keyiflidir, %17,9’u kararsızım,

%6,0'ı biraz keyifsizdir, %32,1'i keyifsizdir şeklinde cevaplamıştı. Erkeklerin verdikleri cevapların puan ortalaması $2,31 \pm 1,280$, kadınların verdikleri cevapların puan ortalaması $3,0 \pm 1,608$ 'dir. Cinsiyete göre ayrıldığında kadınlar ile erkeklerin sigara içmenin keyifli yada keyifsiz olduğu ile ilgili düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($U=8811$; $p=0,001$). Erkekler kadınlara göre sigara içmenin daha keyifli olduğunu düşünmekteydi.

“Bence sigara içmek çekicidir-iticidir.” Cümlesine katılımcılar %12,5 çekicidir, %13,4 biraz çekicidir, %28,9 kararsızım, %11,5 biraz iticidir, %33,8 iticidir yanıtlarını vermişti. Erkeklerin %14,0'ı çekicidir, %18,1'i biraz çekicidir, %32,2'si kararsızım, %11,7'si biraz iticidir, %24'ü iticidir; kadınların ise %10,4'ü çekicidir, %7,5'i biraz çekicidir, %24,6'sı kararsızım, %11,2'si biraz iticidir, %46,3'ü iticidir şeklinde görüşlerini belirtmişlerdi. Erkeklerin verdikleri cevapların puan ortalaması $3,13 \pm 1,346$, kadınların verdikleri cevapların puan ortalaması $3,75 \pm 1,379$ 'dur. Kadınlarla erkeklerin sigara içmenin çekici yada itici olduğu ile ilgili düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($U=8497$; $p=0,001$). Erkekler kadınlara göre sigara içmenin daha çekici olduğunu düşünmekteydi.

Sigara içmenin hoş veya nahoş olduğu yönündeki soruya ise %10,2 hoştur, %12,1 biraz hoştur, %26,6 kararsızım, %15,4 biraz nahoştur, %35,7 nahoştur yanıtlarını vermişti. Erkeklerin %9,9'u hoştur, %15,2'si biraz hoştur, %30,4'ü kararsızım, %17,5'i biraz nahoştur, %26,9'u nahoştur; kadınların ise %10,4'ü hoştur, %8,2'si biraz hoştur, %21,6'sı kararsızım, %12,7'si biraz nahoştur, %63'ü nahoştur şeklinde görüşlerini belirtmişti. Erkeklerin verdikleri cevapların puan ortalaması $3,36 \pm 1,296$, kadınların verdikleri cevapların puan ortalaması $3,78 \pm 1,385$ 'dir. Kadınlar ile erkeklerin sigara içmenin hoş ya da nahoş olduğu ile ilgili düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($U=9270$; $p=0,003$). Kadınlar erkeklere göre sigara içmenin daha nahoş olduğunu düşünmekteydi.

Çalışmamıza katılan sigara içen kişiler FNBT skoruna göre %30'u düşük düzeyde, %55,2'si orta düzeyde, %14,8'i yüksek düzeyde bağımlı olarak

değerlendirildi. Erkeklerin %22,5'i düşük düzeyde, %58,7'si orta düzeyde, %18,8'i yüksek düzeyde bağımlı olduğu anlaşılırken; kadınlarda bu oranlar %46,2 düşük düzeyde, %47,7 orta düzeyde, %6,2 yüksek düzeyde bağımlı olduğu belirlenmiştir. Cinsiyetler arasında FNBT sonuçlarına göre birbirleriyle kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,001$). Kadınlar erkeklere göre daha fazla oranda düşük düzeyde bağımlıydı. Yurtiçi ve yurtdışı literatür incelendiğinde çalışmamızın sonuçlarıyla benzer ve farklı neticeler görmekteyiz. Yurtiçinde yapılan çalışmaları incelediğimizde; Uysal ve ark. Tarafından yapılan 2018 yılında yapılan çalışmada, Erkeklerde sigara kullanımı daha sık olduğu görülmekteydi. FNBT skoru 3,62 idi. FNBT düzeyleri: %25'i düşük düzeyde , %36,4'ü orta düzeyde, %37,8 'i yüksek düzeyde bağımlıydı. Erkeklerde bu oran %40 düşük, %27,5 orta, %32,5 yüksek düzeyde; kadınlarda ise %30,8 düşük, %46,2 orta, %23,0 yüksek düzeyde bağımlıydı. Cinsiyetler arasında ilişki yoktu. %17,5i 10dan az sigara, %14,1'i 20 adet, %2,3 'ü 21-30 adet, %4'ü 31 adet ve fazla sigara kullanmaktaydı (162). 2014 yılında Çelepkolu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada Sigara tüketim miktarları erkeklerde 32,18+-21,64 p/y , kadınlarda 22,55+-16,29 p/y idi. Cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Bağımlılık düzeyleri : %22,5 düşük, %17,6 orta, %59,9 yüksek düzeyde. Erkeklerde %21,3 düşük , %17,6 orta, %61,1 yüksek düzeyde; kadınlarda %26,5 düşük, %17,6 orta , %55,8 yüksek düzeyde bağımlıydı (171). 2017 yılında Velioğlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi skor dağılımına bakıldığında, 196 (%9,2) kişinin çok düşük, 475 (%22,4) kişinin düşük, 347 (%16,4) kişinin orta, 663 (%31,3) kişinin yüksek, 438 (%20,7) kişinin çok yüksek çıkmıştır(172) . Kutlu ve arkadaşları tarafında 2020 yılında yapılan çalışmada; sigara içenlerin FNBT puanı ortalaması 3,2±2,9 puan olarak bulundu, alınan puanların %68,5'i düşük, %8,7'si orta ve %22,8'i çok yüksek idi(163). Karadağ ve arkadaşları tarafında 2011 yılında yapılan çalışmada FNBT skorlarına göre erkeklerde %4,74 düşük , %31 orta , %64,26 yüksek düzeyde; kadınlarda %5,65 düşük, %31,51 orta , %62,48 yüksek düzeyde bağımlıydı (173). Kanık ve arkadaşları tarafından 2020 yılında "İzmir'de sigarayı bırakma

polikliniklerine başvuran sigara ve diğer tütün kullanım özellikleri ve nikotin bağımlılık durumları” isimli çalışmalarında Fagerström testi ile nikotin bağımlılığı değerlendirilmiş olup, (%14.3) düşük derece, (%38.6) orta derece ve (%47.1) ileri derece nikotin bağımlılığına sahip bulundu. Erkeklerde %15,6 düşük, %37,7 orta, %46,6 yüksek düzeyde; kadınlarda %12,5 düşük, %39,8 orta, %47,7 yüksek düzeyde bağımlı olarak bulunmuştu (174). Önsüz ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılan çalışmada Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi’ne göre katılımcıların %48.0’i düşük derece, %38.2’si orta derece ve %13.7’si yüksek derece bağımlı olarak tespit edildi. Erkeklerde yüksek derece bağımlı olma %16.2, %41,9 orta düzey, %41,9 düşük düzeyde; kadınlardan %10.0 yüksek düzeyde, %32,5 orta düzeyde, %57.5 düşük düzeyde bağımlıydı. Bağımlılık derecesi açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0.293$)(175). Şahin ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptığı “Sigara bırakma merkezlerine başvuran hastalarda nikotin bağımlılığına yaklaşım ve etkileyen faktörler” isimli çalışmasında katılımcıların %4,8’i düşük düzeyde, %4,8’i orta düzeyde, %90,4’ü ise yüksek düzeyde bağımlı olduğu görülmüştür(176). Taşpınar ve ark tarafından 2020 yılında yapılan çalışmada katılımcıların %25,4’ü düşük düzeyde, %18,18’i orta düzeyde, %32,29’u ise yüksek düzeyde bağımlıydı(177). Koç ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı çalışmada bireylerin %33,8’i düşük düzeyde, %14,6’sı orta düzeyde, %51,4’ü yüksek düzeyde bağımlı olduğu görülmekteydi(178). 2016 yılında Dikbaş ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; katılımcıların %37,1’i düşük düzeyde, %10,9’u orta düzeyde, %52’si yüksek düzeyde bağımlı olduğu belirtilmiştir(179). 2014 yılında Yılmazel ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya göre %29,0’ı düşük düzeyde, %3,9 orta düzeyde, %67,1’i yüksek düzeyde bağımlı olduğu belirtilmiştir(180). Yurtdışında yapılan çalışmaları incelediğimizde; 2018 yılında Saha ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya göre katılımcıların; %46,87 yüksek düzeyde, %28,91 orta düzeyde, %24,22 düşük düzeyde bağımlıydı(181). Sugavanesh ve Pushpanjali tarafından 2018 yılında yapılan çalışmada katılımcıların; %39,1’i düşük düzeyde bağımlı, %12,4’ü orta düzeyde bağımlı, %48,5’i yüksek düzeyde bağımlı olduğu görülmüştür(182).

Inoue ve arkadaşları tarafından 2016 yapılan çalışmada FNBT skorlarına göre; %29,4 düşük düzeyde, %19,0 orta düzeyde, %51,6 yüksek düzeyde bağımlıydı(183). Granda-Orive ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılan çalışmada FNBT skoruna göre %0,6 düşük düzeyde, %39,7 orta düzeyde, %59,6 yüksek düzeyde bağımlı olduğu görülmekteydi(184). Iliceto ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılan çalışmada FNBT skoruna göre erkeklerin %28,9'u düşük düzeyde, %15,6'sı orta düzeyde, %55,5'i yüksek düzeyde bağımlıydı. Kadınların ise %32,1'i düşük düzeyde, %14,8'i orta düzeyde, %53,1'i yüksek düzeyde bağımlı olduğu ifade edilmişti(185).

Çalışmamızda ortalama sigara kullanım süresi $11,18 \pm 10,87$ yıldır. Erkekler ortalama $11,22 \pm 11,27$ yıl sigara kullanmış iken , kadınlar ortalama $11,09 \pm 10,06$ yıl sigara kullanmıştır. Kadınlar ile erkekler arasında sigara kullanma süreleri açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$).

Çalışmamızda sigara içen kişilere uygulanan Fagerström testi total puan ortalaması standart sapması $4,37 \pm 2,82$ olarak saptanmıştı. Literatürde çalışmamızın sonuçlarına benzer ve farklı sonuçlar görmekteyiz. Bazı çalışmalarda FNBT ortalaması çalışmamıza göre daha yüksek iken bazı çalışmalarda yakın rakamlarda idi. 2017 yılında Esen ve ark. Tarafından yapılan çalışmada katılımcıların Fagerström puanları ortalaması $6,57 \pm 2,27$ olduğu belirtilmiştir(186). Wang ve arkadaşları tarafından 2016 yılında Hong Kong'da yapılan çalışmada Nikotin Bağımlılığı için Fagerstrom Testi ortalaması 5,29 idi(187). Izzadpanah ve arkadaşları tarafından 2020 yılında yapılan çalışmada FNBT ortalaması $4,54 \pm 2,17$ olduğu görülmüştür(188). Quintiliani ve arkadaşları tarafından 2020 yılında yapılan çalışmada FNBT ortalaması $3,8 \pm 2,6$ idi(189). Higgins ve arkadaşları tarafından 2020 yılında yapılan araştırmada katılımcıların FNBT ortalaması $5,55 \pm 2,37$ olduğu görülmekteydi(190). 2018 yılında Hobkirk ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada FNBT ortalaması $4,32 \pm 2,29$ idi(191). Hatsukami ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılan çalışmada FNBT ortalaması $5,1 \pm 2,0$ idi (192). Salah ve arkadaşları tarafından 2020 yılında yapılan çalışmada FNBT

ortalaması $5,3 \pm 2,1$ olduğu belirtilmişti(193). Akbar ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılan çalışmada katılımcıların FNBT ortalaması 3,8 idi(194). Stevenson ve arkadaşları tarafından 2017 yılında yapılan çalışmada katılımcıların FNBT ortalaması $4,0 \pm 2,3$ idi(195). 2016 yılında Yingying ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada katılımcıların FNBT ortalaması 5.29 ± 2.32 idi. Erkeklerde FNBT ortalaması 5,35 iken kadınlarda 5,18 idi. Erkekler ile kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Erkekler kadınlara göre daha yüksek düzeyde bağımlıydı. Günde içilen sigara miktarı ile FNBT bağımlılık düzeyi arasında korelasyon mevcut olduğu görülmekteydi(196). Kmetova ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada katılımcıların FNBT ortalaması $5,5 \pm 2,4$ olduğu belirtilmişti(197). Chen ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılan çalışmada katılımcıların ortalama FNBT skoru 4,4 idi(198).

Cinsiyetler arasında fagerström testi skoru farklılık olup olmadığı değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı fark vardı($p < 0,001$). Erkeklerin fagerström testi skor ortalaması ve ortancası kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştu. Erkeklerin ortalaması $4,91 \pm 2,783$; ortanca değeri 5,0; kadınların ortalaması ise $3,22 \pm 2,553$; ortanca değeri 3,0 olarak bulunmuştu.

Çalışmaya katılan sigara içen ya da daha önce sigara içmiş şuan bırakmış olan katılımcıların paket/yıl ortalaması ve standart sapması $11,46 \pm 13,44$ olarak tespit edildi. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde; erkeklerin ortalaması ve standart sapması $12,25 \pm 14,46$; ortanca min maks değeri 6 (0,5-80); kadınların ise ortalaması ve standart sapması $9,79 \pm 10,9$; ortanca min maks değeri 6 (0,5-58) olduğu görülmekteydi. Erkekler ile kadınlar sigara kullanma paket/yıl ortalamaları açısından kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$). 2007 yılında Başer ve ark. Tarafından yapılan çalışmada erkeklerde ortalama 32.9 ± 23.1 paket/yıl, kadınlarda 13.1 ± 13.8 paket/yıl idi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi. ($p = 0.0001$) (167). 2019 yılında Purani ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada sigara içen katılımcıların paket/yıl ortalaması 13.1 ± 0.9 idi(199).

Katılımcılar FNBT sonucunda bağımlılık düzeylerine göre gruplandırılıp sigara kullanma paket/yıl ortalamaları açısından kıyaslandığında; düşük düzeyde bağımlı olan grupta ortalama $4,61 \pm 5,11$; ortanca min maks 2,5 (0,5-20) olduğu bulunmuştur. Orta düzey bağımlı grupta ortalama $12,06 \pm 12,02$; ortanca min maks 7,25 (1-60). Yüksek düzeyde bağımlı grupta ortalama $23,18 \pm 20,23$; ortanca min maks değeri ise 15 (2-80) bulunmuştu.

Çalışmaya katılan sigara içen ya da daha önce sigara içmiş şuan bırakmış olan katılımcılar FNBT sonuçlarına göre düşük, orta ve yüksek düzeyde bağımlılık gruplarına ayrılıp daha sonra bu gruplar içtikleri sigara paket yılı açısından birbirleriyle kıyaslandığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p < 0,001$)

Çalışmaya katılan sigara içen ya da daha önce sigara içmiş şu an bırakmış olan katılımcıların FNBT skoru ile yaşları arasında bir ilişki olup olmadığı açısından yapılan analiz sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştı ($p > 0,05$).

Fagerström testi skoru ile sigara kullanım paket yılı arasında anlamlı bir ilişki/korelasyon olup olmadığı normal dağılıma uymadığı için spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. Fagerström testi skoru ile kullanılan sigara paket yılı arasında pozitif yönde (biri artış gösterirken diğeri de artış göstermekte) orta düzeyde ($r = 0,459$) ve çok anlamlı bir ilişki vardı ($p < 0,001$).

Katılımcıların FNBT verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde; İlk sigarasını sabah uandıktan sonra ne zaman içersiniz sorusuna %19,7 bir saatten fazla, %29,6 oranında 31-60 dakika içinde, %28,1 oranında 6-30 dakika içinde, %22,7 ilk 5 dakika içinde yanıtını vermişti. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde bu yasağa uymakta zorlandığını belirten kişilerin oranı %39,9 olmuştu. Katılımcıların %37,9'u sabah içtiği ilk sigaradan vazgeçemeyeceğini belirtti. Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içenlerin oranı %43,8 olmuştu. Günün büyük bölümünü yatakta geçirmesine neden olacak kadar hasta olsa bile sigara içen kişilerin oranı ise %46,8 idi. Günde 10 adet ve daha az sigara içenler %30,5

oranında, 11-20 adet sigara içenler %43,8 oranında, 21-30 adet sigara içenler %17,3 oranında, 31 adet ve daha fazla sigara içenler %9,4 oranında olduğu görülmektedir. Erkekler ile kadınlar arasında vazgeçemeyecekleri sigara, günde içilen sigara, sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde içilen sigara, hasta olsa dahi sigara içme konularında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Erkeklerin kadınlara göre günde daha fazla miktarda sigara içtiği, hasta olsa dahi sigara içtiği, günün ilk saatlerinde daha fazla sigara içtiği ve sabahki ilk sigaradan vazgeçemediği görülmektedir.

Dawkins ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılan çalışmada katılımcılara yapılan FNBT'ne verilen cevapları incelediğimizde; %55,1 'i sabah uyandıktan sonra ilk 5 dakika içinde sigara içtiğini, %23,7'si 6-30 dakika içinde sigara içtiğini, %12,7'si 31-60 dakika içinde sigara içtiğini, %8,5'i 60 dakika sonra sigara içtiğini belirtmekteydi. Katılımcıların %34,3'ü sigara içmenin yasak olduğu yerlerde durmakta zorlandığını, %65,7'si ise herhangi bir zorluk duymadığını ifade etmişti. Vazgeçilmesi en zor sigara sorusuna ise %79,5'i sabahki ilk sigara olduğu belirtmişti. Katılımcıların %46,6'sı hasta olsa dahi sigara içtiğini, %54,8'i ise sabahın ilk saatlerinde günün geri kalan saatlerine göre daha çok sigara içtiğini ifade etmekteydi(200).

Falomir-Pichastor ve arkadaşları tarafından 2020 yılında yapılan çalışmada katılımcılara yapılan FNBT'ne verilen cevapları incelediğimizde; %24,1'i sabah uyandıktan sonra ilk 5 dakika içinde sigara içtiğini, %42,4'ü 6-30 dakika içinde sigara içtiğini, %18,4'ü 31-60 dakika içinde sigara içtiğini, %14,8'i 60 dakika sonra sigara içtiğini belirtmekteydi. Katılımcıların %20,2'si sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmekten kaçınmakta zorlandığını, %59,1 sabahki ilk sigaradan vazgeçemeyeceğini ifade etmişti. Katılımcıların %5'i 31 adetten daha fazla, %19,4'ü 21-30 adet, %58,9'u 11-20 adet, %16,7'si <10 adet sigara içtiğini söylemişti. Günün büyük bir kısmını yatakta geçirecek kadar hasta olduğu halde sigara kullandığını ifade eden katılımcı oranı ise %49 olduğu görülmektedir(201).

Richardson ve Ratner tarafından 2005 yılında yapılan çalışmada katılımcılara yapılan FNBT'ne göre verilen cevaplar değerlendirildiğinde; katılımcıların %26,4'ü sabah uyandıktan sonra ilk 5 dakika içinde sigara içtiğini, %33,3'ü 6-30 dakika içinde sigara içtiğini, %12,6'sı 31-60 içinde sigara içtiğini, %27,7'si 60 dakikadan sonra sigara içtiğini belirtmiştir. En çok sabahki ilk sigaradan vazçemeyeceğini ifade eden katılımcıların oranı %52,8 idi. Sabahın ilk saatlerinde günün geri kalan saatlerine göre daha fazla sigara içtiğini belirten katılımcıların oranı %45,9 idi. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmekten uzak durmakta zorlandığını belirten kişilerin oranı %11,3 idi. Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta olduğu halde sigara içen kişilerin oranı %20,8 idi. Katılımcıların %2,2'si günde 31 adet ve daha fazla, %7,4'ü 21-30 adet, %35,9'u 11-20 adet, %54,5'i <10 adet sigara içtiğini ifade etmekteydi(202).

FNBT skoruna göre düşük, orta ve yüksek bağımlılık düzeyi olarak gruplandırılıp anketlere verilen cevaplar karşılaştırıldı. Düşük düzeyde bağımlı olan grupta "Sigara kısırlık riskini artırır." Cümlesine %75,4 oranında doğru, %6,6 oranında yanlış, %18,0 oranında fikrim yok yanıtını vermişti. "Hafif (light) sigaralarda nikotin oranı normal sigaralara göre yaklaşık %50 daha azdır." Cümlesine %50,8 oranında doğru, %24,6 oranında yanlış, %24,6 oranın fikrim yok yanıtını vermişti. "Mide ülseri sigaranın tetiklediği hastalıklardan birisidir." Cümlesine %77,0 oranında doğru, %4,9 oranında yanlış, %18,0 oranında fikrim yok yanıtını vermişti. "Tüm dünyada sigara kullananlar sigara kullanmayanlardan çok daha fazladır." Cümlesine %44,3 oranında doğru, %31,1 oranında yanlış, %24,6 oranında fikrim yok yanıtını vermişti. "Anne babaların çocuklarının yanında sigara içmeleri sakıncalıdır." Cümlesine %100 oranında doğru yanıtını vermiştir. "Saç dökülmesi probleminin sigara ile bir bağlantısı yoktur." Cümlesine %26,2 oranında doğru, %41,0 oranında yanlış, %32,8 oranında fikrim yok yanıtını vermişti. "Sigara kullanımı, dünyada meydana gelen ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır." Cümlesine %62,7 oranında doğru, %21,3 oranında yanlış, %11,5 oranında fikrim yok yanıtını vermişti. "Sigara içen anne babaların, çocuklarına sigaranın zararları konusunda bilgi vermelerine ihtiyaç yoktur."

Cümlesine %18,0 oranında doğru, %82,0 oranında yanlış yanıtını vermişti. “Sigara kalp hastalıkları oluşması riskini artırır.” Cümlesine %95,1 oranında doğru, %1,6 oranında yanlış, %3,3 oranında fikrim yok yanıtını vermişti. “Sigaranın içinde bulunan zehirli maddelerden birisi de hidrojen siyanürdür.” Cümlesine %45,9 oranında doğru, %8,2 oranında yanlış, %45,9 oranında fikrim yok yanıtını vermişti. “Anne babalar çocuklarının sigaranın zararlarını bizzat gözlemleyebilmeleri için onların görebileceği şekilde sigara içmelidir.” Cümlesine %6,6 oranında doğru, %90,2 oranında yanlış, %3,3 oranında fikrim yok yanıtını vermişti. “Sigara kullanımının sağlığı tahrip ettiğine dair herhangi bir bilimsel kanıt yoktur.” Cümlesine %4,9 oranında doğru, %91,8 oranında yanlış, %3,3 oranında fikrim yok yanıtını vermişti. “Bence sigara kullanmak iyidir-kötüdür.” Cümlesine %3,3 oranında iyidir, %13,1 oranında biraz iyidir, %21,3 oranında kararsızım, %14,8 oranında biraz kötüdür %47,5 oranında kötüdür cevaplarını vermişti. “Bence sigara içmek faydalıdır-zararlıdır.” Cümlesine %1,6 oranında faydalıdır, %13,1 oranında kararsızım, 13,1 oranında biraz zararlıdır, %72,1 oranında zararlıdır yanıtını vermişti. “Bence sigara içmek keyiflidir-keyifsizdir.” Cümlesine %37,7 oranında keyiflidir, %32,8 oranında biraz keyiflidir, %18,0 oranında kararsızım, %3,3 biraz keyifsizdir, %8,2 oranında keyifsizdir yanıtını vermişti. “Bence sigara kullanmak çekicidir-iticidir.” Cümlesine %16,4 oranında çekicidir, %9,8 oranında biraz çekicidir, 31,1 oranında kararsızım, %16,4 oranında biraz iticidir, %26,2 oranında iticidir yanıtını vermişti. “Bence sigara içmek hoştur-nahoştur.” Cümlesine %9,8 oranında hoştur, %14,8 oranında biraz hoştur, %41,0 oranında kararsızım, %14,8 oranında biraz nahoştur, %19,7 oranında nahoştur yanıtını vermişti.

FNBT skoruna göre orta düzeyde bağımlı grupta; “Sigara kısırlık riskini artırır.” Cümlesine %80,4 doğru, %10,7 yanlış, %8,9 fikrim yok yanıtını vermişti. “Hafif (light) sigaralarda nikotin oranı normal sigaralara göre yaklaşık %50 daha azdır.” Cümlesine %57,1 doğru, %22,3 yanlış, %20,5 fikrim yok yanıtını vermişti. “Mide ülseri sigaranın tetiklediği hastalıklardan birisidir.” Cümlesine %75,9 doğru, %6,3 yanlış, %17,9 fikrim yok yanıtını vermişti. “Tüm dünyada sigara kullananlar sigara kullanmayanlardan çok

daha fazladır.” Cümlesine %35,7 doğru, %38,4 yanlış, %25,9 fikrim yok yanıtını vermişti. “Anne babaların çocuklarının yanında sigara içmeleri sakıncalıdır.” Cümlesine %96,4 doğru, %2,7 yanlış, %0,9 fikrim yok yanıtını vermişti. “Saç dökülmesi probleminin sigara ile bir bağlantısı yoktur.” Cümlesine %40,2 doğru, %31,3 yanlış, %28,6 fikrim yok yanıtını vermişti. “Sigara kullanımı, dünyada meydana gelen ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır.” Cümlesine %54,5 doğru, %33,9 yanlış, %11,6 fikrim yok yanıtını vermişti. “Sigara içen anne babaların, çocuklarına sigaranın zararları konusunda bilgi vermelerine ihtiyaç yoktur.” Cümlesine %16,1 doğru, %79,5 yanlış, %4,5 fikrim yok yanıtını vermişti. “Sigara kalp hastalıkları oluşması riskini artırır.” Cümlesine %91,1 doğru, %6,3 yanlış, %2,7 fikrim yok yanıtını vermişti. “Sigaranın içinde bulunan zehirli maddelerden birisi de hidrojen siyanürdür.” Cümlesine %34,8 doğru, %10,7 yanlış, %54,5 fikrim yok yanıtını vermişti. “Anne babalar çocuklarının sigaranın zararlarını bizzat gözlemleyebilmeleri için onların görebileceği şekilde sigara içmelidirler.” Cümlesine %10,7 doğru, %85,7 yanlış, %3,6 fikrim yok yanıtını vermişti. “Sigara kullanımının sağlığı tahrip ettiğine dair herhangi bir bilimsel kanıt yoktur.” Cümlesine %6,3 doğru, %78,6 yanlış, %15,2 fikrim yok yanıtını vermişti. “Bence sigara kullanmak iyidir-kötüdür.” Cümlesine %8,0 iyidir, %13,4 biraz iyidir, %15,2 kararsızım, %23,2 biraz kötüdür, %40,2 kötüdür yanıtını vermişti. “Bence sigara içmek faydalıdır-zararlıdır.” Cümlesine %6,3 faydalıdır, %6,3 biraz faydalıdır, %11,6 kararsızım, %17,0 biraz zararlıdır, %58,9 zararlıdır yanıtını vermişti. “Bence sigara içmek keyiflidir-keyifsizdir.” Cümlesine %39,3 keyiflidir, %35,7 biraz keyiflidir, %17,9 kararsızım, %2,7 biraz keyifsizdir, %4,5 keyifsizdir yanıtını vermişti. “Bence sigara kullanmak çekicidir-iticidir.” Cümlesine %15,2 çekicidir, %17,9 biraz çekicidir, %38,4 kararsızım, %11,6 biraz iticidir, %17,0 iticidir yanıtını vermişti. “Bence sigara içmek hoştur-nahoştur.” Cümlesine %13,4 hoştur, %19,6 biraz hoştur, %31,3 kararsızım, %18,8 biraz nahoştur, %17,0 nahoştur yanıtını vermişti.

FNBT skoruna göre yüksek düzeyde bağımlı grupta; “Sigara kısırlık riskini artırır.” Cümlesine %63,3 doğru, %20 yanlış, %16,7 fikrim yok yanıtını vermişti. “Hafif (light) sigaralarda nikotin oranı normal sigaralara göre

yaklaşık %50 daha azdır.” Cümlesine %60 doğru, %23,3 yanlış, %16,7 fikrim yok yanıtını vermişti. “Mide ülseri sigaranın tetiklediği hastalıklardan birisidir.” Cümlesine %56,7 doğru, %20,0 yanlış, %23,3 fikrim yok yanıtını vermişti. “Tüm dünyada sigara kullananlar sigara kullanmayanlardan çok daha fazladır.” Cümlesine %60,0 doğru, %30,0 yanlış, %10,0 fikrim yok yanıtını vermişti. “Anne babaların çocuklarının yanında sigara içmeleri sakıncalıdır.” Cümlesine %86,7 doğru, %13,3 yanlış yanıtını vermişti. “Saç dökülmesi probleminin sigara ile bir bağlantısı yoktur.” Cümlesine %53,3 doğru, %16,7 yanlış, %30,0 fikrim yok yanıtını vermişti. “Sigara kullanımı, dünyada meydana gelen ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır.” Cümlesine %56,7 doğru, %40,0 yanlış, %3,3 fikrim yok yanıtını vermişti. “Sigara içen anne babaların, çocuklarına sigaranın zararları konusunda bilgi vermelerine ihtiyaç yoktur.” Cümlesine %36,7 doğru, %60,0 yanlış, %3,3 fikrim yok yanıtını vermişti. “Sigara kalp hastalıkları oluşması riskini artırır.” Cümlesine %83,3 doğru, %6,7 yanlış, %10,0 fikrim yok yanıtını vermişti. “Sigaranın içinde bulunan zehirli maddelerden birisi de hidrojen siyanürdür.” Cümlesine %43,3 doğru, %56,7 fikrim yok yanıtını vermişti. “Anne babalar çocuklarının sigaranın zararlarını bizzat gözlemleyebilmeleri için onların görebileceği şekilde sigara içmelidirler.” Cümlesine %13,3 doğru, %86,7 yanlış yanıtını vermişti. “Sigara kullanımının sağlığı tahrip ettiğine dair herhangi bir bilimsel kanıt yoktur.” Cümlesine %30,0 doğru, %56,7 yanlış, %13,3 fikrim yok yanıtını vermişti. “Bence sigara kullanmak iyidir-kötüdür.” Cümlesine %13,3 iyidir, %26,7 biraz iyidir, %16,7 kararsızım, %20,0 biraz kötüdür, %23,3 kötüdür yanıtını vermişti. “Bence sigara içmek faydalıdır-zararlıdır.” Cümlesine %3,3 faydalıdır, %10,0 biraz faydalıdır, %13,3 kararsızım, %26,7 biraz zararlıdır, %46,7 zararlıdır yanıtını vermişti. “Bence sigara içmek keyiflidir-keyifsizdir.” Cümlesine %43,3 keyiflidir, %26,7 biraz keyiflidir, %20,0 kararsızım, %3,3 biraz keyifsizdir, %6,7 keyifsizdir yanıtını vermişti. “Bence sigara kullanmak çekicidir-iticidir.” Cümlesine %26,7 çekicidir, %26,7 biraz çekicidir, %20,0 kararsızım, %3,3 biraz iticidir, %23,3 iticidir yanıtını vermişti. “Bence sigara içmek hoştur-nahoştur.” Cümlesine %26,7 hoştur, %20,0 biraz

hoştur, %26,7 kararsızım, %6,7 biraz nahoştur, %20,0 nahoştur yanıtını vermişti.

FNBT skoruna göre düşük, orta ve yüksek bağımlılık düzeyi olarak gruplandırılıp anketlere verilen cevaplar değerlendirildi. Gruplar arasında sigara kullanmanın çekici veya itici olduğuna dair cümleye verilen cevaplar açısından kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$). Diğer yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Katılımcılar sigara içen, içmeyen ve bırakmış olarak 3 gruba ayrıldıktan sonra sigara hakkındaki görüşlerinin yüzdelerine bakıldığında; “Bence sigara kullanmak iyidir-kötüdür.” cümlesine verdikleri cevaplar yönünden kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı($p<0,001$). “Bence sigara içmek faydalıdır-zararlıdır.” cümlesine verdikleri cevaplar yönünden kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,002$). “Bence sigara içmek keyiflidir-keyifsizdir.” Cümlesine verilen cevaplar yönünden kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,001$). “Bence sigara içmek çekicidir-iticidir.” Cümlesine verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı($p<0,001$). “Bence sigara içmek hoştur-nahoştur.” Cümlesine verdikleri cevaplar yönünden kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,001$).

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın amacı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin aile bireylerinde ve sosyal çevresinde sigara kullanım durumunu; sigara kullanımının zararları konusundaki bilgi düzeylerini değerlendirmektir. Bu doğrultuda çalışmamızın sonuçları şunlardır.

Çalışmamızda katılımcıların sigara içme oranları yetişkin toplumdaki sigara içme oranları ile kıyaslandığında oldukça yüksekti. Erkekler kadınlara göre daha yüksek oranda sigara içmekteydi, daha yüksek oranda bağımlıydı. Sigara kullanım süresi ile fagerström skoru arasında pozitif yönde korelasyon vardı. Katılımcıların anket sorularına verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde; Sigara kullanımının çocuklarına kötü örnek olduğu konusunda büyük çoğunluk endişe duymaktaydı. Katılımcıların büyük çoğunluğu sigaranın ölümcül hastalıklara sebep olduğu konusunda hemfikirdi. Sigara içen bireyler sigara içmeyen bireylere göre sigara içmenin iyi, faydalı, keyif verici, çekici, hoş olduğunu düşünmektedirler.

Sigara ile mücadele sürecinde öncelikle sigara kullanan bireylerin kalıplaşmış düşünceleri kırılmalı, sigaranın uzun vadeli sonuçları konusunda farkındalık oluşturulmalı ve sigara bırakmak isteyen bireylere gerekli destek sağlanmalıdır.

Tıp eğitimi alan öğrencilerin sigaranın zararları konusunda artmış farkındalığa sahip olduğu bilinmektedir fakat çevresinde bulunan bireylere yeterince aktarmadığı görülmüştür. Bu konuda tüm hekim ve hekim adaylarının toplum için rol model olduğu düşünüldüğünde tıp fakültesi öğrencilerine büyük bir görev düşmektedir. Öğrencilerimize eğitimleri süresince sosyal çevrelerine sigaranın zararlarıyla ilgili bilgilendirme yapmaları konusunda cesaretlendirmemiz gerektiği düşünülmüştür. Bu konuda ülkemizde benzer çalışmaların olmaması nedeniyle araştırmamız yeni bir bakış açısı sağlamıştır. Bu konuda daha kapsamlı çalışmaların yapılması faydalı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2019: Offer help to quit tobacco use. 2019.
2. World Health Organization. Tobacco 2020 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>].
3. World Health Organization. Tobacco [Available from: <https://www.who.int/health-topics/tobacco>].
4. Müdürlüğü TCSBSBSG. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ YILLIĞI 2017
5. The Tobacco Atlas. Turkeycountryfacts 2020 [Available from: <https://tobaccoatlas.org/country/turkey/>].
6. The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Reports of the Surgeon General. Atlanta (GA)2014.
7. World Health Organization. The History of Tobacco [Available from: <https://www.who.int/tobacco/en/atlas2.pdf>].
8. Musk AW, De Klerk NH. History of tobacco and health. *Respirology*. 2003;8(3):286-90.
9. Glanz S. The Cigarette Papers online Wall of History. San Francisco (CA): UCSF. 2004.
10. Seydioğulları MD. Türkiye’de tütünün tarihçesi, üretimi, ticareti ve temel politikalar. Aytemur et al ZA, Akcay Ş, Elbek O Tütün ve Tütün Kontrolü Türk Toraks Derneği Yayını. 2010;10:3-20.
11. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. 2014.
12. Collaborators GBDT. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2017;389(10082):1885-906.
13. Müdürlüğü TCSBHSG. Tütün ve Kanser 2019 [Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanserden-korunma/kanserden-korunmalist/t%C3%BCt%C3%BCn.html>].
14. Jamal A, King BA, Neff LJ, Whitmill J, Babb SD, Graffunder CM. Current Cigarette Smoking Among Adults - United States, 2005-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016;65(44):1205-11.
15. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Reports of the Surgeon General. Atlanta (GA)2012.
16. Creamer MR, Wang TW, Babb S, Cullen KA, Day H, Willis G, et al. Tobacco Product Use and Cessation Indicators Among Adults - United States, 2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019;68(45):1013-9.
17. Öntaş E AD. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2016. 2019.
18. Alışkanlıkları PS. Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırma Raporu. PİAR, Ocak. 1988.
19. Health Mo. Health Services Utilization Survey in Turkey. 1995.
20. Sağlık Bakanlığı R, Mudurlugu HM. Ulusal Hastalık Yuku ve Maliyet Etkililik Çalışması. Ulusal Hastalık Yuku Çalışması Sonuçları Sunumu. 2003.
21. Bülteni TTH. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012: Ön sonuçları <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142>. Erişim tarihi Haziran.24.
22. Araştırması KYT. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. TC Sağlık Bakanlığı Yayın. 2012(948).
23. Bakanlığı TS. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013. Ankara: Anıl Matbaa Ltd Şti Sağlık Bakanlığı Yayın. (909).

24. Bakanlığı TCS. Rakamlarla Tütün Gerçeği 2016 [Available from: <https://havanikoru.saglik.gov.tr/tutun-hakkinda/rakamlarla-tutun-gercegi.html>].
25. Drope J, Schluger N, Cahn Z, Drope J, Hamill S, Islami F, et al. The tobacco atlas. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies; 2018. 2019.
26. Tezcan S, Yardım N. Türkiye’de çeşitli sağlık kurumlarında doktor, hemşire ve tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme boyutu. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2003;51(4):390-7.
27. İtil O, Ergör G, Ceylan E. Knowledge and attitudes about smoking among students in a Medical Faculty. Turkish Respiratory Journal. 2004;5(2):86-91.
28. İlhan F, Aksakal F, İlhan M, Aygün R. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2005;4(4):188-98.
29. Şahin EM, Özer C, Çakmak H, Tunç Z, Taştan K, Eneç Can FN. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme ve Bırakma Durumları. Medical Journal of Trakya University/Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;24(3).
30. Baykan Z, Naçar M. Smoking prevalence and views about tobacco law in students of medical school. Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi. 2014;41(3):483-90.
31. Crofton J, Freour P, Tessier J. Medical education on tobacco: implications of a worldwide survey. Medical education. 1994;28(3):187-96.
32. Inandi T, Caman OK, Aydın N, Onal AE, Kaypmaz A, Turhan E, et al. Global Health Professions Student Survey-Turkey: second-hand smoke exposure and opinions of medical students on anti-tobacco law. 2013.
33. Rodgman AP, T. A. The chemical components of tobacco and tobacco smoke: CRC press; 2013.
34. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Publications and Reports of the Surgeon General. Atlanta (GA)2010.
35. Emerging SCo, Risks NIH. Addictiveness and attractiveness of tobacco additives. European commission, Directorate-General for Health and Consumers Brussels ...; 2010.
36. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS medicine. 2006;3(11):e442.
37. on Smoking O, Control CfD, Prevention. How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: A report of the surgeon general. 2010.
38. Brambilla E TW. Lung cancer. In: World Cancer Report. World Health Organization; 2014.
39. Jeon J, Holford TR, Levy DT, Feuer EJ, Cao P, Tam J, et al. Smoking and Lung Cancer Mortality in the United States From 2015 to 2065: A Comparative Modeling Approach. Ann Intern Med. 2018;169(10):684-93.
40. Adler L. Primary malignant growth of the lungs and bronchi. Longmans-Green. 1912.
41. Mattson ME, Pollack ES, Cullen JW. What are the odds that smoking will kill you? Am J Public Health. 1987;77(4):425-31.
42. Samet JM, Wiggins CL, Humble CG, Pathak DR. Cigarette smoking and lung cancer in New Mexico. Am Rev Respir Dis. 1988;137(5):1110-3.
43. Samet JM. Health benefits of smoking cessation. Clin Chest Med. 1991;12(4):669-79.
44. Harris JE, Thun MJ, Mondul AM, Calle EE. Cigarette tar yields in relation to mortality from lung cancer in the cancer prevention study II prospective cohort, 1982-8. BMJ. 2004;328(7431):72.

45. Wang C, Xu J, Yang L, Xu Y, Zhang X, Bai C, et al. Prevalence and risk factors of chronic obstructive pulmonary disease in China (the China Pulmonary Health [CPH] study): a national cross-sectional study. *Lancet*. 2018;391(10131):1706-17.
46. Collaborators USBoD, Mokdad AH, Ballestros K, Echko M, Glenn S, Olsen HE, et al. The State of US Health, 1990-2016: Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Among US States. *JAMA*. 2018;319(14):1444-72.
47. van Durme Y, Verhamme KMC, Stijnen T, van Rooij FJA, Van Pottelberge GR, Hofman A, et al. Prevalence, incidence, and lifetime risk for the development of COPD in the elderly: the Rotterdam study. *Chest*. 2009;135(2):368-77.
48. Lokke A, Lange P, Scharling H, Fabricius P, Vestbo J. Developing COPD: a 25 year follow up study of the general population. *Thorax*. 2006;61(11):935-9.
49. Kamimura D, Cain LR, Mentz RJ, White WB, Blaha MJ, DeFilippis AP, et al. Cigarette Smoking and Incident Heart Failure: Insights From the Jackson Heart Study. *Circulation*. 2018;137(24):2572-82.
50. Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2019 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2019;139(10):e56-e528.
51. Yarlioglu M, Kaya MG, Ardic I, Calapkorur B, Dogdu O, Akpek M, et al. Acute effects of passive smoking on blood pressure and heart rate in healthy females. *Blood Press Monit*. 2010;15(5):251-6.
52. Hackshaw A, Morris JK, Boniface S, Tang JL, Milenkovic D. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ*. 2018;360:j5855.
53. Tolstrup JS, Hvidtfeldt UA, Flachs EM, Spiegelman D, Heitmann BL, Balter K, et al. Smoking and risk of coronary heart disease in younger, middle-aged, and older adults. *Am J Public Health*. 2014;104(1):96-102.
54. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet*. 2006;368(9536):647-58.
55. Law MR, Wald NJ. Environmental tobacco smoke and ischemic heart disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2003;46(1):31-8.
56. Howard G, Wagenknecht LE, Burke GL, Diez-Roux A, Evans GW, McGovern P, et al. Cigarette smoking and progression of atherosclerosis: The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *JAMA*. 1998;279(2):119-24.
57. Zieske AW, Takei H, Fallon KB, Strong JP. Smoking and atherosclerosis in youth. *Atherosclerosis*. 1999;144(2):403-8.
58. Inoue T, Oku K, Kimoto K, Takao M, Nomoto J, Handa K, et al. Relationship of cigarette smoking to the severity of coronary and thoracic aortic atherosclerosis. *Cardiology*. 1995;86(5):374-9.
59. Howard G, Burke GL, Szklo M, Tell GS, Eckfeldt J, Evans G, et al. Active and passive smoking are associated with increased carotid wall thickness. The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Arch Intern Med*. 1994;154(11):1277-82.
60. Huxley RR, Woodward M. Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Lancet*. 2011;378(9799):1297-305.
61. Parasher G, Eastwood GL. Smoking and peptic ulcer in the *Helicobacter pylori* era. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2000;12(8):843-53.
62. Suzuki T, Matsuo K, Ito H, Sawaki A, Hirose K, Wakai K, et al. Smoking increases the treatment failure for *Helicobacter pylori* eradication. *Am J Med*. 2006;119(3):217-24.

63. Ladeiras-Lopes R, Pereira AK, Nogueira A, Pinheiro-Torres T, Pinto I, Santos-Pereira R, et al. Smoking and gastric cancer: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Cancer Causes Control*. 2008;19(7):689-701.
64. Rebours V, Levy P, Ruzniewski P. An overview of hereditary pancreatitis. *Dig Liver Dis*. 2012;44(1):8-15.
65. Lynch SM, Vrieling A, Lubin JH, Kraft P, Mendelsohn JB, Hartge P, et al. Cigarette smoking and pancreatic cancer: a pooled analysis from the pancreatic cancer cohort consortium. *Am J Epidemiol*. 2009;170(4):403-13.
66. Bosetti C, Lucenteforte E, Silverman DT, Petersen G, Bracci PM, Ji BT, et al. Cigarette smoking and pancreatic cancer: an analysis from the International Pancreatic Cancer Case-Control Consortium (Panc4). *Ann Oncol*. 2012;23(7):1880-8.
67. Zee KY. Smoking and periodontal disease. *Aust Dent J*. 2009;54 Suppl 1:S44-50.
68. Mitchell P, Liew G, Gopinath B, Wong TY. Age-related macular degeneration. *Lancet*. 2018;392(10153):1147-59.
69. Coleman AL, Seitzman RL, Cummings SR, Yu F, Cauley JA, Ensrud KE, et al. The association of smoking and alcohol use with age-related macular degeneration in the oldest old: the Study of Osteoporotic Fractures. *Am J Ophthalmol*. 2010;149(1):160-9.
70. Smith W, Assink J, Klein R, Mitchell P, Klaver CC, Klein BE, et al. Risk factors for age-related macular degeneration: Pooled findings from three continents. *Ophthalmology*. 2001;108(4):697-704.
71. Health UDo, Services H. The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease ...; 2014.
72. Carter BD, Abnet CC, Feskanich D, Freedman ND, Hartge P, Lewis CE, et al. Smoking and mortality--beyond established causes. *N Engl J Med*. 2015;372(7):631-40.
73. Facchini FS, Hollenbeck CB, Jeppesen J, Chen YD, Reaven GM. Insulin resistance and cigarette smoking. *Lancet*. 1992;339(8802):1128-30.
74. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Johansson H, De Laet C, Eisman JA, et al. Smoking and fracture risk: a meta-analysis. *Osteoporos Int*. 2005;16(2):155-62.
75. Er M, Karalezli A, Hasanoğlu HC. Sigara Bırakma Yöntemleri.
76. Organization WH. Tobacco - Fact Sheet. 2020.
77. Cameron P. The presence of pets and smoking as correlates of perceived disease. *J Allergy*. 1967;40(1):12-5.
78. Cameron P, Kostin JS, Zaks JM, Wolfe JH, Tighe G, Oselett B, et al. The health of smokers' and nonsmokers' children. *J Allergy*. 1969;43(6):336-41.
79. Colley JR, Holland WW. Social and environmental factors in respiratory disease. A preliminary report. *Arch Environ Health*. 1967;14(1):157-61.
80. Hammond SK. Exposure of U.S. workers to environmental tobacco smoke. *Environ Health Perspect*. 1999;107 Suppl 2:329-40.
81. Coultas DB, Samet JM, McCarthy JF, Spengler JD. Variability of measures of exposure to environmental tobacco smoke in the home. *Am Rev Respir Dis*. 1990;142(3):602-6.
82. Semple S, Apsley A, Azmina Ibrahim T, Turner SW, Cherrie JW. Fine particulate matter concentrations in smoking households: just how much secondhand smoke do you breathe in if you live with a smoker who smokes indoors? *Tob Control*. 2015;24(e3):e205-11.
83. Wipfli H, Avila-Tang E, Navas-Acien A, Kim S, Onicescu G, Yuan J, et al. Secondhand smoke exposure among women and children: evidence from 31 countries. *Am J Public Health*. 2008;98(4):672-9.

84. Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1981;282(6259):183-5.
85. Trichopoulos D, Kalandidi A, Sparros L, MacMahon B. Lung cancer and passive smoking. *Int J Cancer*. 1981;27(1):1-4.
86. Health UDo, Services H. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease ...; 2006.
87. Cancer IAfRo. Evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans. Chemicals, industrial processes and industries associated with cancer in humans 1982.
88. Council NR. Environmental tobacco smoke: measuring exposures and assessing health effects: National Academies Press; 1986.
89. Assessment CEPAOoEHH. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke: The Office; 1997.
90. Board CEPAAR. Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant... as Approved by the Scientific Review Panel on June 24, 2005: Health effects: California Environmental Protection Agency, Air Resources Board; 2005.
91. Kim CH, Lee YC, Hung RJ, McNallan SR, Cote ML, Lim WY, et al. Exposure to secondhand tobacco smoke and lung cancer by histological type: a pooled analysis of the International Lung Cancer Consortium (ILCCO). *Int J Cancer*. 2014;135(8):1918-30.
92. Simonetti GD, Schwertz R, Klett M, Hoffmann GF, Schaefer F, Wuhl E. Determinants of blood pressure in preschool children: the role of parental smoking. *Circulation*. 2011;123(3):292-8.
93. Menzies D, Nair A, Williamson PA, Schembri S, Al-Khairalla MZ, Barnes M, et al. Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *JAMA*. 2006;296(14):1742-8.
94. Tammemagi CM, Davis RM, Benninger MS, Holm AL, Krajenta R. Secondhand smoke as a potential cause of chronic rhinosinusitis: a case-control study. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010;136(4):327-34.
95. Almirall J, Serra-Prat M, Bolibar I, Palomera E, Roig J, Hospital I, et al. Passive smoking at home is a risk factor for community-acquired pneumonia in older adults: a population-based case-control study. *BMJ Open*. 2014;4(6):e005133.
96. Steenland K, Thun M, Lally C, Heath C, Jr. Environmental tobacco smoke and coronary heart disease in the American Cancer Society CPS-II cohort. *Circulation*. 1996;94(4):622-8.
97. Wells AJ. Passive smoking as a cause of heart disease. *J Am Coll Cardiol*. 1994;24(2):546-54.
98. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ*. 1997;315(7114):973-80.
99. He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease--a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med*. 1999;340(12):920-6.
100. Pan A, Wang Y, Talaei M, Hu FB, Wu T. Relation of active, passive, and quitting smoking with incident type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015;3(12):958-67.
101. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Pruss-Ustun A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet*. 2011;377(9760):139-46.

102. Centers for Disease C, Prevention. Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses--United States, 2000-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2008;57(45):1226-8.
103. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ.* 2004;328(7455):1519.
104. Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA, Manfreda J, Kanner RE, Connett JE, et al. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality: a randomized clinical trial. *Ann Intern Med.* 2005;142(4):233-9.
105. Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, Flottemesch TJ, Goodman MJ, Solberg LI. Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med.* 2006;31(1):52-61.
106. Rigotti NA. Clinical practice. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med.* 2002;346(7):506-12.
107. Cao Y, Kenfield S, Song Y, Rosner B, Qiu W, Sesso HD, et al. Cigarette smoking cessation and total and cause-specific mortality: a 22-year follow-up study among US male physicians. *Arch Intern Med.* 2011;171(21):1956-9.
108. Gellert C, Schottker B, Brenner H. Smoking and all-cause mortality in older people: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2012;172(11):837-44.
109. Nash SH, Liao LM, Harris TB, Freedman ND. Cigarette Smoking and Mortality in Adults Aged 70 Years and Older: Results From the NIH-AARP Cohort. *Am J Prev Med.* 2017;52(3):276-83.
110. Vineis P, Alavanja M, Buffler P, Fontham E, Franceschi S, Gao YT, et al. Tobacco and cancer: recent epidemiological evidence. *J Natl Cancer Inst.* 2004;96(2):99-106.
111. Willemsse BW, Postma DS, Timens W, ten Hacken NH. The impact of smoking cessation on respiratory symptoms, lung function, airway hyperresponsiveness and inflammation. *Eur Respir J.* 2004;23(3):464-76.
112. Kanner RE, Connett JE, Williams DE, Buist AS. Effects of randomized assignment to a smoking cessation intervention and changes in smoking habits on respiratory symptoms in smokers with early chronic obstructive pulmonary disease: the Lung Health Study. *Am J Med.* 1999;106(4):410-6.
113. Au DH, Bryson CL, Chien JW, Sun H, Udris EM, Evans LE, et al. The effects of smoking cessation on the risk of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *J Gen Intern Med.* 2009;24(4):457-63.
114. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ.* 2000;321(7257):323-9.
115. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med.* 2013;368(4):341-50.
116. Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ.* 2010;340:b5569.
117. Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, Faris PD, Cornuz J. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2007;298(22):2654-64.
118. Cornuz J, Feskanich D, Willett WC, Colditz GA. Smoking, smoking cessation, and risk of hip fracture in women. *Am J Med.* 1999;106(3):311-4.
119. WHO. Fact sheet about health benefits of smoking cessation [Available from: http://www.who.int/tobacco/quitting/en_tfi_quitting_fact_sheet.pdf].
120. Uzbay İ, Yüksel N. Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı. *Psikofarmakoloji içinde.* 2003:485-520.

121. Organization WH. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research: World Health Organization; 1993.
122. Prochaska JJ, Benowitz NL. The Past, Present, and Future of Nicotine Addiction Therapy. *Annu Rev Med.* 2016;67:467-86.
123. Di Chiara G. Role of dopamine in the behavioural actions of nicotine related to addiction. *European journal of pharmacology.* 2000;393(1-3):295-314.
124. Jain R, Mukherjee K. Biological basis of nicotine addiction. *Indian Journal of Pharmacology.* 2003;35(5):281-9.
125. Yüncü Z, Savaş H. Madde kullanım bozukluklarında genetik: Bir gözden geçirme. *Bağımlılık Dergisi.* 2007;8(3):146-52.
126. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Çeviren: Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu 2013.
127. Türk Toraks Derneği. Sigara Bırakma Tanı Ve Tedavi Uzlaşma Raporu 2014.
128. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* 1991;86(9):1119-27.
129. Uysal MA, Kadakal F, Karsidag C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Türk Toraks.* 2004;52(2):115-21.
130. Türk Toraks Derneği. Tütün ve Tütün Kontrolü: Aves Yayıncılık; 2010 2017.
131. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. "Tütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin) 2010. 2010.
132. Kayaalp SO. Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji: Hacettepe Taş Kitapçılık Limited Şti.; 2005.
133. Corrigall WA. Nicotine self-administration in animals as a dependence model. *Nicotine & Tobacco Research.* 1999;1(1):11-20.
134. Özcebe H, Bilir N, Aslan D. Türkiye'de Sigara İçilmeyen Kamusal Alanların ve İşyerlerinin Genişletilmesi. Sigara Karşıtı Politika ve Uygulamaların Değerlendirilmesi, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Proje Raporu. 2011.
135. Elbek O. Ulusal Tütün Kontrol Eylem Planı (2015-2018) "Değerlendirme ve Öneriler". Yayın Kurulu. 36.
136. Bakanlık TCS. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı. 2018.
137. T. C. Sağlık Bakanlığı. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2010 [Available from: http://www.havanikoru.org.tr/Docs_Tutun_Dumaninin_Zararlari/KYTA_Kitap_Tr.pdf].
138. Rigotti NA, Thorndike AN, editors. Reducing the health burden of tobacco use: what's the doctor's role? *Mayo Clinic Proceedings;* 2001: Elsevier.
139. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice.* 1982;19(3):276.
140. Cole TK. Smoking cessation in the hospitalized patient using the transtheoretical model of behavior change. *Heart & lung.* 2001;30(2):148-58.
141. DiClemente CC. Motivation for change: Implications for substance abuse treatment. *Psychological Science.* 1999;10(3):209-13.
142. Zwar NA, Mendelsohn CP, Richmond RL. Tobacco smoking: options for helping smokers to quit. *Aust Fam Physician.* 2014;43(6):348-54.
143. Barua RS, Rigotti NA, Benowitz NL, Cummings KM, Jazayeri MA, Morris PB, et al. 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *J Am Coll Cardiol.* 2018;72(25):3332-65.
144. Leone FT, Zhang Y, Evers-Casey S, Evins AE, Eakin MN, Fathi J, et al. Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults. *An Official*

- American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020;202(2):e5-e31.
145. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use, Dependence Update Panel L, Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med*. 2008;35(2):158-76.
146. Siu AL, Force USPST. Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2015;163(8):622-34.
147. Haddad A, Davis AM. Tobacco Smoking Cessation in Adults and Pregnant Women: Behavioral and Pharmacotherapy Interventions. *JAMA*. 2016;315(18):2011-2.
148. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(1):CD000031.
149. Wagena EJ, Knipschild PG, Huibers MJ, Wouters EF, van Schayck CP. Efficacy of bupropion and nortriptyline for smoking cessation among people at risk for or with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med*. 2005;165(19):2286-92.
150. Hall SM, Humfleet GL, Reus VI, Munoz RF, Hartz DT, Maude-Griffin R. Psychological intervention and antidepressant treatment in smoking cessation. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(10):930-6.
151. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet*. 2016;387(10037):2507-20.
152. Evins AE, Cather C, Pratt SA, Pachas GN, Hoepfner SS, Goff DC, et al. Maintenance treatment with varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia and bipolar disorder: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2014;311(2):145-54.
153. Tonstad S, Farsang C, Klaene G, Lewis K, Manolis A, Perruchoud AP, et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. *Eur Heart J*. 2003;24(10):946-55.
154. Thomsen T, Villebro N, Moller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(3):CD002294.
155. Moller AM, Villebro N, Pedersen T, Tonnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet*. 2002;359(9301):114-7.
156. Ebbert JO, Hughes JR, West RJ, Rennard SI, Russ C, McRae TD, et al. Effect of varenicline on smoking cessation through smoking reduction: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2015;313(7):687-94.
157. Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2009;338:b1024.
158. Hartmann-Boyce J, Aveyard P. Drugs for smoking cessation. *BMJ*. 2016;352:i571.
159. Keskinoglu P, Sözkese S, SARIYER E, Kesik K, Öztürk R. Sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede 15 yaş üzerinde sigara içicilik sıklığı, içicilik maliyeti ve içiciliğin hastalık varlığına etkisi. *Toraks Dergisi*. 2007;8(4):227-33.
160. Kiter G, Başer S, Akdağ B, Ekinci A, Ünal N, Öztürk E. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran olguların sigara içme özellikleri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2008;56(1):30-6.


161. Kocabaş A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Epidemiyolojisi Ve Risk Faktörleri. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni. 2010;1(2):105-13.
162. Uysal Z, Hatipoğlu E. Bir Hastanenin Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigara İçme Durumları: Ankara Örneği. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi.9(34):81-9.
163. KUTLU R, DEMİRBAŞ N. Üniversite Personelinde Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanım Sıklığı ve Tütün Kontrol Yasasına Uyumluluğu. Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;3(2):62-8.
164. Yang Y, Zheng W, Cai QY, Shrubsole MJ, Pei Z, Brucker R, et al. Cigarette smoking and oral microbiota in low-income and African-American populations. J Epidemiol Community Health. 2019;73(12):1108-15.
165. Sunay D, Sivri F, Dilbaz N, Şengezer T. Ankara ili Yenimahalle ilçesinde birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran bireylerde tütün bağımlılığı ve ilişkili risk faktörleri. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2014;18(1):42-8.
166. Çan G, Çakırbay H, Topbaş M, Karkucak M, Çapkin E. Doğu Karadeniz Bölgesi'nde sigara içme prevalansı. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2007;55(2):141-7.
167. SAĞLIK TV. Denizli øl Merkezinde Yaşayan Erişkinlerin Sigara içme Özellikleri. Toraks Dergisi. 2007;8(3):179-84.
168. BARIŞ SA, YILDIZ F, BAŞYİĞİT İ, BOYACI H. Kocaeli'de sigara içme prevalansı.
169. Pinkas J, Kaleta D, Zgliczynski WS, Lusawa A, Wrzesniewska-Wal I, Wierzbka W, et al. The Prevalence of Tobacco and E-Cigarette Use in Poland: A 2019 Nationwide Cross-Sectional Survey. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(23).
170. Liu S, Zhang M, Yang L, Li Y, Wang L, Huang Z, et al. Prevalence and patterns of tobacco smoking among Chinese adult men and women: findings of the 2010 national smoking survey. J Epidemiol Community Health. 2017;71(2):154-61.
171. Çelepkolu T, Abdullah A, PALANCI Y, Yılmaz A, Demir S, İbiloğlu AO, et al. Sigara kullanıcılarında nikotin bağımlılık düzeyinin yaş ve cinsiyetle ilişkisi: Diyarbakır örnekleme. Dicle Tıp Dergisi. 2014;41(4):712-6.
172. Velioğlu U, Sönmez Cİ. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Nikotin Bağımlılığının Sosyo demografik Özellikler ve Depresyon İle İlişkisi. Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi. 2018;45(1).
173. Karadağ M, Karadağ S, Ediz B, Işık E. Nikotin bağımlılığının sigara bırakmadaki etkisi. Yeni Tıp Dergisi. 2011;29(1):27-31.
174. Kanık MK, Tözün M. İZMİR'DE SİGARAYI BIRAKMA POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURANLARIN SİGARA VE DİĞER TÜTÜN ÜRÜNLERİ KULLANIM ÖZELLİKLERİ VE NİKOTİN BAĞIMLILIK DURUMLARI. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi.5(1):84-95.
175. Önsüz M, Topuzoğlu A, Algan A, Soydemir E, Aslan İ. SİGARA İÇEN HASTALARIN SİGARA PAKETLERİNİN ÜZERİNDEKİ UYARI YAZILARI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN VE NİKOTİN BAĞIMLILIK DERECELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ. Marmara Medical Journal. 2009;22(2):111-22.
176. Şahin EV, Sunay D, Balcı N, Parbucu M, Özpak AM, Arslan İ. Sigara bırakma merkezlerine başvuran hastalarda nikotin bağımlılığına yaklaşım ve etkileyen faktörler. Ortadoğu Tıp Dergisi. 2019;11(3):259-62.
177. TAŞPINAR A, Pakyürek G. Sigara Kullananlarda Depresyon Düzeyinin Dikkat Performansına Etkisi. Bağımlılık Dergisi.21(1):34-43.
178. Koç EM, Ayhan Başer D, Döner P, Yılmaz TE, Yılmaz T, Demir Alsancak A, et al. Hastane çalışanlarının sigara içme düzeylerinin belirlenmesi ve dumansız hava sahası uygulamasının değerlendirilmesi. 2014.

179. DİKBAŞ E, BOZKURT N, KILINÇARSLAN V, BOZKURT Aİ. Organize sanayi bölgesine açılan sigara bırakma polikliniği çalışma sonuçlarının değerlendirilmesi. Pamukkale Tıp Dergisi. 2016;9(2):135-44.
180. YILMAZEL G, Çetinkaya F, Naçar M. Fabrika işçilerinin sigara kullanma alışkanlıkları ve sigara bırakma konusundaki düşünceleri. Dicle Tıp Dergisi. 2014;41(4):717-23.
181. Saha I, Islam K, Paul B, Som TK. Tobacco-related morbidity and nicotine dependence: An experience in an urban slum of Burdwan district, West Bengal, India. J Educ Health Promot. 2018;7:94.
182. Sugavanesh P, Pushpanjali K. Nicotine Dependence, Its Risk Indicators, and Exhaled Carbon Monoxide Levels among the Smokers in Bengaluru, India. Indian J Community Med. 2018;43(3):220-3.
183. Inoue G, Rosa EF, Gomes EF, Guglielmetti MR, Corraini P, Takano RK, et al. Predictors of smoking cessation in smokers with chronic periodontitis: a 24-month study. Braz Oral Res. 2016;30(1):e98.
184. de Granda-Orive JI, Pascual-Lledó JF, Asensio-Sánchez S, Solano-Reina S, García-Rueda M, Martínez-Muñiz MÁ, et al. Is There an Association Between the Degree of Nicotine Dependence and the Motivation to Stop Smoking? Archivos de Bronconeumología (English Edition). 2019;55(3):139-45.
185. Iliceto P, Fino E, Pasquariello S, Di Paola MEA, Enea D. Predictors of success in smoking cessation among Italian adults motivated to quit. Journal of substance abuse treatment. 2013;44(5):534-40.
186. Unit C. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Kişilerin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ile Değerlendirilmesi.
187. Wang Y, Liu Z, Zhang O, Chen M, Huang L, Wu Y, et al. Effect of acupuncture treatment on smoking cessation in smokers from Hong Kong. J Tradit Chin Med. 2016;36(5):634-9.
188. Izadpanah M, Najafi M, Khosravani V. Anxiety in social interactions and nicotine dependence in nicotine-dependent men: The role of metacognitions about smoking. Addictive Behaviors. 112:106656.
189. Quintiliani LM, Kathuria H, Truong V, Murillo J, Borrelli B, Xuan Z, et al. Patient navigation among recently hospitalized smokers to promote tobacco treatment: Results from a randomized exploratory pilot study. Addictive Behaviors. 113:106659.
190. Higgins ST, DeSarno M, Davis DR, Nighbor T, Streck JM, Adise S, et al. Relating individual differences in nicotine dependence severity to underpinning motivational and pharmacological processes among smokers from vulnerable populations. Preventive Medicine. 2020:106189.
191. Hobkirk AL, Krebs NM, Muscat JE. Income as a moderator of psychological stress and nicotine dependence among adult smokers. Addictive behaviors. 2018;84:215-23.
192. Hatsukami DK, Severson H, Anderson A, Vogel RI, Jensen J, Broadbent B, et al. Randomised clinical trial of snus versus medicinal nicotine among smokers interested in product switching. Tob Control. 2016;25(3):267-74.
193. Salah AB, Nakajima M, DeAngelis BN, al'Absi M. Effects of tobacco addiction on links between early life adversities, sleep disturbance, and depression: a moderated mediation approach. Preventive Medicine Reports. 2020:101225.
194. Akbar SA, Tomko RL, Salazar CA, Squeglia LM, McClure EA. Tobacco and cannabis co-use and interrelatedness among adults. Addictive behaviors. 2019;90:354-61.
195. Stevenson JG, Oliver JA, Hallyburton MB, Sweitzer MM, Conklin CA, McClernon FJ. Smoking environment cues reduce ability to resist smoking as measured by a delay to smoking task. Addictive behaviors. 2017;67:49-52.

196. Yingying W, Zhao L, Ou Z, Min C, Lingling H, Yuan W, et al. Effect of acupuncture treatment on smoking cessation in smokers from Hong Kong. *Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2016;36(5):634-9.
197. Kmetova A, Kralikova E, Stepankova L, Zvolaska K, Blaha M, Sticha M, et al. Factors associated with weight changes in successful quitters participating in a smoking cessation program. *Addictive Behaviors*. 2014;39(1):239-45.
198. Chen A, Machiorlatti M, Krebs NM, Muscat JE. Socioeconomic differences in nicotine exposure and dependence in adult daily smokers. *BMC Public Health*. 2019;19(1):375.
199. Purani H, Friedrichsen S, Allen AM. Sleep quality in cigarette smokers: Associations with smoking-related outcomes and exercise. *Addictive behaviors*. 2019;90:71-6.
200. Dawkins L, Ford A, Bauld L, Balaban S, Tyler A, Cox S. A cross sectional survey of smoking characteristics and quitting behaviour from a sample of homeless adults in Great Britain. *Addictive behaviors*. 2019;95:35-40.
201. Falomir-Pichastor JM, Blondé J, Desrichard O, Felder M, Riedo G, Folly L. Tobacco dependence and smoking cessation: The mediating role of smoker and ex-smoker self-concepts. *Addictive Behaviors*. 2020;102:106200.
202. Richardson CG, Ratner PA. A confirmatory factor analysis of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. *Addictive Behaviors*. 2005;30(4):697-709.

8. EKLER

8.1. Ek-1. OMÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı




T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/441 10.07.2020

Sayın Prof.Dr.Bektaş Murat Yalçın

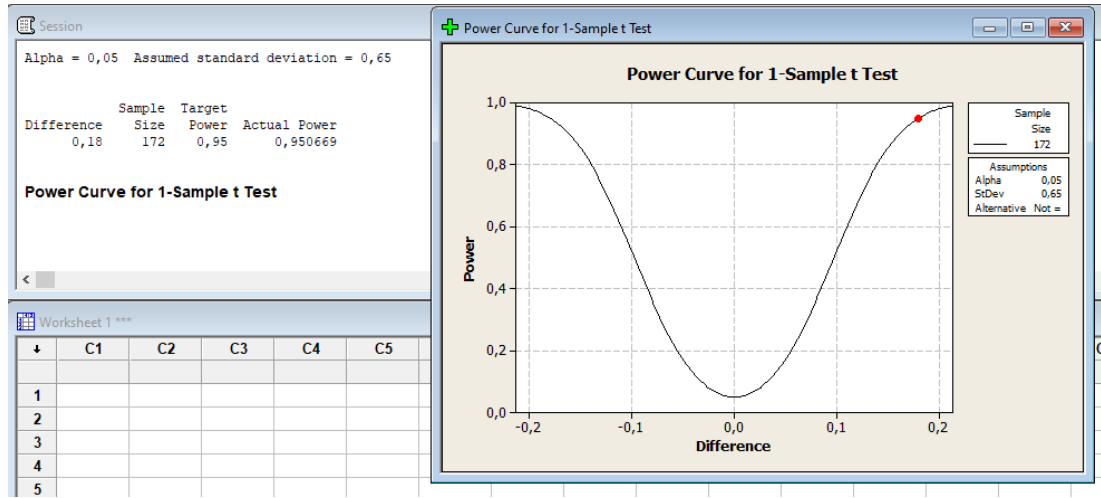
Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Aile Bireylerinde ve Sosyal Çevresinde Sigara Kullanma Durumu;Sigara Kullanımının Zararları Hakkındaki Bilgi,Tutum ve Davranışları** başlıklı OMÜ KAEK 2020/382 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 09.07.2019 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra **başlanmasına** oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof.Dr.Ramis ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ondokuz mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Tel:(0362)3121919/2782-4576007 Omutaek@gmail.com
Eski Diş Hekimliği Fakültesi 2.Kat Atakum/SAMSUN

8.2. Ek-2. Güç Analizi Sonuçları



8.3. Ek-3. Veri Toplama Aracı

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SOSYAL ÇEVRESİNDE VE AİLE BİREYLERİNDE SİGARA KULLANMA DURUMU ; SİGARA KULLANIMININ ZARARLARI HAKKINDAKİ BİLGİ , TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Bu anket Üniversitemiz Tıp Fakültesi öğrencilerinin sosyal çevresinde ve aile bireylerinde sigara kullanım durumunu , sigara kullanımın zararları ile ilgili bilgi düzeylerini tespit etmek amacıyla hazırlanmıştır. **HER SORU İÇİN TEK SEÇENEK İŞARETLENECEKTİR.** Anketteki veriler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak olup üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır.

Çalışmaya verdiğiniz destek için teşekkür ederiz.

Dr. Abdulkadir YAYLAOĞLU, OMÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı, a.yaylaoglu@hotmail.com

1) Cinsiyetiniz:

a) Erkek b) Kadın

2) Yaşınız:

3) Mesleğiniz:

Aşağıda cevaplayacağınız 17 soru Yeşilay Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı "Sigara Vücudun Düşmanı" anketinden alınmıştır.

Aşağıda sigara ve sigara kullanımına ilişkin çeşitli ifadeler verilmiştir. Bu ifadeleri okuduktan sonra sizden görüşünüzü, cevaplama için verilen alanda kodlayarak işaretlemeniz istenmektedir. Düşünceyi doğru buluyorsanız "a" seçeneğini, yanlış buluyorsanız "b" seçeneğini, bilginiz/ fikriniz yok ise "c" seçeneğini işaretleyiniz.

1) Sigara kısırlık riskini artırır.

a) Doğru b) Yanlış c) Fikrim yok

2) Hafif (light) sigaralarda nikotin oranı normal sigaralara göre yaklaşık % 50 daha azdır.

a) Doğru b) Yanlış c) Fikrim yok

3) Mide ülseri sigaranın tetiklediği hastalıklardan birisidir.

a) Doğru b) Yanlış c) Fikrim yok

4) Tüm dünyada sigara kullananlar sigara kullanmayanlardan çok daha fazladır.

a) Doğru b) Yanlış c) Fikrim yok

5) Anne babaların çocuklarının yanında sigara içmeleri sakıncalıdır.

a) Doğru b) Yanlış c) Fikrim yok

6) Saç dökülmesi probleminin sigara ile bir bağlantısı yoktur.

a) Doğru b) Yanlış c) Fikrim yok

Lütfen diğer sayfaya geçiniz.

7)Sigara kullanımı, dünyada meydana gelen ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır.

a)Doğru b)Yanlış c)Fikrim yok

8)Sigara içen anne babaların, çocuklarına sigaranın zararları konusunda bilgi vermelerine ihtiyaç yoktur.

a)Doğru b)Yanlış c)Fikrim yok

9)Sigara kalp hastalıkları oluşması riskini artırır.

a)Doğru b)Yanlış c)Fikrim yok

10)Sigaranın içinde bulunan zehirli maddelerden birisi de hidrojen siyanürdür.

a)Doğru b)Yanlış c)Fikrim yok

11)Anne babalar çocuklarının sigaranın zararlarını bizzat gözlemleyebilmeleri için onların görebileceği şekilde sigara içmelidirler.

a)Doğru b)Yanlış c)Fikrim yok

12)Sigara kullanımının sağlığı tahrip ettiğine dair herhangi bir bilimsel kanıt yoktur.

a)Doğru b)Yanlış c)Fikrim yok

Aşağıda sigara ve sigara kullanımına ilişkin duygularınızı ifade etmeniz için hazırlanmış bazı duygu ifadeleri yer almaktadır. Bu ifadeler sıfat çiftleri hâlinde hazırlanmıştır. Sizden, duygularınızı ifade eden seçeneği, cevaplama için verilen alanda kodlayarak işaretlemeniz istenmektedir. İşaretlemelerinizi, her bir sıfat çiftinin duygularınızı ne derece tanımladığına bağlı olarak yapınız.

Bence sigara kullanmak...

13) iyidir. 1 2 3 4 5 kötüdür.

14) faydalıdır. 1 2 3 4 5 zararlıdır.

15) keyiflidir. 1 2 3 4 5 keyifsizdir.

16) çekicidir. 1 2 3 4 5 iticidir.

17) hoştur. 1 2 3 4 5 nahoştur.

1) Sigara kullanıyor musunuz? a)Evet b) Hayır c)Bıraktım

2) Sigara kullanıyorsanız/kullandıysanız sigara kullanmaya başlama yaşıınız?

.....

3) Sigara kullanıyorsanız , kaç yıldır sigara içiyorsunuz?

Sigara kullanıyorsanız lütfen aşağıdaki testi doldurunuz,

Lütfen diğer sayfaya geçiniz.

FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ

1) İlk sigaranızı sabah uandıktan ne kadar sonra içersiniz?

- a) İlk 5 dakika içinde b) 6-30 dakika içinde
c) 31-60 dakika içinde d) 60 dakikadan fazla

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

- a) Evet b) Hayır

3) İçmeden duramayacağınız, diğeri bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?

- a) Sabah içtiğim ilk sigara b) Diğeri, herhangi biri

4) Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- a) 10 adet ve daha az b) 11-20 adet
c) 21-30 adet d) 31 adet ve daha fazlası

5) Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğeri saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?

- a) Evet b) Hayır

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

- a) Evet b) Hayır

Anketimiz bitmiştir. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

8.4. Ek-4. Orijinallik Beyanı

Abdülkadir Tez

ORIJINALLIK RAPORU

Prof. Dr. Mustafa YALÇIN
Uzm. No: 54505-83507

%21

BENZERLIK ENDEKSİ

%19

İNTERNET
KAYNAKLARI

%8

YAYINLAR

%6

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	doczz.net İnternet Kaynağı	%5
2	uygulayici.tbm.org.tr İnternet Kaynağı	%3
3	www.karacadag.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
4	aydinichastaliklarigunleri.com İnternet Kaynağı	%1
5	Submitted to Ege Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
6	Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
7	toraks.dergisi.org İnternet Kaynağı	%1
8	Submitted to Sağlık Bilimleri Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
9	motifyayincilik.dergipark.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1