

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SİGARA İÇME
VE BIRAKMA DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Mustafa TÜRKOĞLU

UZMANLIK TEZİ
TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. OKAY BAŞAK

AYDIN – 2007

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
Teşekkür	I
Çizelgeler Listesi	II
Kısaltma Listesi	IV
Özet	V
Abstract	VI
1. Giriş	1
2. Genel Bilgiler	5
2.1. Tütünün Tarihi	5
2.2. Sigaranın Epidemiyolojisi	9
2.3. Sigara ve İlişkili Hastalıklar	13
2.3.1. Sigaranın Genel Sağlık Etkileri	13
2.3.2. Sigara ve Akciğer Kanseri	13
2.3.3. Sigara ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)	15
2.3.4. Kardiyovasküler Etkiler	18
2.3.5. Sigaranın Gebe ve Fetüse Etkisi	19
2.3.6. Sigara ile İlişkili Diğer Hastalıklar	21
2.4. Sigara İçme Davranışını Etkileyen Çeşitli Faktörler	22
2.5. Sigara ve Sosyal İçicilik	24
2.6. Tütün Kontrolü ve Yerleşkelerde Sigarayla İlgili Programlar	25

2.7. Sigara ve Pasif İçicilik	30
2.8. Tütünle Savaşmada Birinci Basamağın Rolü	33
2.9. Sigara İçenlerin Değerlendirilmesi	34
2.9.1. Değişimin Evreleri	34
2.9.1.1. Niyetlenme Öncesi Evre	34
2.9.1.2. Niyetlenme Evresi	34
2.9.1.3. Hazırlık Evresi	35
2.9.1.4. Eylem Evresi	35
2.9.1.5. Sürdürme Evresi	36
2.9.1.6. Relaps Evresi	36
2.9.2. Nikotin Bağımlılığı Düzeyinin Belirlenmesi	36
2.9.2.1. İçilen Sigaranın Yazılması ve Sigaranın İçerdiği Nikotin Miktarının Belirlenmesi	37
2.9.2.2. Fagerstrom Tolerans Ölçeği	37
2.9.2.3. Bireyin Bir ya da Daha Fazla Başarısız Girişiminin Öyküsü	38
2.9.2.4. Biyolojik Testler	38
2.9.3. Sigara İçmeyi Tetikleyenler ve İçme Nedenleri	38
2.9.4. Komorbiditenin Değerlendirilmesi	40
2.10. Tütünle Mücadelede Hekimin Rolü	40
2.11. Sigara Bırakma Yaklaşımları	42
2.11.1. Tedavinin Hedefleri	42

2.11.2. Genel Yaklaşım	42
2.11.2.1. Kısa Klinik Görüşmeler	42
2.11.3. Özel Yaklaşım	44
2.11.3.1. Yoğun Klinik Görüşmeler	44
2.11.4. Farmakolojik Yaklaşım	45
2.11.4.1. Tütün Bağımlılığında Rutinde Kullanılan Tedaviler	47
2.11.4.2. Nikotin Replasman Tedavisi (NRT)	47
2.11.4.3. Nikotin İçermeyen Farmakoterapi	49
2.12. Sigara Bırakma Poliklinik Çalışmaları	50
3. Amaç	52
4. Gereç ve Yöntem	52
5. Bulgular	53
6. Tartışma	70
7. Sonuç ve Öneriler	78
7.1. Sonuç	78
7.2. Öneriler	79
8. Kaynaklar	81
9. Ek:1	88
10. Ek:2	93
11. Ek:3	95

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sırasında bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, tez çalışmamda bana destek ve yardımcı olan değerli hocam Prof. Dr. Okay BAŞAK'a; eğitimimde yardımlarını esirgemeyen ve her zaman desteklerini yanımda hissettiğim değerli hocalarım Doç. Dr. Serpil AYDIN, Yrd. Doç. Dr. F. Serdar GÜREL, Yrd. Doç. Dr. Ayfer GEMALMAZ ve Yrd. Doç. Dr. Güzel DİŞÇİGİL'e; tez çalışmama önemli katkı sağlayan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Nihat ÖZYARDIMCI'ya; tez çalışmamda beni yalnız bırakmayan araştırma görevlisi arkadaşlarım Dr. Yavuz ERGÜN, Dr. Ayfer Oklay BOZKAYA, Dr. Ceyda ELVEREN, Dr. Funda GÖKSOY ve Dr. Halim ARVIŞ'e; yine birlikte çalışmaktan zevk duyduğum araştırma görevlisi arkadaşlarım Dr. Özlem ÇETİNBAS KALAK, Dr. Zübeyde ANADOL ve Dr. Aydın SÖYLEMEZ'e; hayatımın her döneminde hep yanımda olan, sevgi ve desteği hiç eksilmeyen sevgili eşim Mine TÜRKOĞLU'na ve çocuklarım Arda ve Kayra'ya teşekkürlerimi sunarım.

ÇİZELGELER LİSTESİ

Çizelge Numarası ve Adı	Sayfa No
Çizelge 1. Fagerstrom Tolerans Anketi	39
Çizelge 2. Nikotin bağımlılık testi	39
Çizelge 3. Öğrencilerin cinsiyete göre dağılımları	54
Çizelge 4. Öğrencilerin medeni durumlarına göre dağılımları	54
Çizelge 5. Öğrencilerin bulundukları yaşa göre dağılımları	54
Çizelge 6. Öğrencilerin okudukları fakülte/yüksek okula göre dağılımları	55
Çizelge 7. Öğrencilerin eğitim gördükleri sınıflarına göre dağılımları	55
Çizelge 8. Öğrencilerin annelerinin mesleğine göre dağılımları	56
Çizelge 9. Öğrencilerin babalarının mesleklerine göre dağılımları	56
Çizelge 10. Öğrencilerin tütün içmeyi deneme ve halen kullanma durumlarına göre dağılımları	57
Çizelge 11. Öğrencilerin tütün kullanma tercihlerine göre dağılımları	57
Çizelge 12. Öğrencilerin tütün kullanma durumuna göre dağılımları	57
Çizelge 13: Öğrencilerin tütün kullanma durumuna göre dağılımları	58
Çizelge 14. Öğrencilerin yakınlarının tütün kullanma durumuna göre dağılımları	58
Çizelge 15. Araştırmaya katılanların sigaraya başlama yaşları	59
Çizelge 16. Araştırmaya katılanların sigaraya kullanma süreleri	59
Çizelge 17. Araştırmaya katılanların günlük içtikleri sigara sayısı	60

Çizelge 18. Araştırmaya katılanların günün ilk sigarasını içmeye başlayış zamanları	60
Çizelge 19. Araştırmaya katılanların sigaraya başlama nedenleri	61
Çizelge 20. Araştırmaya katılanların sigarayı bırakma ya da bırakmayı deneme nedenleri	61
Çizelge 21. Araştırmaya katılanların sigarayı bırakmayı deneme sayıları	62
Çizelge 22. Araştırmaya katılanların davranış değişikliği döngüsündeki bulundukları evreler	62
Çizelge 23. Bilinçsizlik evresinde olan katılımcıların girişimden 4-6 hafta sonra davranış değişikliği döngüsünde bulundukları evreler	63
Çizelge 24. Hekimlerin sigara ile ilgili tutumları	63
Çizelge 25. Öğrencilerin sigara ile ilgili düşünceleri	64
Çizelge 26. Öğrencilerin sigara ile ilişkili hastalıklara yönelik bilgi düzeyleri	64
Çizelge 27. Öğrencilerin cinsiyete göre şu an sigara kullanma durumları	64
Çizelge 28. Yaşa göre şu an sigara kullanma durumları	65
Çizelge 29. Bulundukları fakülte/yüksek okullara göre öğrencilerin şu an kullanma durumları	66
Çizelge 30. Öğrencilerin ev halkından sigara kullananlara göre şu an kullanma durumları	66
Çizelge 31. Bulundukları sınıflara göre öğrencilerin şu an sigara kullanma durumları	67

KISALTMA LİSTESİ

Kısaltma	Açık Şekli
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
GAP	Güneydoğu Anadolu Projesi
KOAH	Kr. Opstrüktif Akciğer Hastalığı
KAH	Koroner Arter Hastalığı
OGTT	Oral Glikoz Tolerans Testi
NB	Nikotin Bağımlılığı
NY	Nikotin Yoksunluğu
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
EMASH	European Medical Association Smoking or Health
NRT	Nikotin Replasman Tedavisi
FDA	Food and Drug Administration

ÖZET

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SİGARA İÇME VE BIRAKMA DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Adnan Menderes Üniversitesi'ne bağlı Eğitim Fakültesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Tıp Fakültesi, Veteriner Fakültesi, Ziraat Fakültesi, Sağlık Yüksek Okulu ve Meslek Yüksek Okulu'nda eğitim görmekte olan 849 öğrenciye anket uygulanarak, sigara içme alışkanlıkları, sigara içmeye ilişkin bazı davranışları, sigarayla ilişkili bazı hastalıklarla ilgili bilgi düzeyleri, davranış değişikliği döngüsündeki bulundukları evre, sigara konusunda hekimlerle olan iletişimleri ve sigarayı bırakmaya yönelik düşünce ve davranışları incelenmiştir. Öğrenciler arasında sigara içme prevalansı %29,9 (s=254) olarak bulunmuştur. Sigara içme yaygınlığı erkek öğrencilerde kız öğrencilerden belirgin olarak yüksek saptanmıştır (erkeklerde %39,1; kızlarda %19,7). Öğrencilerin %77,5'i 18 ve daha küçük yaşlarda, %25'i ise 15 yaşından önce sigaraya başlamıştır. Sigara içmeye başlamadaki en önemli etmenler çevre etkisi ile merak ve arkadaş etkisi idi. Öğrencilerin sigara içme sıklığı okudukları okullara göre değerlendirildiğinde, Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinin en düşük oranda (%14), Ziraat Fakültesi öğrencilerinin en yüksek oranda (%41,2) sigara içtikleri saptandı. Herhangi bir nedenle hekime başvuruların sadece %8,8'ine bırakmaları konusunda hekim tarafından yardım teklif edilmiştir. %73,1'i ise, hekimden yardım teklifi alırsa sigarayı bırakabileceğini ifade etmiştir. Düzenli ya da düzensiz olarak halen sigara içmekte olan 254 kişinin %41,7'si (s=106) Davranış Değişikliği Döngüsünün niyetlenme öncesi evresinde, %28,3'ü (s=72) niyetlenme evresinde, %29,9'u (s=76) hazırlık evresindeydi. Niyetlenme öncesi evresindeki 106 kişilik gruba yapılan girişimden 4-6 hafta sonraki değerlendirmede gruplar arasında istatistiksel anlam taşıyan farklılık kaydedilmemiştir. Sonuç olarak üniversite öğrencileri yüksek oranlarda sigara içmektedir. Sigarayı bırakmayı düşündürmeyi hedefleyen broşür uygulaması etkili olmamıştır. Ancak öğrencilerin sigarayı bırakma niyeti umut verici olup, sigara salgınına dur diyecek önlemler alınmasını zorunlu kılmaktadır. Bu konuda üniversite yetkilileri ile hekimlerin daha fazla çaba içinde olmalarına ve üniversitelerdeki tüm eğitim programlarına sağlık ve sağlıklı yaşamla ilgili bölümlerin eklenmesine gereksinim vardır.

ABSTRACT

EVALUATION OF SMOKING STATUS AND SMOKING CESSATION BEHAVIOURS OF THE STUDENTS IN ADNAN MENDERES UNIVERSITY

Questionnaires were given to 849 students attending to Faculty of Education, Faculty of Science and Literature, Faculty of Medicine, Veterinary Faculty, Agricultural Faculty, School of Health Sciences, and School of Occupation in Adnan Menderes University. In the survey, students' smoking habits and related behaviours, their level of knowledge about diseases related to tobacco consumption, the phase of their behavioural change, their relationship with doctors about cessation of smoking and their thoughts and behaviours about cessation of smoking were evaluated. The prevalence of smoking among students was 29.9% (n=254). Prevalence of smoking was significantly higher in female students (males: 39.1%, females: 19.7%). Of students, 77.5% were 18 years old or younger, while 25% started smoking before 15. The most important factors for beginning to smoke were environmental factors, curiosity and peer effect. Agricultural faculty had the highest smoking prevalence (41.2%) and school of health sciences had the lowest (14%). During patient-doctor encounters with any reason, doctors offered support to only 8.8% of students. 73.1% stated that they could quit smoking if any proposal of help was made by a doctor. Of the students smoking regularly or irregularly (254 students), 41.7% (n=106) were in pre-contemplation phase of behavioural change cycle, with 28.3% (n=72) in contemplation phase, 29.9% (n=76) in preparation phase. An intervention of giving brochures was made to the students in pre-contemplation phase and an assessment was done 4-6 weeks later, but the results revealed no statistical significance. As a result, prevalence of smoking among university students is high. Intervention with brochures about smoking and its hazards was not effective in respect to obtaining higher intention for cessation. But intention of students for cessation of smoking is promising and cautions for tobacco addiction should be applied. More effort should be spent on this subject by authorities of universities and doctors and all educational curricula in the universities should include in the courses of health and healthy life.

1. GİRİŞ

Sigara bağımlılığı, tütün kullanımına bağlı belirgin sorunlar yaşanmasına karşın sürdürülen tütün kullanma davranışıyla birlikte bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtileri içeren bir psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanmaktadır (1). Genç erişkin dönemde sigara kullanma alışkanlığı edinmemiş kişilerin, daha sonraki yıllarda sigaraya başlamaları beklenmemektedir. Günümüzde sigara kullanıcılarının çoğu 25 yaşından önce, çoğunlukla da ergenlik döneminde sigaraya başlamaktadır. Gelişmiş ülkelerde sigaraya başlama yaşı her on kişiden sekizi için 13–19 yaş arasındadır. Gelir düzeyi düşük ülkelerde ise bu dönem yirmili yaşların başları olup son yıllarda daha da genç yaş grubuna kaydığı görülmektedir (2).

Kişi başına sigara tüketimi bakımından, Avrupa ülkeleri arasında Yunanistan'dan sonra ikinci sırada yer alan ülkemizde gelişmiş ülkelerdeki eğilimin tersine sigara içme alışkanlığı giderek artmaktadır. Sigara kullanma sıklığının görece olarak daha düşük olduğu; çocuklar, gençler ve kadınlar, ciddi sağlık sorunlarına yol açan bu alışkanlığa karşı korunması gereken en önemli risk gruplarını oluşturmaktadır (3). Bu risk gruplarından belki de en önemlisi olan üniversite gençliğinin bu alışkanlığı kazanmaması ya da oluşmuş olan başlangıç dönem alışkanlığının ortadan kaldırılması konusunda çalışmalar yapılması gerekliliği son derece açıktır.

Birçok gelişmiş Batı ülkesinde sigara içme sıklıkları birbirine yakınken, ülkemizde bu oran daha yüksektir. Sigara içme sıklıkları erkek ve kadınlarda olmak üzere Norveç'te %39–31, İngiltere'de %35–31, Avustralya'da %33–31, Finlandiya'da %33–18, Kanada'da %32–27, İsveç'te %24–28 ve Türkiye'de ise %63–24'tür (4, 5). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada sigara içme alışkanlığında, 1970–1985 yılları arasında ortalama %7,1 dolayında bir artış gözlenmiştir. Asya, Latin Amerika ve Afrika'da giderek artan bir hızlanma söz konusuysa, Amerika ve Avrupa'da azalma vardır (6). ABD'de sigara tüketimi 1964'ten itibaren gerilemeye başlamıştır. 1965 yılında 18 yaş üstü erkeklerin %52'si ile bayanların %34'ü sigara içmekte iken, 1991'de bu oranların erkeklerde %28, kadınlarda %24'e gerilediği görülmüştür (7).

Dünya genelinde, 1990 yılı itibariyle yılda 3 milyon insan tütün ve tütün ürünleri nedeniyle ölmektedir. Bu, 10 saniyede bir insanın öldüğü anlamına gelmektedir. 2020 yılında ise sigaraya bağlı yıllık ölümlerin 10 milyonu bulacağı ve bunun da 7 milyon kadarının gelişmekte olan ülkelerde olacağı öngörülmektedir. Bu öngörülere göre 2000 yılından 2030 yılına kadar tütün kullananların sayısı 1,2 milyardan 1,6 milyara çıkacaktır. Bugün yaşamakta olan 500 milyon insanın tütün kullanımının sonuçlarından ölmesi beklenmektedir. 21.

yüzyılda ise bir milyar insanın tütünden öleceği tahmin edilmektedir (8, 9). Doll ve Hill tarafından yapılan bir çalışmanın 2004 yılında yayınlanan 50 yıllık izlem raporunda, sigara içenlerin üçte ikisinin “sigaraya bağlı bir nedenle” ve ortalama olarak “10 yıl erken” öldüğü, sigarayı bırakanlarda ise sigaraya bağlı nedenlerle ölüm olasılığının azaldığı bilgisi yer almaktadır (10, 11).

Sigaranın sağlığa verdiği zararların yanı sıra, gerek topluma gerekse kişiye yönelik önemli ekonomik yük getirdiği de bilinmektedir. Uzun süreli çalışmalar göstermiştir ki, düzenli içicilerin yarısı alışkanlıkları nedeniyle ölmektedirler. ABD’de sigaraya bağlanabilen tıbbi giderler 1993 yılında 50 milyar dolar olarak hesaplanmıştır. Bu miktara iş gücü ve üretim kaybı da eklenirse kaybın 97 milyar dolara ya da kişi başına 373 dolara yükseldiği görülmektedir. Bu maliyetlerin sigara içicileri tarafından vergi olarak karşılanabilmesi için her bir sigara paketinin 4 dolar olması gerektiği hesaplanmıştır (12).

Ülkemize ilişkin rakamlar da hiç iç açıcı değildir. 1988 yılında yapılan ve tüm Türkiye’yi kapsayan PİAR araştırmasına göre 15 yaş ve üstü erkeklerin %62,8’i, kadınların %24,3’ü, tüm nüfusun ise %43,6’sı sigara içmektedir. 15–18 yaş grubunda sigara içme oranı %30 bulunurken, sigara içenlerin %39’unun sigaraya başlama yaşının 15–18, %20’sinin ise 11–14 olduğu ortaya konmuştur. Bu araştırmada sigara içme alışkanlığı ölçütü sigara paketi taşımak olarak ele alınırken, DSÖ ölçütleri günde bir tek sigara içmeyi yeterli görmektedir. Bu nedenle ülkemiz için ortaya konan bu rakamların daha yukarılarda olabileceğini de akılda tutmak gerekir (5). Ülkemizde üniversite öğrencilerinin sigara kullanma durumlarına baktığımızda ise yapılan pek çok çalışmada prevalansın %14 ile %43,7 arasında değiştiği görülmektedir (13–15). Ayrıca ülkemizde sigaranın her yıl 70–100 bin kişiyi öldürdüğü hesaplanmakta olup bu sayı tüm ölümlerin %14’ünü oluşturmaktadır (8).

Erişkinlerin çoğunun sigaraya genç yaşta başladıkları bilinmektedir. 9–19 yaşlar arasındaki öğrenciler arasında Connecticut’ da yapılan bir çalışmada sigara içme prevalansı %15 olarak bulunmuş olup, yaşla birlikte artış gözlenmiştir. Sigara içenler daha fazla riskli davranış üstlendikleri ve bunlarda stres ve depresyonun daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Hatta sigara içmediği halde ilkokul 4, 5 ve 6. sınıf öğrencilerinde sigara içme isteğinin bulunması bile, risk alma ve stresle bağıntılı bulunmuştur. Bu çocukların %2’si ileride sigara içmeyi düşünmekteydi. Bu çalışma göstermiştir ki sigara içme riski yüksek olan çocuklar ilkokul 4. sınıftan itibaren belirlenebilirler (16). Başka bir çalışmada katılımcıların %47,3’ünün sigaraya 15 yaşından önce başladığı ve 10 yaşından evvel sigaraya başlayanların bırakma isteğinin oldukça düşük (%18,1) olduğu saptanmıştır (17). Bir başka çalışmada ise sigaraya 15 yaşından önce başlayanlarda, daha geç başlayanlara göre sigarayı bırakma oranı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (18). Sonuçta bu çalışmalar sigaraya genç yaşlarda

başlandığını, genç yaşta başlamanın da bırakmayı güçleştirdiğini göstermektedir. Bu da, günümüzde bir salgın hastalık halini alan sigara kullanma davranışında ilgilenilmesi gereken toplumsal grubun genç kesim olduğunu göstermektedir ki, bu bize üniversite öğrencileriyle çalışmamız konusunda güç vermiştir.

Öğrencilerin çoğu zaman kendilerine model olarak aldıkları öğretmenlerin sigara içme oranları ise %32,5 ile %42,2 arasında değişmekte olup %48'inin çocuklarının yanında, %10,7'sinin de öğrencilerinin yanında sigara içtikleri saptanmıştır (19, 20). Bizim çalışmamızda yer alan öğrencilerin önemli bir kısmı da ileriki yaşamlarını öğretmen olarak sürdüreceklerdir. Çocuklar ve gençler için “rol model” konumunda olanların belki de başında gelen öğretmenlerin yaygın biçimde sigara içmelerinin oldukça sakıncalı olduğu da söylenebilir.

Hekimlerin telkin, öneri ve desteklerinin birçok sigara içen hastayı sigarayı bırakma konusunda motive ettiği, hastalara cesaret vererek bırakmayı denemesini sağladığı bilinmektedir (21). Herhangi bir nedenle hastayla görüşen doktorun, onun sigara alışkanlığını sorgulaması ve bırakmayı önermesi, sigarayla savaşta kolay ve etkili bir yöntem olarak önerilmekte ve yalnızca bu tavsiye ile olguların yılda % 5–10'unun sigarayı bıraktığı belirtilmektedir (22, 23). Buna karşın doktorların hastalarını sigara alışkanlığı yönünden irdelemekte isteksiz oldukları ve İngiltere’de pratisyen hekimlerin, sigara içen hastalarının yalnızca yaklaşık üçte birine sigarayı bırakmayı önerdikleri bildirilmektedir. Bu isteksizliğin önemli nedenlerinden birinin doktorun kendisinin sigara kullanması olduğu belirtilmektedir (24, 25). Yapılan bir çalışmada, katılan doktorların % 91’i sigara bırakmayı tavsiye etmenin önemli olduğunu belirtmişler, ancak sigara içenlerin yalnızca %47’si doktorlarının kendilerine bırakma konusunda öneride bulunduğunu söylemişlerdir. Son yıllarda hastalar daha yüksek oranlar bildirmekte, ancak halen doktora giden içicilerin %65’inden azına sigarayı bırakmaları tavsiye edilmektedir (26). Yine hekimlerin %50’sinden daha azı her görüşmede 3 dakikadan daha fazla öğüt verirken, %30’u 5 dakika ya da daha fazla tavsiyede bulunmaktadır. Sigara içenlerin büyük çoğunluğu yılda en az bir defa birinci basamak hekimi tarafından görülmekte ve hekim sigara ile ilişkili yüksek mortalite ve morbiditenin önüne geçmede önemli bir rol oynamaktadır. Çoğu birinci basamak hekimi birçok hastasına sigarayı bırakma tavsiyesinde bulunduğunu belirtse de, popülasyona dayalı araştırmalarda sigara içen hastaların yalnızca küçük bir yüzdesine hekim tarafından sigarayı bırakmaları yönünde tavsiyede bulunulduğu ortaya konmuştur (27).

Ülkemizde yapılan birçok çalışmada hekimlerin %40 ve daha fazlasının sigara içtiği saptanmıştır (25, 28, 29). Çeşitli eğitim ve tıp fakültesi hastanelerinde sağlık personeliyle yapılan çalışmalarda ise sağlık personelinin sigara içme oranının %41,3 – %50 arasında

değiştiği bulunmuştur (30, 31, 32). Yine çeşitli çalışmalar doktorların sigara içme sıklığının %66,2'ye, hemşirelerinse %68,6'ya kadar yükseldiğini göstermiştir (33). Birinci basamakta yapılan bir çalışmada ise, sağlık personelinin %36,6'sının halen sigara içmekte olduğu ortaya konmuştur (34). Sonuç olarak toplumda sigara içme yaygınlığı yönünden önem taşıyan, sağlığı temsil etmesinin yanı sıra gençlerin kendileri için örnek olarak gördükleri hekimlerin, tütün kontrolündeki yerinin son derece önemli olduğunu söyleyebiliriz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Tütünün Tarihi

Prof. Uzunca tütünün tarihini derlediği kitabında ayrıntılı bilgiler vermektedir (35): Kuzey Amerika’da yaşamakta olan yerli halk Amerika’nın keşfinden yüzyıllar önce tütünü biliyor ve kullanıyordu. Milattan önce 1. yüzyılda Maya ve Astek’lerin de keyif verici bir madde olarak tütünü kullandıkları bilinmektedir. Tütünü kırmızı taştan yontma pipolar kullanarak ya da mısır yaprağına sararak içerlerdi. Amerikan yerlileri ise tütünün kutsallığına, tütün dumanı solumanın tanrıların hoşuna gideceğine inanırlardı. Orta Amerika’da Meksika ve Antiler halkı arasında da tütün keyif verici madde olarak kullanılırken o dönemin doktorları tütünü yara sarmada, göğüs hastalıkları tedavisinde ‘inhaler’ olarak ve baş ağrısı tedavisinde kullanırlardı (35).

Avrupalılar tütünle 12 Ekim 1492 yılında Christopher Columbus’la birlikte tanışmışlardır. Küba adasındaki yerliler dini törenlerde ve şölenlerde keyifle içtikleri tütünü, Avrupa’dan gelen denizcilere de ikram etmişler ve içtikleri şeyi Tobacos olarak tanıtmışlardır. Bugün Karayip denizindeki tütün yetiştiren adalardan birisi de Tobacco adası olarak adlandırılmıştır. Tütün kullanmanın ilk zararını Columbus’un 15 Mart 1493 tarihinde Avrupa’ya dönüşünde tayfalarından Rodrigo de Jerez isimli denizci görmüştür. Jerez içtiği sigaranın dumanlarını burnundan çıkardığında, onu izleyenler tarafından “Bu adamın içinde şeytan var” diyerek kiliseye şikayet edilmiş ve engizisyon mahkemelerinin elinden zor kurtulmuştur. Yenidünyaya adını veren Amerigo Vespucci, 1499 yılında orta Amerika’nın doğu kıyılarına yaptığı gezilerde, yerli halkın içinde beyaz toz bulunan boyunlarına asılı torbalara tütün yapraklarından yaptıkları hapları daldırdıktan sonra bunları çiğnediklerine tanık olmuştur.

Macellan 1500 yılında ve Cortez ve ekibi 20 Eylül 1519’da yerliler gibi tütün içmişlerdir. Yerlilerin tütünü zevkten ziyade, açlığı giderdiği için kullandıklarına inanlar da vardır. İlk tütün tohumunu 1511’de bir gemici Tobago adası yerlilerinden alarak Avrupa’da Petrus Martin adında bir tüccara göndermiş ve İspanya ve Portekiz limanlarında tütünün tanınmaya başlamasına neden olmuştur. Amerika’ya göç eden Avrupalılar yeni kıtada ilk kez 1531 yılında tütün ekimine başlamışlardır. Ticari amaçla tütün tarımı ilk kez 1612 yılında Virginia’da John Rolfe tarafından gerçekleştirilmiştir. 1619 yılında da 9 tonluk ilk tütün ihracatı Londra’ya yapılmıştır. Tütünün Avrupa’ya yayılması Fransa’nın Portekiz elçisi Jean Nicot sayesinde olmuştur. Elçi 1560 yılında Fransız Kralı II. Henry’nin ölmesiyle depresyona

giren dul Kraliçe Catherine de Medicis'e tütün tohumu göndermiştir. Saray bahçesine ekilen tohumlar çiçek açtıktan sonra kraliçenin migren türü baş ağrısını geçirdiği için, bu tarihten sonra tütünün keyif ve cesaret verici özelliklerinden başka ilaç olarak da etkili olduğu Avrupa'ya yayılmıştır. Sevilla Üniversitesi tedavi hocası Nocola Monardes, tütünün başta tüberküloz olmak üzere birçok hastalığa iyi geldiğini kitabında yazmıştır. Sonunda tütün bitkisi botanik dilinde Nicotiana, halk dilinde ise Kraliçe Otu olarak anılmaya başlamıştır. Fransız botanikçiler Delechamp (1586) ve Tournefort (1701) tütüne Herbe Nicotina adını vermişlerdir. 1614 yılında İngiltere'de Virginia tütününü satan 7000 tütüncü dükkanı açılmıştır. 1854 yılında İngiliz Amiral Walter, Kuzey Amerika'da koloni oluşturarak, oraya İngiliz Kraliçesi'nin Virginia olan kızlık adını verir (35–36).

Tütünün her türlü hastalığa iyi geldiği Avrupa'da hızla yayılmaya başlar. 1634 yılındaki Rus Çarı, tütün kullanırken yakalananların önce burunlarının kesileceğini, aynı suçu tekrarladıkları takdirde de ölüm cezasına çarptırılacağını ilan etmesine karşın 1710 yılında Rus Çarı Büyük Petro, Rus halkının kahve ve sigara içerek Avrupalılara benzemelerini istemiştir. 1833'te İngiltere'de ilk fosforlu kibrit yapılır. 1840 yılında Friedric Chopin'in metresi Barones de Dudevant, toplum önünde ilk sigara içen kadın olur. İngiltere'de 1901 yılında Imperial Tobacco ve British American Tobacco şirketleri kurulur. Kuzey Amerika'da ilk tütün üretimi 1800 yılında başlamıştır. Sigara yapan makineler ilk önce 1881 yılında Birleşik Amerika'da yapılmıştır. Sigara endüstrisinin dev firması R.J. Reynold ilk ürünü olan Camel'i 1913 tarihinde piyasaya sürmüştür. Tütün endüstrisinin kalbi olan Birleşik Amerika'da federal hükümet 1862 yılında başlayan iç savaş nedeniyle tütünden vergi almaya başlamıştır (36).

Çin ve Hindistan halkı tütün kullanımını 1530–1600 yılları arasında Japonlar ve Filipinlilerden öğrenmişlerdir. Çin, 1858 yılında Tianjin anlaşması ile gümrüksüz olarak tütün ürünlerini ithal etmeye başlamış ve 1900'lü yıllarda da yabancı tütün tekelleri ülkeye tamamen egemen olmuştur. Çin hükümeti 1960 senesinde tütün endüstrisini tekeline alarak yabancı şirketleri sınır dışına çıkarmıştır. Çin halkının tütünle mücadelesi 1600'lü yıllarda filozof Fang Yizhi'in uzun süre tütün içiminin akciğerleri yakıp kavurduğunu bildirmesi ile başlamıştır. Hirayama, 1981 yılında Japonya'da pasif içiciliğin tehlikesini bildirmiştir. Afrika'ya tütün 1560'lı yıllarda İspanyol ve Portekizli denizciler tarafından önce kıtanın kıyı kentlerine oradan da doğu ve orta Afrika ülkelerine yayılmıştır. Güney Afrika ülkelerinde tütün tarımı 1650 yılında başlamıştır. 18. yüzyılın başlarında Afrikalı esirler pamuk tarlaları yerine tütün tarlalarında çalıştırılmıştır. Kara kıtada tütüne karşı savaş 1993 yılında başlamıştır. Güney Afrika Cumhuriyeti 2002 yılında DSÖ'nün dünyada sigara reklamlarının kaldırılması, kaçakçılığın önlenmesi ve sigara fiyat ve vergilerinin ülkeler arasında

dengelenmesi gibi az gelişmiş ülkelerin sigaradan zarar görmemesini amaçlayan Tütün Kontrolü Çerçeve anlaşmasının hazırlanmasında önderlik yapmıştır. Yeni Zelanda 1769 yılında Avustralya kıtasını keşfeden Kaptan James Cook'u, ağzında tüttürdüğü piposu ile tanımış ve onu şeytan olarak nitelemiştir. Kıtaya gemilerle ilk tütün sevki 1788 yılında olmuştur. Avustralyalılar, Victoria'da 1987 yılında dünyada ilk kez sigara ile savaş için tütün vergisi çıkararak vakıf kurmuşlardır (36).

Tütünün sağlığa zararlı olduğu düşünülerek çeşitli ülkelerde yasaklar konmuştur. Yanan tütünün kokusu, sebep olduğu yangınlar toplumu yönetenleri harekete geçirmiştir. 1575'te İspanya ve Amerika kiliseleri tütün kullanımına yasak getirirken, 1603'te İngiltere kralı I. Jacques tütüne karşı çıkmıştır. Aynı yıllarda İspanya Kralı Philip III, tütün ekimini kısıtlamıştır. 1620'de Japonya tütün yasağı getirirken, 1652'de Almanya'nın Bavyera eyaleti tütünü yasaklamıştır. Saksonya ve Avusturya'da da 1653 yılında tütün karşıtı etkinlikler yapılmıştır. 1634 yılında Rusya'da, 1657'de ise İsviçre'de tütün yasaklanmıştır. 18. yüzyılda Katolik lideri Papa, puro ve pipo tütünü dumanının, kilisedeki kutsal kokuya karışarak öğrencileri öksürttüğünden içenlerin günah işlediği için aforoz edileceğini bildirmiştir (35–36).

İslam dininde şarap keyif verdiği için yasaklanmıştır. Daha sonra kahve, afyon ve tütün kullanımı da içenlere zevk verdiği için ulemanın başı olan şeyhülislam tarafından haram olduğu yönünde fetva verilmiştir. Dinen yasak olmasına karşın batıdan gelen şarap ve benzeri içki kullanma alışkanlığı Osmanlının ilk döneminde başlamıştır. Yıldırım Beyazıt'ın şarap kullandığı tarih kitaplarına geçmiştir. II. Selim, IV. Murat, II. Mahmut ve V. Murat alkolizme varan içicilik davranışı göstermişlerdir. Osmanlılar tütün içimine 16. yüzyılda Mısır'da başlamıştır. Tütünün İstanbul'a girişi ise 1601 tarihinde İngiliz gemicileri aracılığıyla olmuştur.

I. Ahmet döneminde tütün kullanımı İstanbul'da yayılmaya başlayınca şeyhülislamın yayınladığı bir fetva ile tütün yasaklanmış, içenlerin burunlarına piponun ucu sokulmak suretiyle sokaklarda dolaştırılmıştır. I. Ahmet'in oğlu IV. Murat alkolik derecesinde şarap içmesine rağmen şarap, afyon ve tütün kullananlara çok acımasız davranmıştır. Tütün kullananlardan nefret eden IV. Murat İstanbul'daki ardı ardına gelen büyük yangınlardan onları sorumlu tutardı. 16 Eylül 1633 tarihinde fetva çıkartarak kahvehaneleri kapatıp, evlerde dahi tütün içimini yasaklamıştır. Sultanın 7 Ağustos 1633 günü altı kızından sonra oğlu olmasıyla İstanbul'da büyük kutlamalar yapılmıştır. Haliçte bulunan bir kadirgada çıkan yangın rüzgarın etkisiyle hızla şehre yayılmış ve 20.000'e yakın ev, okul, baraka ve sarayın yanmasına neden olmuştur. Bu olay halkta padişaha karşı büyük bir öfke patlamasına yol açmıştır. IV. Murat'ın idaresinden memnun olmayanlar, ona karşı bir tepki olarak kahvelerde

toplanıp açıkça tütün içmişlerdir. Olaya öfkelenen Padişah kıyafet değişikliği ile kahveleri gezerek tütün içenleri, aleyhinde konuşanları yakalayıp bizzat cezalandırmaya başlamıştır. Kendi emirlerine karşı gelen tütün tiryakilerinin hepsinin kafasının kesilmesini emretmiştir. 1640 yılında ölen padişahın son beş yılı içinde 25.000 kişiyi öldürdüğü söylenmektedir.

Ölümlerle cezalandırma korkusu yüzünden onun yerine geçen kardeşi Deli İbrahim zamanında afyon kullanımı yaygınlaşmıştır. İbrahim'den sonra tahta çıkan Avcı Mehmet tütün tiryakisi olduğu için 1646 yılında tütün içimini serbest bırakmıştır. 1687 yılında tütün ithaline gümrük resmi konulmuş ve vergiye tabi tutulmuştur. Osmanlının çöküş döneminde ise tütün kullanımı hızla artmıştır. Batı Trakya'nın Yenice, İskeçe ve Kavala kentlerinde başlayan tütün tarımı Anadolu'ya da yayılmış olup Şark tütünü olarak bilinen Türk tütünü, dünyada çok tutulur hale gelmiştir. Tütün, gemilerle Karadeniz'in kuzey kıyı kentlerine, Kuzey Denizi ve Baltık Denizi sahillerindeki şehirlere ihraç edilmeye başlanmıştır. Almanya, Polonya ve Rusya'da Şark tütünü piyasada önemli pay almıştır (35–36).

Sigara üretimi ilk kez İspanyada başlamıştır. 1944'de Fransa'da "Cigaret" adıyla üretilmiştir. 1853–56 yılları arasındaki Kırım Savaşında Osmanlı askerleri, İngiliz ve Fransız subaylarının kıyılmış şark tütününü kağıda sararak sigara şeklinde içtiklerini görerek uygulamaya koymuşlardır (35–36).

1878 yılında Amerikalı James A. Bonsack saatte 3600 sigara yapabilen ilk sigara makinesini icat etmiştir. 1883'te İngiltere Bonsack makinesini ithal etmiştir. Ülkemize ise ilk paketleme makinesi 1930'da gelmiştir (35).

Osmanlı hükümeti'nin borçlarını ödeyebilmesi için 1879'da yapılan bir sözleşme ile "öşür" vergisi hariç tutularak 10 yıl süreyle Galata Bankerlerinden bir gruba belirli para karşılığında tütün işletmesi devredilmiştir. Bu yetkiyi 1882 yılında "Düyunu Umumiye" devralmıştır. Ekonomik nedenlerle tütün işletmesinin yarı hissesi 1883 yılında Fransız Reji şirketine verilmiştir. Bu şirket İstanbul, İzmir, Samsun ve Adana'da tütün işleyen fabrikalar kurmuş ve 40 yıl kadar saltanat sürdürmüştür. Reji şirketi 1913 yılında Osmanlı İmparatorluğunu tehditle baskı altında tutarak devletten daha güçlü hale getirecek kararlar aldırtmıştır. Buna göre Reji idaresi kısa zamanda 7.000 kişilik "Silahlı kolcu birlikleri" kurmuştur. Kolcuların çoğu cezaevi kaçkınları arasından seçilmiştir. Bunlar tütün kaçakçılığını önlemek bahanesiyle çeşitli bölgelere dağılıp insanlara dayak atıp işkence yaparak bir çoğunun da ölümüne sebep olmuşlardır. 13 Haziran 1921'de Osmanlı Hükümeti ile Reji idaresi arasında yapılan anlaşmayla, bu idarenin bütün alacak ve borçları devlete devir olmuştur (35–36).

26.02.1923 tarih ve 558 sayılı yasa ile tütün satın alınması, işletilmesi ve sigara üretimi gibi tütünle ilgili tüm işlemlerin hükümet tarafından yürütülmesi kabul edilmiştir.

05.06. 1930 tarih ve 1701 sayılı yasa ile de; tütünün tarımı, işletmesi, ticari boyutu ve fabrikasyonu düzenlenmiştir. 3437 sayılı “Tütün İhsarı Kanunu” ise 10.06.1938’de kabul edilmiştir. Bu kanun yetersiz kalınca 1177 sayılı “Tütün ve Tütün Tekeli Kanunu” 09.05 1969 tarihinde yürürlüğe sokulmuştur. Tekel Genel Müdürlüğü 11.04.1983 tarih ve 60 sayılı kanun hükmünde kararname ile ve daha sonra da 19.10.1983 tarih ve 2929 sayılı kanunla “Tekel İşletmeleri Genel Müdürlüğü” adıyla kamu iktisadi kuruluşu haline getirilmiştir. Böylece 121 yıl süren tütün ürünlerinin ithalatının yasaklanmasına son verilmiştir (35).

2.2. Sigaranın Epidemiyolojisi

Prof. Özyardımcı’nın “Sigara ve Sağlık” kitabında yer alan bölümünde Çan, sigara epidemiyolojisi ile ilgili ayrıntılı bir döküm yapmaktadır (9). Burada özetlediğim veriler büyük ölçüde Çan’ın sözünü ettiğim derlemesinden alınmıştır.

Sigara yıllar boyu keyif verici bir alışkanlık olarak görülmüştür. Sağlık üzerine olumsuz etkileri ve içiciye verdiği ciddi zararların görülmeye başlamasıyla dikkatleri üzerine çekmiştir. Ancak henüz tam anlamıyla kontrol altına alınamadığı için, hala çok önemli bireysel ve halk sağlığı sorunu olma özelliğini korumaktadır. Her şeye karşın yapılan çalışmalarda az da olsa yaygınlığının azalmaya başladığının görülmesi umut vericidir. Avrupa ülkeleri tütünle 16. yüzyılda tanışmalarına karşın Meksika, Orta ve Güney Amerika yerlilerince 4000 yıl öncesine dek tütün çiğnendiği bilinmektedir. Avrupa’nın tütünle tanışıklığı Amerikanın keşfiyle gerçekleşmiştir. Ancak 1920 yılından itibaren büyük reklam kampanyalarıyla birlikte sigaranın dağıtımı Batının denetimine geçmiş ve tütün içimi tüm dünyada salgın halini almıştır. Avrupa ülkelerinde akciğer kanserinin yüksek oranda görülmeye başlaması 1930–1960 yılları arasında bu durumu sigara ile ilişkilendirmeye yöneltmiştir. Bu yıllarda gerek Amerika’da, gerekse Avrupa’da yapılan çalışmalar, sigaranın akciğer kanseri, kronik bronşit ve kalp-damar hastalıklarıyla nedensel bir ilişkisi olduğunu göstermiştir. Bu çalışmalar sigara karşıtı etkinliklerin güç kazanmaya başlaması bakımından önemlidir (9).

Çin dünya çapında tüketilen tütünün 1/3’ünden sorumludur. %90’ı erkekler olmak üzere Çin’de 300 milyon insan sigara içmektedir. Çinli erkeklerin %63’ü kadınlarınsa %4’ü sigara içmektedir. Kadınlarda içme sıklığının düşük olmasının olası nedeni bildirim eksikliği olabilir. Çin’de her yıl 750.000 kişi sigara nedeniyle ölmektedir. 1970–1990 yılları arasında sigara tüketiminde gözlenen %260’lık artış ürkütücüdür. 1985–1992 yılları arasında Çin’deki %20’lik artışa karşın gelişmiş ülkelerde %13’lük bir azalma görülmüştür (9).

Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde ise erkeklerin %50'si, kadınların %30'u sigara içmektedir. Latin Amerika'da ise bu oran sırasıyla %40 ve %21 olup yılda 150.000 ölümün sigara ile ilişkili hastalıklardan olduğu bildirilmektedir. Rusya'da erkeklerin üçte ikisi kadınların üçte biri sigara içerken, yılda 280.000 Rus sigara ile ilişkili hastalıklar nedeniyle ölmektedir. 1975–1990 yılları arasında Finlandiya, İsveç, İngiltere, Belçika, Hollanda ve İsviçre'nin de aralarında bulunduğu 12 Avrupa ülkesinde istikrarlı bir düşüş gözlenmiştir. Güneydoğu ve Orta Avrupa ülkesi erkeklerinde sigara içme oranı yüksekken kadınlarında düşük bulunmuştur. Ancak kadınlarda da yükselme eğilimi vardır. Kuzey ve Batı Avrupa'da sigara içme oranı giderek azalmaktadır (9).

ABD'de ise sigara içme sıklığı son otuz yılda ciddi bir düşüş göstermiştir. 18 yaş üstü erişkin başına yıllık sigara tüketimi 53 adettir. Birinci dünya savaşından sonra sigara basının gözdesi olmuş, 1960'larda zirve yapmıştır. 1963'te kişi başına tüketim 4300 sigara olup 1965'te erişkinlerin %42,6'sı sigara içicisidir. Bu dönemden sonra ABD'de ibre tersine dönmüştür. 1995'te erişkinlerin %24,7'sinin halen sigara içtiği, kişi başına sigara tüketiminin 1998'de 2350'ye düştüğü bildirilmektedir. Bu büyük düşmedeki en büyük pay 1970–1980 dönemidir. 1990'da %25,5 olan sigara içme sıklığı 1995'e kadar %3 oranında azalma göstermiştir. Bu azalmada halen sigara içenlerin tanımlanması ile ilgili değişikliklerin etkili olabileceği ileri sürülmektedir. 1999 verilerine göre sıklık %23,5 olup erkeklerde %25,7 kadınlarda %21,5'tir (9).

Gelişmiş ülkelerde sigara içme oranı giderek azalırken gelişmekte olan ülkelerde artış görülmektedir. Bu da sigarayla ilişkili sağlık sorunlarının ileriki dönemlerde daha çok gelişmekte olan ülkelerin sorunu olacağını göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde sigara tüketimindeki bu artışta, gelişmiş ülkelerin kısıtlamalar getirmesi nedeniyle sigara şirketlerinin üçüncü dünya ülkelerine yönelmelerinin etkisi vardır (9).

Dünya genelini kapsayan tahminlerde erkeklerde sigara içme sıklığı %47, kadınlarda %12'dir. Gelişmiş ülkelerde bu oranlar sırasıyla %42 ve %24 tür. Gelişmekte olan ülkelere %48 ve %7'dir. Gelişmiş ülkelerdeki her üç içiciden biri kadinken, gelişmekte olan ülkelere bu oran 1/8'dir. Yani ülkelerin gelişme düzeyi ile sigara içimi ters orantılı iken kadınlar için tam aksi durum söz konusudur (9).

Kadınlarda sigara içme sıklığı, Birinci Dünya Savaşı sonrasında ivme kazanmıştır. 20. yüzyılın ilk yıllarında kadınların sigara içmeleri toplum tarafından hoş görülmediği için kadınlarda sigara içme ile ilgili kayıtlar tutulmamıştır. 1924 yılında kadınların sigara içme sıklığı %6 iken, 1935'te %18,1, 1965'te %34,2 olarak saptanmıştır. Günümüzde Amerikalı kadınlarda sigara içme sıklığı %21,3'tür. Amerikalı kadınlardaki sigara içme sıklığının artışında sigaranın kadın özgürlük hareketlerinin sembolü olarak gösterilmesi ve sosyal

davranışta reklamcılık ve satış stratejilerinin potansiyel etkisi dikkat çekmektedir. Kadın bir taraftan geleneksel rolü ile sigaraya karşı tepkide yerini alırken diğer taraftan eğitim düzeyi yükselen yeni kuşak kadınlar, kadın hakları konusunda kulis etkinlikleri yürüten ve sosyal yaşamı destekleyen statüsü ile sigaranın yanında yer almıştır (9).

1980'lere kadar sigara özgürlük sembolü olmaya devam etmiştir. Bu dönemde sigara şirketlerinin zeki ve dikkatlice yaklaşımları ile kadına yönelik kampanyaları desteklemesi kadınlar arasında sigara tüketimini arttırmıştır. Kampanyalarda kullanılan öğelerden biri de kadınların kilo kontrolü için sigara kullanmasının vurgulanmasıydı. Kadınlara kilo almamak için şeker yerine sigara önerilmekteydi. Sigaranın zararlarıyla ilgili sonuçlar ortaya konana kadar kadınlarda sigara içme sıklıkları artmaya, sigara şirketleri kadınlara özgü kampanyalarını sürdürmeye devam ettiler. Kadınlara yönelik etkinliklerde ücretsiz sigara dağıttılar. Amerikalı kadınlar arasındaki sigara alışkanlığının yaygınlaşmasına yönelik etkinlikler birçok ülkede de benzer şekilde gelişmiştir (9).

Sigara içme sıklığı sosyoekonomik durum, eğitim, ırk, yaşanılan bölge gibi faktörlerle ilişkili olarak değişiklikler göstermektedir. Genel olarak sağlık ve yaşam koşullarının iyi olduğu, kişilerin kendi sağlığına önem verdiği, yasal düzenlemelerle kişilerin sağlıklarının iyi korunduğu yerlerde sigaranın sağlık üzerine olumsuz etkileri iyi bilinmekte ve sigara içme sıklıkları da düşük olmaktadır. Bu açıdan kişilerin eğitim düzeyi önemli bir faktördür. Amerika'da dört yıllık kolej eğitimi alanların %58,9'u sigarayı hiç denememişken daha az eğitilmişlerde bu oran %43,3'tür. Sigara içme davranışının toplumsal bir norm olarak kabul gördüğü gelişmekte olan ülkelerde ise sigara içme sıklığı her eğitim düzeyinde yüksektir. Bu durum ülkemizde de böyledir. Ülkemizde topluma model oluşturan öğretmen ve doktorlarda sigara içme oranının yüksek oluşu endişe vericidir (9).

Sigaranın toplumsal açıdan önem taşıyan koroner kalp hastalığı, kronik bronşit ve akciğer kanseri gibi ölümcül hastalıklara neden olduğu bilinmektedir. Çalışmalar, sigara tüketiminin yüksek olduğu ülkelerde akciğer kanserinin %80-90'ından, kronik bronşit ve amfizem ölümlerinin %75-90'ından ve koroner kalp hastalığı ölümlerinin %25-30'undan sigaranın sorumlu olduğunu ortaya koymuştur. Sigaranın yol açtığı hastalıklar ve bunların maliyeti de ele alınmalıdır. Amerika ve Kanada'da 1990 yılında yapılan analizlerde sigara kullanımıyla ilişkili doğrudan tedavi maliyetlerinin yıllık 50 milyar dolar olduğu bildirilmektedir. Bu maliyet 1987'den 28 milyar dolar daha fazladır. Bu maliyetin içinde pasif içiciliğe bağlı sağlık sorunlarının maliyeti, gebelikte sigara içimine bağlı fetal sonuçlar ve sigara ile ilişkili yanıkların tedavileri yer almamaktadır. İş gücü kaybıyla erken ölümler de dolaylı kayıplardır (9).

Ülkemizde ve pek çok ülkede sigara içme alışkanlığına erken yaşlarda başladığını düşünecek olursak, sigara içme ve bırakma davranışında genç kesimin son derece önemli bir grup oldukları gözlenecektir. Amerika Bileşik Devletleri’nde sigara içicilerinin %80’i sigara alışkanlığına 18 yaşından önce başlamaktadırlar. Bu nedenle gelecekteki sigara içme eğilimlerinin bilinmesinde gençlere yönelik etkinlikler önemlidir. 1996 yılında Ankara’da yapılan bir çalışmada gençlerin sigaraya başlama yaşının çoğunlukla üniversiteye başlama yıllarına ya da lise bittikten sonraki döneme rastladığı görülmüştür. Şu anda lisede olan öğrencilerde sigaraya başlama yaşı 14,2, ortaokul öğrencilerinde ise 12,4’tür (9).

Güney Doğu Anadolu Projesi (GAP) bölgesinde 9 ili kapsayan bir çalışmada 15 yaş ve üzeri kişilerde sigara içme oranı %29,5 olarak bulunmuştur (kırsal bölgelerde %22,8; kentsel bölgelerde %34,5). 15 yaş ve üzerinde olup halen sigara içenlerin oranı kadınlarda %11,8, erkeklerde %49,8’dir. Sigara içenlerin oranı hem kadınlarda hem de erkeklerde kentsel bölgelerde kırsal bölgelere göre daha yüksek bulunmuştur. 15 yaş ve üzeri kadınlarda sigara içme oranı kırsal bölgelerde %5,8 iken, kentsel bölgelerde %16,6’ya yükselmektedir. Bu oranlar erkeklerde kırsal bölgelerde %43,8 kentsel bölgelerde ise %53,8’dir (37). 1997 yılı verilerine göre Türkiye’de erişkin erkeklerin %51’i, kadınların ise %49’u düzenli içicidir. Türkiye’de kişi başına tüketilen sigara sayısı 1970 yılında 1804 adet iken, yıllar içerisinde giderek artış göstermiş ve 1998 yılında 2394 adede çıkmıştır. Yine 1970–1998 yılları arasında sigara üretiminin 3 kat arttığını görmekteyiz (38).

Dünya Sağlık Örgütü, “Sağlık 21” sloganı ile 21. yüzyılda herkes için sağlık kapsamında 12. hedef olarak tütün, alkol ve bağımlılık yapan maddeleri ele almıştır. Üye ülkelerin tümünde 2015 yılına kadar tütün, alkol ve bağımlılık yapan maddelerin sağlık üzerinde olumsuz etkilerinin azaltılması gerektiğini öngörmektedir. Özellikle tüm ülkelerde sigara içmeyenlerin oranının, on beş yaş üzerinde en az %80, on beş yaş altında % 100’e yakın olması gerektiği ifade edilmiştir. İnsanoğlunun bu yüzyıl içerisinde sağlık durumunu düzeltmek için yapabileceği en büyük gelişme toplumda sigara içme yaygınlığının azaltılmasıdır. Kontrol programlarındaki gecikme her yıl bir milyon gencin sigarayla tanışmasına, dört yüz binden fazla erişkinin erken yaşta hayatını kaybetmesine neden olmaktadır (9).

2.3. Sigara ve İlişkili Hastalıklar

2.3.1. Sigaranın Genel Sağlık Üzerine Etkileri

Sigara kullanımının, ölümcül etkilerinin yanı sıra, içmeyenlerle kıyaslandığında içenleri daha fazla hastalandırdığını da görmekteyiz. Sigara kullanıcıları, bırakanlara veya hiç içmemişlere nazaran akut ve kronik hastalığa yakalanarak gündelik etkinlikten daha fazla yoksun kalma durumundadırlar. Ayrıca yatalak olarak geçirdikleri gün sayısı daha fazla olup, daha fazla okul veya iş devamsızlığı yaparlar. Ergenlik çağında sigara içmeye başlayan ve uzun süredir düzenli olarak sigara içen kişilerin yarısı sigaradan ölmekte ve bunların yarısı da orta yaşlarda ölmektedirler. Bu kişilerin beklenen yaşam süreleri içmeyenlerle karşılaştırıldığında 20–25 yıl daha kısadır. 1990 yılında tüm dünyada sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle ölüm oranı %2,6 iken, 2020 yılında bu oranın %9'lara çıkacağı tahmin edilmektedir.

Sigara ölümle sonlanmayan yaklaşık 50 kadar kronik ve 20'ye yakın da ölümcül hastalıkla ilişkilidir. Sigaranın akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), periferik ateroskleroz (damar hastalığı), kalp-damar ve beyin-damar hastalıklarının nedeni olduğu bilinmektedir. Sigara içimi tüm kronik akciğer hastalıklarının %80'inden, kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerin de üçte birinden sorumlu bulunmuştur. Yakın zamanlarda elde edilen kanıtlar kadınların sigaradan daha fazla zarar görme olasılıkları olduğunu göstermektedir (8).

2.3.2. Sigara ve Akciğer Kanseri

Sigaradaki nitrozamin 4- (methylnitrosamino)-1-(3-pridyl)-1-butanone'un (NNK) deney hayvanında akciğer kanseri oluşturduğu gösterilmiştir. NNK vücutta metaboliti olan 4- (methylnitrosamino)-1-(3-pridyl)-1-butanol (NNAL)'a dönüşür. NNK/NNAL oranında değişiklik olması sigaranın, kanser yapıcı etkisinde önemli bir faktör olarak göze çarpmaktadır. Sigaranın toksik metabolitleri DNA hasarı yaparak solunum yollarında epitel hasarına sebebiyet vermektedir. Bu hasarın başlangıcı skuamöz metaplazi şeklinde olup sigara içilmeye devam edilecek olursa karsinoma insitu'ya dönüşebilmektedir (39).

Tüm dünyada sigara karşıtı hareketlerin en güçlü dayanağı sigara ile akciğer kanseri ilişkisinin gösterilmiş olmasıdır. Keyif verici bir madde olarak tanınmış olan tütün içiminin hızla yayılması, kullanmakla ortaya çıkan hastalıklar kanıtlanıncaya dek sürmüştür. Önceleri tütün kullanımının bazı sakıncaları gözlense de akciğer kanseri ile ilişkisinin gösterilmesinden

sonra özellikle bilim adamları için sigara ile mücadelenin bir görev halini alması kaçınılmaz olmuştur. 1900–1930 yılları arasındaki dönemlerde sigara ile akciğer kanseri arasındaki ilişki henüz kanıtlanamadığı için bu dönemde sigara kullanımı kısıtlanmamış, aksine özellikle savaş yıllarında askerlere tavsiye edilmiştir. 1914–1918 yıllarında yaşanan Birinci Dünya Savaşı sigara tüketiminin en hızlı arttığı dönemdir. 1930–1960 yılları arasındaki dönem ise akciğer kanseri epidemisinin başladığı yıllardır. Sigaranın akciğer kanserine neden olduğundan sıkça söz edilir olmuş, ancak aradaki bağ net olarak ortaya konamamıştır. 1960–1980 arası dönem sorunun tanımlanarak, mücadele yöntemlerinin ortaya konulduğu dönemdir (40).

İlk kez 1964'teki "Surgeon General" raporu, resmi olarak sigara içiminin akciğer kanseri ile nedensel ilişkisi olduğunu ortaya koymuştur. Bundan sonra da yapılan tüm çalışmalarda sigaranın akciğer kanserinin tüm histolojik tipleri için hem erkek hem de kadında önemli bir neden olduğu saptanmıştır. Önceleri akciğer kanseri bir erkek hastalığı olarak kabul edilip kadınlar bu konuda şanslı cinsiyet olarak görülmüştür. Ancak tütün kullanımının kadınlar arasında yaygınlaşmasıyla bu şanslı durum giderek kaybolmuş ve 1950'lerden beri kadınlarda akciğer kanserine bağlı ölümlerde %600'lük bir artış gözlenmiştir. Epidermoid, küçük hücreli, büyük hücreli ve adeno karsinom gibi histolojik tipleri olan akciğer kanseri en sık görülen kanser türlerindendir. Tüm dünyada yıllık 1,3 milyon ölümlerle en sık öldüren kanser olan ve başlıca sağlık sorunlarından birisi olmaya da devam eden akciğer kanseri, 1987'den itibaren kadınlarda meme kanserini geçerek birinci sıraya yerleşmiştir. 1980 yılından beri Amerika'da her yıl sigaranın yol açtığı hastalıklardan 3 milyon kadar kadının beklenenden erken öldüğü rapor edilmiştir (8, 40).

1991'de ABD'de 161.000 akciğer kanseri olgusu, 143.000 akciğer kanseri ölümü saptanmıştır. Halen ABD'de erkeklerde bütün kanser ölümlerinin %32'si, kadınlarda %25'i akciğer kanserindendir. Ülkemizde ilk yapılan kanser kayıt çalışmasına göre erkeklerdeki tüm kanserlerin %38,6'sı akciğer kanseridir ve yaşa göre standartlaştırılmış insidans hızı 61,6/100.000'dir. Sağlık Bakanlığı'nın 1999 yılı verilerine göre akciğer kanseri erkeklerde %29,4 ile birinci, kadınlarda %4,1 ile 6. sıradadır. Türkiye'deki en büyük veri serisine göre olguların %90,4'ü erkek, %9,6'sı kadındır. Bu veri serisindeki histolojik tiplerin %79,5'i küçük hücreli olmayan akciğer kanseri, %20,5'i de küçük hücreli akciğer kanseridir. Ülkemizde yılda 20.000–40.000 arasında akciğer kanserine bağlı ölüm olabileceği tahmin edilmektedir. Her sigara kullanıcısı için akciğer kanseri riski, içilen sigaranın miktarı ve süresiyle artış gösterir. Örnek verecek olursak, günde 40'dan fazla sigara içen, 20'den az sigara içene göre iki kat daha fazla risk altındadır. Sigaraya başlama yaşı da ayrı bir faktör olup 15 yaşından önce başlayanlar 25 yaşından sonra başlayanlara göre 4 kat daha fazla akciğer kanseri riskine sahiptirler. Yakın zamanlara kadar akciğer kanseri prevalansı erkekte

durağan kalırken kadında dramatik bir şekilde artmaya devam etmektedir. Halen ABD’de akciğer kanseri kadınlarda da en önemli kanser ölümü nedenidir (8,41).

Yayınlanmış çoğu çalışmada pasif sigara içimi ile akciğer kanseri arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Kendi içmediği halde eşi sigara içenlerde, eşi içmeyenlere göre akciğer kanseri gelişme riski %30 artmış olarak bulunmuştur. Amerika’da her yıl akciğer kanserinden ölenlerin yaklaşık 3.000’inin pasif içici olduğu düşünülmektedir. Sigarayı bırakan içiciler bırakmayanlara göre akciğer kanseri olma bakımından daha az risk altındadırlar. Sigara bırakıldıktan sonra kanser gelişme riski 5 yılda %50, 10 yılda %80 dolayında azalma göstermektedir. Bazı araştırmalar, 20 yıldan daha az sigara içen kişilerde sigarayı bıraktıktan 10–15 yıl sonra akciğer kanseri riskinin içmeyenlerle aynı düzeye indiğini göstermesine karşın, başka araştırmalar sigarayı bırakma düzeyinde duracağını ve sigara içmeyenlere göre yüksek kalacağını göstermiştir (40, 41).

Dünyamız son yıllarda bilim ve teknolojiye, buna koşut olarak da tıp biliminde yeni buluş ve gelişmelere sahne olmuştur. Ancak en önemli nedeni sigara kullanımı olan akciğer kanseri tedavisinde alınan yol henüz yeterince başarılı ve yüz güldürücü değildir. Bundan dolayıdır ki önümüzdeki yıllarda akciğer kanserinin görülme sıklığını azaltmak gibi bir çaba içerisine girilecekse, özellikle çocuklar ve gençler arasında sigara kullanımının yaygınlığını azaltmaya yönelik çalışmalara hız verilmelidir. Başarı, bu hedef kitleyi ele alan çalışmalarla yakalanacaktır (40).

2.3.3 Sigara ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Sigaranın içerdiği parçacıkların bölgesel depolanması, akciğer hastalıklarının gelişiminde ilk basamağı oluşturur. Parçacıkların çökme hızı onların büyüklüğüne, kişinin akciğer yapı ve işlevine ve nefesin akım hızına bağlıdır. Etkilediği bölgeleri santral, periferik ve alveolo-kapiller alan olarak ayırabiliriz. Santral hava yollarında en belirgin olarak gözlenen etkisi, akciğer savunma sisteminde önemli bir yeri olan siliyaların sayısında ve işlevlerinde azalma yapmasıdır. Sigaranın içindeki CO, N₂O ve SO₂ gazları siliyalar üzerinde doğrudan toksik etki göstermektedir. Siliya işlevinin bozulması ve mukus salgısının artışı, bakteriyel bağlanma artışına yol açar. Sigara büyük miktarda toksik serbest oksijen radikalleri içerir. Özellikle amfizem başta olmak üzere KOAH’ın gelişiminde sigaranın içerdiği serbest radikaller ve peroksidaz pek çok değişiklikten sorumlu tutulmaktadır. Serbest radikaller ve peroksidaz ayrıca nötrofil elastazın salınımını artırmak suretiyle goblet hücre hiperplazisine, epitel hasarına, IL–8 artışına ve mukus aşırı salgılanmasına neden olmaktadır. Aşırı mukus

salgılanması olan hastalarda sigara bırakıldıktan sonra mukus üretimi normale dönmektedir (39).

Sigaranın akciğer hastalıklarının oluşumunda önemli bir diğer etkisi de oksidan ve antioksidan sistem üzerinedir. Sigaranın oksidan etkisi belirgin olarak hücre zarının lipid bileşeninedir. Sigara ile etkinleşen alveolar makrofajlar fibroblastlar üzerinde toksik etki göstermekte, elastin ve kollagen yapımı bundan zarar görmektedir. Fibrozis, alveol komşuluğunda küçük arter yıkımına ve dolayısıyla parankima hasarına yol açmaktadır. Sonuçta oksidan stres ve proteazlara bağlı hasar ile kalıcı havayolu hastalıkları gelişmektedir (39). Sigara ayrıca mukosiliyer ve surfaktan etkinliğini ve makrofajların bakterisidal ve fagositer etkilerini bloke ederek hem parankimal hem de işlevsel bozukluğa neden olur (42).

En az 2 yıl arka arkaya 3'er ay süreyle devam eden öksürük, balgam çıkarma ve dispne ile karakterize bir hastalık olan kronik bronşit ile terminal bronşiyollerin distalindeki bölümlerin genişleyip alveol duvarının fibrozis olmaksızın hasarlanması anlamına gelen amfizemin birlikteliği, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olarak bilinir ve tüm dünyada mortalite ve morbiditenin önde gelen nedenlerindendir. Ölüm nedenleri arasında İngiltere'de 3., Amerika'da 4. ve dünyada 6. sırada olduğu bildirilmektedir. Amerika'da 1993 yılında 100.000 kişinin ölüm nedeni olarak KOAH tanısı konmuş olup 1999 yılında 40 yaş ve üzerinde 15.000.000 KOAH hastasının olduğu bildirilmektedir. Bu hastalığın demografik dağılımı ile sigara kullanımının demografik dağılımı koşutluk göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde artan tütün tüketimine koşut olarak hastalığın görülme sıklığında da artış gözlenmektedir. İngiltere'de 1983 yılı verilerine göre bu hastalığa bağlı sağlık hizmeti maliyeti 25.000.000 sterlin, üretim kaybı ise 625.000.000 sterlindir. 1999 verilerine göre Amerika'da KOAH'lı başına yıllık bakım maliyeti 12.000 dolar dolayında hesaplanmıştır (43).

KOAH oluşumunda, birçok etken rol oynar. Bu etkenleri sigara içme, hava kirliliği, enfeksiyonlar, kalıtım, sosyal durum, atopi, nonspesifik hava yolu hiperreaktivitesi ve alfa-1-antitripsin eksikliği olarak sıralayabiliriz. Kronik bronşit etiyojisi en önemli etken sigara içimi olup, içicilerin yarısında kronik bronşit gelişmektedir. Sigara içiminin etkileri sigara içiminin yoğunluğu ve sigara içme süresi ile yakından ilişkilidir. Kronik bronşit insidansı sigara içenlerde içmeyenlere oranla 15–20 kat fazladır. Sigara içen duyarlı kişilerde solunum işlevlerindeki gerileme hızı oldukça yaygın ve belirgindir. Erişkinlerde yıllık birinci saniye zorlu ekspirasyon volümü (Forced expiratory volum in one second – FEV₁) azalışı ortalama 20–30 ml dolayındadır. Sigara içen erişkin erkeklerde normal yıllık FEV₁ azalışına ek olarak her bir paket yıl için 9 ml, kadınlarda ise 6 ml daha fazla azalma söz konusudur. Temelde bu azalma oranı 30 paket/yıl sigara içen kişide içmeyen kişiden fazla olup, 270 ml.'lik ek bir

FEV₁ azalması gerçekleşecektir. Bunun yanında günlük 30 sigara içen duyarlı sigara içicilerinde FEV₁'deki azalma miktarı yıllık 120–150 ml.'ye ulaşabilmektedir. Erişkinlerde öksürük ve balgam çıkarma prevalansına ait karşılaştırmalı çalışmalarda, sigara içenlerde içmeyenlere göre dikkate değer ölçüde baskın bir artış vardır. KOAH olgularının çoğunun 20 paket yılın üzerinde sigara içme öyküleri vardır. İçilen sigaranın toplam sayısının yanı sıra inhale edilen sigaranın toksik gaz ve parçacık içeriğinin akciğerdeki dağılımı ve toplam miktarı da önemlidir. KOAH'ın etiolojisinde sigara kullanımına bağlı kronik uyarı ana neden olarak kabul edilmekle birlikte, pasif içicilik de doğum öncesi dönemde akciğerlerin gelişimini bozarak, ileriki yıllarda KOAH gelişimine zemin hazırlamaktadır (42, 43).

Yapılan çalışmalar genç ve orta yaşlı asemptomatik sigara içicilerde bronş hiperreaktivitesinde artış olduğunu göstermiştir. Yine sigara içmeyen pasif sigara içicilerde parçacıklar akciğerde depolanarak kan nikotin-karboksihemoglobin düzeyinin artışına neden olmaktadır. Çalışmalar babadan çok annenin sigara içiminin hastalığın sıklığında artışa yol açtığını göstermiştir. Sigarayı bırakmak, hem FEV₁ azalışında hem de solunum fonksiyonlarının geri dönüşünde oldukça yararlıdır. Bunu yanında tek bir sigara içmek bile hava yolları direncinde artışa yol açmaktadır. Mesleksi ve kimyasal tozlar ile iç ve dış ortam hava kirliliği de kronik bronşit oluşumu için önemli etkenlerdir. Kronik bronşit özellikle endüstriyel gazların, kimyasal dumanların ve bitkisel tozların yoğun olarak bulunduğu meslek gruplarında çalışanlarda sık görülmektedir. Bu meslek gruplarını; kömür ve ağır maden işçiliği, metal işçiliği, kağıt üretimi, çimento ve tekstil işçiliği olarak sıralayabiliriz. Hava kirliliğinin belirgin olduğu yerlerde oturanlarda kronik bronşit sıklığının yüksek olduğu gösterilmiştir. Çocukluk döneminde geçirilen akut solunum yolu enfeksiyonları bronş mukoza epitelinde yıkım oluşturarak mukoza direncini azalttığından kronik bronşit oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Özellikle 2 yaşından önce geçirilen bronşit veya bronşiyolit persistan anormal akciğer fonksiyonuna neden olduğu ve ileri yaşlarda sigara içiminin de eklenmesiyle kronik bronşit gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğu görülmüştür. Yine KOAH gelişimi ile ilgili ileri sürülen hipotezlerden İngiliz Hipotezi'ne (=British Hypothesis) göre kronik obstrüktif bronşit; sigara, hava kirliliği ve tekrarlayan enfeksiyonların yaptığı bronş irritasyonu ve mukus gland hipertrofisi sonucu gelişmektedir (42).

En önemli nedenin sigara olduğu bilinen bu hastalığın tedavisinin amacı, ilerleyici seyirli bir hastalık olduğu için semptomları azaltmak, solunum fonksiyonlarının kötüleşmesini önleyerek yaşam kalitesini artırmak ve yaşam süresini uzatmaktır. En önemli basamak sigaranın bırakılması ve iç/dış ortam kirliliğinin denetimini içerir. Sigaranın bırakılması, KOAH'ın bütün evrelerinde en temel yaklaşımdır. Sigaranın bırakılması ile bir aylık sürede bile öksürük ve balgam çıkarma semptomları azalmaktadır. Sigaranın bırakılması zaman

içerisinde akciğer fonksiyonlarında %5'e varan düzelme de sağlayabilmektedir. Bu düzelme sigara ne kadar erken bırakılırsa o kadar belirgin düzeyde olacaktır. Sigaranın bırakılması mortalitenin azaltılmasında devamlı oksijen tedavisi ile birlikte en etkin yaklaşımdır. Sigara varlığında oksijen tedavisinin polisitemiyi düzeltmediği gösterildiğinden, sigara içmeye devam eden KOAH'lılara bu tedavi önerilmemektedir. Çevre kirliliği, havadaki iritan toz ve gazlara maruz kalınması, çalışma ortamındaki toz, kimyasal dumanlar ve endüstriyel gazlarla temas hali mevcut yakınmaların artmasına neden olacağından kirliliğin kontrolü gereklidir. Hastalık ilerlediğinde ise bronkodilatörler, antienflamatuar ajanlar, mukolitik-ekspektoranlar ve korpulmonale de varsa dijital, diüretik ve uzun süreli oksijen uygulaması eklenmelidir (42, 43).

2.3.4. Kardiyovasküler Etkiler

Sigara kullanımı ve koroner kalp hastalıkları arasındaki ilişki ilk olarak 1940 yılında ortaya kondu. Bu tarihi izleyen yıllarda sigaranın kardiyovasküler hastalık riskini, inmeyi, kalp krizini, ani ölümü, aort anevrizmasını ve periferik arter hastalıklarını artırdığını gösteren çeşitli çalışmalar yapılmıştır. 1990 yılı itibari ile Amerika'da sigaraya bağlı 23.281'i beyin damar hastalığından olmak üzere 179.820 ölüm bildirilmiştir. Bu tarihte 1988'e göre kalp hastalığına bağlı ölümlerde %10,4 kadar bir azalma görülmüş olup kardiyovasküler ölümler tüm ölümlerin %20'sini oluşturmaktaydı. Britanyalı erkek doktorlar arasında yapılan ve yirmi yıl süren bir çalışmada günde yirmi beş ve daha fazla sigara içenlerde, içmeyenlere göre koroner kalp hastalığına bağlı mortalite 2,3 kat fazla bulundu. Sigara içen kadınlarda yapılan çalışmalar da benzer sonuçlar içeriyordu. Bir çalışmada günde bir ila dört sigara içen kadınlarda koroner kalp hastalığının 2,5 kat daha fazla olduğu gösterildi. Birçok ileriye dönük çalışma ise hem kadın hem erkek sigara içicilerinde miyokard enfarktüsü, tekrarlayıcı kalp atakları ve koroner arter hastalığına (KAH) bağlı ani ölüm risklerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Sigara içen her iki cinsten KAH insidansı 2-4 kat fazladır. KAH'ndan ölüm riski günde içilen sigara, inhalasyon derinliği, sigaraya başlama yaşı ve içilen yıl sayısı ile ilişkilidir. Ayrıca sigara KAH, hiperkolesterolemi ve diyabet gibi diğer risk faktörlerini de büyük oranda etkilemektedir (8, 44).

Sigara akut ve kronik miyokard değişikliklerine yol açar. Akut olarak sigara oksijen ihtiyacını arttırarak veya kan arzını azaltma yolu ile oksijen sunumunu azaltarak miyokard iskemisine yol açar. Bu değişiklikler koroner arter spazmı ve/veya trombosit agregasyonu ve adhezyonu ile sonuçlanabilir. Bir çalışmada holter monitorizasyonu ile koroner kalp hastalarında sigara içimi sırasında %33 daha fazla iskemi geliştiği gözlenmiştir. Ayrıca sigara

özellikle başta ventriküler fibrilasyon olmak üzere disritmilerin eşğini azaltarak ani ölüme yol açabilir. Kronik olarak sigara içimi olasılıkla yineleyen endotel hasarına yol açarak koroner ateroskleroza neden olur; düz kas proliferasyonunu uyarak trombosit yapışmasını artırır; LDL-kolesterolü artırır ve/veya HDL-kolesterolü azaltır (8, 44).

Birçok çalışma sigaranın hem kadın hem erkekte inmelere yol açtığını göstermiştir. Sigara içenlerdeki inme riski içmeyenlerden 2 kat fazladır. Bu risk doza bağlıdır ve gençlerde daha güçlüdür. Bir çalışmada sigara içenlerin karotis arterlerinde aterom plaklarının genişlikleri, içmeyenlere göre 2,3 kat fazla bulunmuştur (8, 44).

Hiç sigara kullanmadığı halde çevresinde sigara dumanı ile yaşayanlarda da kalp hastalığı riski artmaktadır. Eski çalışmalarda kalp hastalığı ve pasif içicilik mantıksal olarak öne sürülürken yapılan epidemiyolojik ve deneysel çalışmalar bu ilişkiyi tartışmasız olarak ortaya koymuştur. Bu çalışmalardan birinde sigara içenlerle birlikte yaşayan sigara kullanmayan kişilerde pasif içiciliğin kalp hastalıklarının en önemli sebebi olduğunu ve kalp hastalığı riskini % 30 kadar artırdığını görmekteyiz. Bu çalışmaların eksik tarafı ise, sigaraya maruz kalmanın dolaylı olarak değerlendirilmesi ve ev dışı sigaraya maruz kalmayla ilgili bilgi olmamasıdır. Pasif içiciliğin kısa dönemdeki etkisi karboksihemoglobin veya tromboz üzerinden olmaktadır, uzun dönem sürecektir olan etkisi endotel hasarı ve plak gelişimi ile olmaktadır (44).

Sigaranın bırakılması koroner kalp hastalığı olasılığında düşmeye yol açacaktır. Daha önce sigara kullanan bir kişi, sigarayı bırakması durumunda bir yıl gibi kısa bir sürede neredeyse hiç içmemiş kişilerle eşit düzeyi gösteren bir risk azalması söz konusudur. Sigara kullanımını bırakmayla, koroner kalp hastalığından ölüm oranı düşer, sonuçta da hayat beklentisi olumlu etkilenir. Kişi daha önceden kalp krizi geçirmiş ve sonrasında sigara kullanmayı bırakmışsa krizin tekrarlama olasılığının azalacağı ortaya konmuştur. Birçok çalışmada sigarayı bırakmanın kalp krizini azalttığı gösterilmiştir (44).

2.3.5. Sigaranın Gebe ve Fetüse Etkisi

Sigara kullanımı hipotalamo-hipofizer hormonal sistemi baskılayarak LH pikini engelleyip prolaktin ve tiroksin salgılanmasını baskılar. Bu hormonal etkilerinden dolayı sigara, adet düzensizliği yapabilir ya da var olan düzensizliği daha da kötüleştirebilir. Ayrıca sigara kullanımı dismenoreyle de yakından ilişkilidir. Sigaranın tubal mukoza siliyer etkinliğini ve oositlerde mayotik içciklenmeyi bozduğu, fertilizasyon oranını düşürdüğü, oosit sayısını azalttığı ve abortus oranını artırdığı gösterilmiştir. Olgu kontrol çalışmalarında, sigara içen 10928 kadında 2916 (%26,6) infertilite saptanırken, sigara kullanmayan 19179

kadında 3990 (%20) infertilite saptanmıştır. Kohort çalışmalarının toplamında sigara içen 6990 kadında %20,3 infertilite, sigara içmeyen 13069 kadında %14,2 infertilite saptanmış olup, sigara kullanımının infertilite ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Sigara ektopik gebelik riskini de 2 kat arttırmaktadır (45).

Sigara kullanan gebelerde spontan abortus riski 2 kat daha yüksek olup bu risk, kullanılan sigara miktarıyla anlamlı bir şekilde artış göstermektedir. Yapılan çalışmalar kullanılan sigaranın miktarıyla erken doğum arasında doğrudan ilişki olduğunu göstermiştir. Ayrıca gebelerin sigara kullanmaları normale göre 200 gram daha az ağırlıkta çocuk doğurmalarına neden olmaktadır. Amerika'da gebeliği süresince sigara içen kadınların gebeliğinin canlı doğumla sonuçlanma sıklığının 1989'dan 1996'ya kadar %43 azalma gösterdiği ifade edilmektedir. Düşük doğum ağırlığı da içilen sigara miktarıyla doğrudan ilişkilidir. Bir çalışmada gebelikte sigara içilen yeni doğanların kafa çapları ve boylarının, içmeyenlere göre daha küçük olduğu bulunmuştur.

Sigara kullanımı ablasyo plasenta sıklığını %90 oranında artırırken bu artış kullanılan sigara dozuyla da doğru orantılıdır. Tersini gösteren çalışmalar olsa da, gebelikte sigara kullanımıyla preeklampsi sıklığının azaldığı gözlenmektedir. Sibai ve arkadaşları, preeklampsi sıklığını hiç sigara içmemişlerde %5,9, sigarayı gebeliğin başında bırakanlarda %2,7 ve gebeliğinin tamamında sigara içenlerde %3,7 olarak bulmuşlardır. Sigara içen gebelerde, ağır içicilerde daha fazla olmak üzere OGTT bozuklukları ve yüksek HbA1c düzeyleri de görülebilmektedir. Gebelikte sigara içimi fetal hipoksi ve konjenital anomolilere neden olurken, lohusalıkta içim nikotin proaktini baskılamasından dolayı süt miktarının azalmasına neden olmaktadır (45).

Kadınlarda sigara içme alışkanlığı annelik işlevi nedeniyle ayrı bir önem taşımaktadır. Üreme çağındaki kadınlarda sigara kullanım sıklığı yaklaşık olarak %30'dur. Gebelikte sigara kullanım oranı ise biraz daha düşük olup, %15-30 arasında değişmektedir. Gebelik öncesi sigara içenlerin çoğu gebeliğin 4. haftasına kadar gebeliğin farkına varamadıklarından sigara içmeye devam etmekte ve gebeliğin saptanmasıyla sigarayı %50 oranında bırakmaktadırlar. Özellikle multipar, şişman, stresli, işte çalışanlar ve gebeliğinde antenatal bakım almayanların gebeliği esnasında sigarayı bırakabilmeleri oldukça düşük olasılıktır (45). Özellikle 20 yaş üstü kadınlar arasında gebelik süresince sigara içme sıklığı azalmakta, daha genç yaştaki gebelerde ise riskli davranışa devam edilmektedir (9).

Sivas'ta yapılan bir çalışmada gebeliğin herhangi bir döneminde sigara içmiş olanların oranı %17, gebeliğin başından sonuna kadar aralıksız içmiş olanların oranı %9, doğumu izleyen birinci gündeki sigara kullanımı nokta prevalansı %9 olarak bulunmuştur. Kadınların eşlerinde sigara içme oranı %68 olarak saptanırken, gebeliğin birinci ayında sigara içmekte

olan kişilerden %46'sının sigarayı bıraktığı ortaya konmuştur. Eğitimi ve sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kadınlarda sigara içme oranı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Gebeliğin herhangi bir döneminde sigara içmiş olma oranı, eşleri sigara içenlerde %20, eşleri sigara içmeyenlerde %10'dur. Eşi sigara içen kadınların %87,5'i eşlerinin gebelik döneminde evde sigara içtiğini belirtmişler. Düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma oranı gebelikte sigara içenlerde, gebelikte sigara içmemiş olanlardan anlamlı düzeyde yüksek olarak gözlenmiştir. (%12'ye karşı %4). Ayrıca yine bu çalışmada, gebeliklerinde sigara içen kadınların sigara bırakma konusunda bir hekim veya hemşireden yeterli bırakma tavsiyesi ve desteği almadıkları görülmüştür. Sonuçta bu çalışmayla sigara ve çevresel sigara dumanının zararlı etkilerinden anne ve bebeği koruyabilecek çalışmaların güçlendirilmesine gereksinim olduğu söylenmektedir (46).

Erzurum'da yapılan başka bir çalışmada ise, sigara kullanımının plasenta ağırlığını ve yeni doğan bebeklerin doğum ağırlığını olumsuz etkilediği ortaya konmuştur. Yine bu çalışmayla, günlük sigara kullanımı 10 ve daha az olsa bile söz konusu etkilerin yine de görülebileceği ve toplumun bu yönde bilinçlendirilmesi gerektiği ortaya konmuştur (47).

Gebeliği sırasında sigara içen annelerin bebekleri ortalama 200–250 gr daha hafiftir ve daha erken doğma olasılıkları daha yüksektir. Bundan başka ölü doğum, doğum sonrası ölüm ve ani bebek ölüm sendromu riski sigara içen anne bebeklerinde daha yüksektir. Yine sigara içen annelerin bebeklerini yeterince emziremedikleri saptanmaktadır. Emziren anne sigara içtiğinde sütle bebeğine nikotin geçirmektedir. Gebelik sırasında sigara içimi doğmamış çocukta birçok ağır sağlık sorununa yol açabilir. Gebelik sırasındaki sigara içimi erken doğumların %14'ünden ve tüm bebek ölümlerinin %10'undan sorumludur. Annenin sigara içimi bebek ve küçük çocuklardaki astımla da ilişkilidir. Sigara dumanına maruz kalma ve astım, 0–5 yaşları arasında 4331 çocuğun değerlendirildiği bir çalışmada incelenmiş, anneleri en az yarım paket sigara içen çocuklarda toplam 2,1 kat daha fazla astım görülme riskinin olduğu, ilk yaşta ise bu riskin 2,6 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir. Sigara ve atopi ilişkisi de gösterilmiştir: Anneleri sigara içen çocuklarda cilt testlerinde alerji daha sık saptanmış, ebeveynleri sigara içen erkek çocukların kan IgE ve eozinofil düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Çocukluktaki pasif sigaranın erişkin astımı için risk olduğu da gösterilmiştir (8).

2.3.6. Sigara ile İlişkili Diğer Hastalıklar

Amerika'da tüm kanser ölümlerinin 1/3'ü sigaraya bağlanmaktadır. Yapılan birçok çalışma, kanser türlerinin çoğunun sigara ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bunlar; ağız boşluğu, larinks, böbrek, mide, pankreas, özefagus, mesane, uterus ve akciğer

kanserleridir.Yine çeşitli çalışmalarda hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı ve diğer kalp hastalıkları, serebro vasküler hastalıklar, ateroskleroz, aort anevrizması, KOAH vs. gibi hastalıkların sigara kullanımına bağlı hastalıklar olduğu gösterilmiştir (8, 48).

Akut ülserli diş eti hastalığı, kalp spazmı, sırt ağrısı, burger hastalığı, duodenal ülser, katarakt, kolon polipleri, crohn, depresyon, tip 2 diabetes mellitus, işitme kaybı, grip, impotans, görme siniri hastalığı, eklem bağ zedelenmesi, maküler dejenerasyon, kas zedelenmesi, boyun ağrısı, nistagmus, göz içi mantar hastalığı, osteoporoz, osteoartrit, çevresel damar hastalığı, pnömoni, sedef hastalığı, cilt kırışıklığı, mide ülseri, tendon zedelenmesi, tütün körlüğü, diş dökülmesi, tüberküloz gibi hastalıklar, sigara içenlerde riski artmış hastalıklardır (48).

Sigara içicilerinde bağışıklık sistemi bozulması, doğurganlık azalması, erken menopoza, ejakülat hacminin azalması, sperm sayısı azalması, sperm hareketi azalması, spermin yumurta dölleme yeteneğinin azalması, sperm şekil bozuklukları gibi işlev bozuklukları olabilmektedir (48).

Astım, kronik nezle, diyabetik retinopati, graves hastalığı, multipl skleroz, görme siniri iltihabı gibi hastalıkların bulguları sigara içicilerinde oldukça ağır seyretmektedir. Tüberküloz, nezle, inflamatuvar barsak hastalığı, grip ve pnömoni gibi hastalıklar ise sigara kullananlarda daha ağır ve inatçı seyretmektedir (48).

2.4. Sigara İçme Davranışını Etkileyen Çeşitli Faktörler

Harvard'da üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışma, üniversiteye başlamadan önce alkol kullanıyor olmanın, sigara içme oranını 3 kattan fazla arttırdığını göstermiştir. Dindar olmamak, partilere katılıyor olmak ve özellikle kız öğrenciler için yurttan kalıyor olmak sigara içme davranışını arttırmaktadır. Sigara içiciliğini esrar kullanmak 6,8 kat, aşırı alkol kullanmak 4,9 kat ve bir önceki ay 2 ya da daha fazla cinsel partneri olmak (kızlar için) 3 kat arttırmaktadır. Yine kadın cinsiyet olmak, mutsuzluk, eğitim açısından tatmin olmamak, atletizme katılmamak ve çoklu cinsel partner sahibi olmak sigara içme davranışının artmasında önemli belirteçler olarak ifade edilmiştir (49).

Connecticut'ta yaşları 9–19 arasında olan öğrencilerde yapılan çalışmada; sigara kullananların okul performanslarının daha düşük olduğu, diyetle daha az dikkat ettikleri, daha az egzersiz yaptıkları, daha çok televizyon izledikleri, intihar düşünce ve girişiminin daha fazla olduğu ve cinsel olarak daha aktif olma baskısını hissetme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Risk alma ve stresin sigara içme davranışını arttırdığı gözlenmiştir (16).

Tütün, alkol ve diğer psikoaktif maddelere başlama yaşı genellikle ergenlik ya da genç erişkinlik dönemidir. Sokak çocuklarının oluşturduğu bir popülasyonda yapılan çalışmada, çocuklar arasında yasa dışı bir madde kullanmak ve sokakta geceleme sigara ile karşılaşmayı artıran en önemli faktörlerdi (50).

Selçuk Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nın yapmış olduğu bir çalışmada sigara kullanan öğrencilerin Anne Baba Tutum Ölçeği puanı ortalamaları, sigara kullanmayan öğrencilerin puan ortalamalarına göre anlamlı ölçüde daha düşük bulundu. Anne Baba Tutum Ölçeği puanları otoriter yöne doğru kaydıkça, sigara içme oranında artış vardı. Kızların sigara kullanmasını artıran önemli değişken olarak annenin birden fazla evlilik yapması saptandı. Anne babanın işi, eğitimi, ailenin gelir düzeyi ile çocukların sigara kullanması arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Ailenin gelir düzeyi, anne ve babanın eğitim düzeyi, babanın işi, annenin işi ve çalışıp çalışmaması, ailenin parçalanmışlığı veya anne babadan birinin ölmüş olması ile sigara alışkanlığı arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı. Gençlerde sigara içme davranışında ailenin sosyal, ekonomik ve kültürel durumundan çok, anne babanın otoriter tutumunun etkili olduğu görülmekteydi (51).

Ergenler maddeyi olumsuz duyguları ile baş edebilmek ve hoşla giden duygular yaşayabilmek için kullanırlar. Ayrıca ergenlerin pek çoğu madde kullanımından kaçınacak sosyal beceri ve bilişsel gelişim düzeyine de sahip değildirler. Genetik özellikler, depresyon ve okul başarısızlığı gibi bireysel etkenler, aile içi çatışma ve aşırı katı ya da aşırı serbest ebeveyn tutumları gibi ailesel etkenler, arkadaş gruplarının özellikleri, yaşanan çevrenin madde kullanımına karşı tutumu ve maddenin elde edilebilirliği gibi toplumsal etkenler ergenlerin madde kullanması açısından belirleyici olabilmektedirler. Ailenin ergene desteği, güçlü aile bağları ve eğitime devam etme isteği gibi bazı koruyucu etkenler ise ergeni madde kullanımından alıkoymaktadır. Bu etkenler mevcut risk faktörlerinin etkilerini ergenin dayanıklılığını artırarak ve maddeye maruz kalma olasılığını azaltarak dengeleyebilirler. Tüm bu etkenlerin farkında olmak hekimlere, ergeni madde kullanma riski açısından değerlendirme ve uygun önleme ve müdahale çalışmalarında bulunma şansı yaratır (52).

Selçuk Üniversitesinde yapılan bir çalışmada değerlendirilen toplam 323 öğrencide nikotin bağımlılığı (NB) ve nikotin yoksunluğunun (NY) bir yıllık yaygınlığı sırasıyla %17 ve %4 olarak bulundu. Öğrencilerin %26,3'üne NB veya NY dışında herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı konmuştu. Herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı konan öğrencilerde NB bulunma riskinin psikiyatrik tanı konmayan öğrencilere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu (%30,6'a karşılık %12,2). Alkol kötüye kullanımı (%72,7'e karşılık %15,1), herhangi bir duygudurum bozukluğu (%36,0'a karşılık %15,4) ve herhangi bir anksiyete

bozukluğu olanlarda (%29,3'e karşılık %13,9) NB'nin tanı konmayan öğrencilere göre anlamlı derecede daha yaygın olduğu saptandı (53).

2005 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi'nin yapmış olduğu bir çalışmada sigarayı bırakmış olanlar tekrar sigaraya başlama nedeni olarak aşırı içme isteği (%39,2), stres (%27), sinirlilik (%12,2), arkadaş ortamı (%9,5), depresyon (%8,1) ve kilo artışı (%4) göstermişlerdir (18).

2004 yılında Adana Çukurova Üniversitesi 1. sınıf öğrencilerinde yapılan çalışmada sigara içme davranışının; erkek cinsiyet olmaya, düşük akademik performansa (sınıfta kalma durumuna), yüksek gelir sahibi öğrenci olmaya, annenin eğitim seviyesinin yüksekliğine ve sigara içen arkadaş sayısına bağlı olduğu saptandı (54).

Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları (sigara) polikliniğinde yapılan ve 2005'de yayınlanan çalışmada; olguların sigarayı bırakma nedenleri arasında ilk 2 sırayı sağlığını korumak ve çocuklarına karşı duydukları sorumluluk oluşturuyordu. Yaşı 40'ın üzerinde olan, çocuklu ve çalıştığı yerde sigara içilmeyen olgularda sigara bırakma oranı anlamlı olarak yüksek bulunurken, sigaraya başlama yaşı 20'nin üzerinde ve günde içtiği sigara sayısı 20'nin üstünde olanlarda ise yine bırakma yüzdeleri yüksek ancak istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (55).

Celal Bayar Üniversitesinin yapmış olduğu bir çalışma, sigarayı bırakanlarda bırakmayanlara göre depresyonun anlamlı olarak daha düşük gözleendiği sonucunu ortaya koymuştur (56).

Vermont Üniversitesi Psikiyatri polikliniğinin bir çalışmasına göre; zayıflamak için diyet yapmak sigaraya tekrar başlamayı artırmaktadır. Bu yüzden diyet yerine bırakmayı da artırıcı özelliğe sahip olan egzersizin yeğlenmesi gerektiği ifade edilmektedir (57).

2.5. Sigara ve Sosyal İçicilik

Sosyal içicilik, daha yoğun olmayan ve daha düşük sıklıkta tütün kullanımı, düşük nikotin bağımlılığı, düşük bırakma isteği ve düşük bırakma denemesi ile karakterizedir. ABD'de 119 üniversitede yapılan çalışmada 2401 aktif içicinin %51'i ve günlük içicilerin %19'u sosyal içiciydi. Günlük yarım paketten daha az içenlerde bağımlılık düşükken sosyal içicilik yüksekti. Ayrıca sigaraya son 2 yıl içerisinde başlayanlarda sosyal içiciliğin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Sanatla uğraşanlarda, arkadaşlarıyla daha çok vakit geçirenlerde ve sık alkol alanlarda sosyal içicilik yüksek olup, bu kişiler sigara bırakma davranışı için daha az hazırdırlar. Sigarayı bırakmayı deneme isteği ve son zamanlarda deneme yapmış olmanın sosyal içicilikle ters orantılı ilişkisi ilginçtir. Çünkü sosyal içicilerde bağımlılık oranı azdır.

Sosyal içiciler kendilerini, tiryaki ya da nikotin bağımlılığı için risk altında görmezler. Genellikle mezuniyet sonrası bırakacaklarını düşünürler ancak çeşitli çalışmalar aksi sonuçlar göstermektedir. Hiçbir sigara içme düzeyinin güvenilir olmadığı çalışmalarla gösterilmiş olsa da, sosyal içiciler kendilerini sigarayla ilişkili hastalıklar bakımından risk altında görmezler (58).

2.6. Tütün Kontrolü ve Yerleşkelerde Sigarayla İlgili Programlar

Sigara endüstrisinin pazarlama stratejileri genç erişkinlerin sosyal etkinliklerine odaklanarak, tütün kullanımını genç erişkinlerin sosyal çevresinin bir parçası haline getirmeye çalışmaktadırlar (58).

1964 yılında sigarayla akciğer kanseri birlikteliğinin ortaya konmasıyla bu konuya tüm dünyada ilgi hızla artarak tütünün zararları ve korunma yollarını kapsayan konferanslar vermeye başlanmıştır. Bu konferanslardan ilki 1967 yılında Amerika'nın New York şehrinde yapılmıştır. 1970 yılındaki Genel Kurul Toplantısında DSÖ, tütün kullanımının insan sağlığına verebileceği zararlarla ilgili bir bildiri yayınlamıştır. 1988 yılında ise her yılın 31 Mayıs'ı "Dünya Sigarasız Günü-Sigara İçmeme Günü" olarak belirlenerek, yıl boyunca bütün Ülkelerde DSÖ'nün her yıl belirlemiş olduğu slogan çerçevesinde çalışmalar yapılması önerildi. Tütün ekimi, sigara üretimi, tütün ürünlerinin fiyatlandırılması, nikotin ve katran içerikleri, tütün kaçakçılığının önlenmesi, sigara kullanımının zararları, çocuklara sigara satışının engellenmesi, pasif içiciliğin önüne geçilmesi, sigara tanıtımı ve sponsorlukları gibi konuları kapsayan "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi", DSÖ'nün tütün kontrolü konusunda atmış olduğu en önemli adımdır. 2001 yılında hazırlanmaya başlanan ve 2003 yılında yapılan genel kurulda oy birliği ile kabul edilen ve 168 ülkenin bakanlarınca imzalanmış olan bu sözleşmede şu konular yer almaktadır:

- * Tütün firmalarının her türlü tanıtım ve sponsorluk yapmalarının yasaklanması,
- * Sigara paketleri üzerinde, paketin en az %30'unu kaplayacak şekilde uyarı yazısıyla yine kullanıcının dikkatini çekecek resimlere yer verilmesi,
- * Çevresel sigara dumanından etkilenmenin önüne geçilmesi,
- * Sigaradan alınan vergilerin yükseltilerek sigara fiyatlarının yükseltilmesi,
- * Tütün kaçakçılığının önlenmesi.

57 ülkenin parlamentosunca onaylanmış olan bu sözleşme, 27 Şubat 2004 tarihinden itibaren uluslar arası bir yasa niteliği kazanmıştır. Sözleşmeye uymayan ülkeler için uygulanabilecek yaptırımların belirlenmesiyle ilgili çalışmalar devam etmektedir (59).

Son 20 yılda Amerika’da tütün kullanımında düşüş görülse de üniversite öğrencilerinde tütün kullanma oranı hala yüksektir. 12 üniversiteden 1300 öğrencinin katıldığı çalışmada, son 30 günde sigara içme oranı %37 bulunmuş olup, içicilik 1. sınıfta en fazla iken, sınıf yükseldikçe azalmaktadır. Bu çalışmada koruyucu eğitim programlarının sigara içme oranlarını azalttığı, ancak sigaranın satış ve dağıtımını engellemeye yönelik politikaların kullanma davranışıyla ilişkisinin anlamsız olduğu saptanmıştır. Sigara kullanımı konusunda eğitim alan öğrencilerin, üniversitede bu eğitimi almamışlara göre %23 daha az içici oldukları saptanmıştır (60).

Türkiye’de 1924 yılında kurulan Tekel’in varlığı nedeniyle uzun yıllar tütün kontrolü konusunda özel çaba gösterilmesi gerekmemiştir. Sigarayla ilgili hemen hiç tanıtım yapılmazken 1984 yılında yabancı sigaraların ithali serbestlik kazanmasıyla, bu sigaraların cazibesi ve tanıtımlar gençlerde sigara kullanımını tırmandırmıştır. Tütün kontrolüyle ilgili ilk adımsa 1987 yılında Sağlık Bakanlığınca sigara kullanımının kontrolüne yönelik başlatılan çalışmayla atılmıştır. “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair” yasa 1991 yılında Meclisten geçerken, eş zamanlı olarak yabancılara Türkiye’de sigara fabrikası kurabilme izni verilmesi de önemli bir çelişkiydi. Tütün kontrolüne yönelik ilk bilimsel toplantı “Sigara ile Mücadele I. Ulusal Kongresi” adı altında Ankara’da 1992 yılında yapılmıştır. 1995 yılında kurulan Ulusal Komite, sayıları 60’ın üzerinde olan ve sigarayla mücadele eden kamu kuruluşları ve sivil toplum örgütlerini bir araya getirmiştir. 4207 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” TBMM’de 7 Kasım 1996 günü kabul edilmiş ve 26 Kasım 1996 günü Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Yasadaki başlıca maddeler tütün mamullerinin her türlü reklam ve tanıtımının ve 18 yaşından küçük çocuklara sigara satışının yasaklanması, sigara paketleri üzerine sağlığa zararlı olduğuna işaret eden uyarı yazılması, toplu olarak bulunan başlıca yerlerde, toplu taşıma araçlarında, sağlık, spor ve eğitim tesislerinde sigara içiminin kısıtlanması şeklindedir. Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair 4207 sayılı Kanunun uygulanması ile ilgili bazı güçlükler olmakla birlikte, ülkemizde özellikle bu yasanın yürürlüğe girmesinden sonraki dönemde sigara kullanımı ile ilgili olarak çeşitli kısıtlamalar gündeme gelmiştir. Örneğin toplu taşıma araçlarında ve toplu bulunan pek çok ortamda sigara içilmemesi bir sosyal norm olarak benimsenmiştir. 25 Kasım 2004 tarihinde DSÖ tarafından hazırlanan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi TBMM tarafından kabul edilmiştir. Bu arada 2002 yılında 4733 sayılı yasa ile kurulmuş bulunan Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu tarafından da bazı yönetmelik ve bildiriler yayınlanmış, bu şekilde 4207 sayılı yasanın uygulanması ile ilgili bazı aksaklıkların giderilmesi yoluna gidilmiştir (59).

Tütünün kontrolünde birçok sektörün işbirliği gereklidir. Ülkemiz için tütün kontrolünün ekonomiye zarardan çok yarar getireceği bildirilmektedir. Kapsamlı tütün kontrol programı uygulayan birçok ülkede tütün tüketimi hızla azalmış ve sonuç olarak kanserler, kalp hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve düşük doğum ağırlığı oranlarında azalma sağlanmıştır. Tütün kontrol etkinliklerinden amaç tütün ürünlerine olan talebi azaltmaktır. Talepteki bu değişim tütün ürünleri için yapılan harcamaların diğer mal ve hizmetlere kaymasını sağlayacaktır. Tütün endüstrisi zarar görse de diğer sektörler yararlanacak, işsizlik olmayacaktır (8).

Dünyada birçok yönetim tütün kontrolünün istenmeyen ekonomik sonuçları olacağı endişesi ile harekete geçme sorunu yaşamıştır. Tütün talebinde düşme olması ile birlikte kitlesel iş kayıpları yaşanacağı, tütünden alınan vergi gelirlerinin kaybedileceği, vergi oranlarının artırılması ile kaçakçılıkta kitlesel artışa neden olunacağı gibi görüşler sürekli gündemde olmuştur. Tütün üretimi ile ilgili işler Bangladeş, Mısır, Filipinler, Tayland ve ülkemizde imalat ile ilgili işlerin %2,5-5'ini oluşturmaktadır. İnsanların tütüne para harcamaktan vazgeçmeleri durumunda genellikle onun yerine başka ürünlere para harcayacakları ve böylece olası iş kaybını telafi edecek alternatif iş kaynakları yaratacakları gerçeği dikkate alınmalıdır. Güçlü tarım ve ticaret politikalarını desteklemek, geniş çaplı kırsal gelişim politikaları hazırlamak, ürün çeşitlendirilmesinde yardımcı olmak, kırsal eğitim ve diğer güvenlik ağı sistemleri oluşturmak gibi farklı çabalar uygun savaşım planları kapsamındadır (8).

Sigara vergilerinin devlet bütçelerine etkilerini incelemek için geliştirilen bir modelde, sigaralardan alınan vergi kesintilerinde tüm dünyada %10 oranında orta derecede bir artış yapılmasının ülkeden ülkeye değişmekle birlikte genel olarak tütün vergilerinden elde edilen geliri yaklaşık olarak yüzde yedi oranında artıracığı sonucuna varılmıştır. Tanıtım ve özendirme yasakları, toplumun bilgilendirilmesi ve uyarı etiketleri gibi bazı fiyat dışı önlemlerin geliri azaltması beklenebilir. Nikotin replasman tedavisinin sağlık sigorta kurumlarınca ödenmesi ve sigarayı bıraktırmaya yönelik diğer çabalar da tüketimi, dolayısıyla geliri azaltacaktır. Ancak gelir üzerinde ortaya çıkabilecek bu tür bir etki kademeli olarak gerçekleşecek ve bu durum her ne olursa olsun vergi artışlarını da içeren kapsamlı bir kontrol paketi gelirde olasılıkla net artışa yol açacaktır. Ayrıca tütün kontrolündeki son hedef insan sağlığına yarar sağlamak olduğundan, tütün tüketiminin tütün vergi gelirlerinin azalacağı noktaya kadar düşmesi istenir bir sonuç olacaktır. Aynı zamanda yönetimler tütün vergilerinden elde edilen gelirin yerini alacak alternatif bir gelir ya da tüketim vergisini devreye sokma serbestisine sahiptirler (8).

Gelişmiş ülkeler, geniş kapsamlı tütün kontrol programı uygulayabilmek için programın uygulandığı yıl ve nüfus başına 0,5–2,5 dolarlık maliyete neden olmuşlardır. Dünya Bankası'nın "Sağlık Alanında Tasarruf" başlıklı 1993 yılına ait Gelişme Raporu'nda, tütün kontrolünü de içeren halk sağlığına yönelik temel girişimler paketinin uygulanması için düşük gelir düzeyine sahip ülkelerdeki yönetimlerin nüfus başına 4 dolar, orta gelir düzeyine sahip ülkelerdeki yönetimlerin ise 7 dolar harcaması gerekeceği tahmin edilmiştir. Tütün kontrolü mali açıdan karşılanabilir düzeyde görülmektedir (8).

Firmaların tütün içmeyi özendirici çalışmaları tütün kontrolünde yapılması gereken savaşında önemli bir engel olarak görünmektedir. Amerika'da yapılan bir çalışmada üniversitelerin %95,6'sında özendirme çalışmalarının yapıldığı, öğrencilerin %91,6'sının yerleşkede yapılan özendirme çalışmalarına maruz kaldığı saptanmıştır. Tütün özendirilmesinin etkisinde kalma birinci sınıflarda en düşükken dördüncü sınıflarda en yüksek bulundu. Tütün endüstrisinin sponsor olduğu barlarda, gece kulüplerinde ve yerleşkelerdeki etkinliklere katılmak, sigara içme prevalansını artırmaktadır. Bu özendirme etkinlikleri düzenli sigara içmeyenlerin sigara içimini arttırmalarına ya da düzenli sigara içicisi olmalarına neden olmaktadır (61).

Başka bir çalışma da Kanada'da yapılmıştır. Bu çalışmada yirmi iki üniversitenin yirmisinde yerleşke gazetelerinde tütün içmeyi özendirici tanıtım yapılmasına son on iki ayda (2003–2004) izin verilmiş olup, yayınlamayı engelleyen herhangi bir yönetmelik bulunmamaktadır. Bu üniversitelerin %76'sında tütün satışı serbesttir. Yüzde 57'sinde yerleşke içi satış noktalarında %19'unda ise sadece yerleşke barlarında satılmaktadır. Üniversite yurtlarının %81'inde, kolej yurtlarının %75'inde sigara kullanmak serbesttir. Son bir yıl içinde üniversite öğrencilerinin %20'si tütün ürünleri şirketlerinin sponsorluğunu yaptığı bir sosyal olaya katılmıştır. Üniversite yerleşkelerinde tütün kontrol politikası konusunda yapılmakta olan çalışmalar yetersiz olup tütün pazarlaması sıkça yapılmaktadır. Yerleşke yöneticileri ve sağlıkçıları tütün kontrolü konusunda yeterli girişimi yapmamaktadırlar. Yerleşkeler adeta tütün dostu bir görünüm sergilemektedirler. Ancak yine de yerleşkelerde tütün kontrol çalışmaları için artan destek ve kaynak söz konusudur (62).

Kontrol programı için aşağıdaki basamaklar önerilmektedir:

1. Gençlerin sigara içmeye başlamaları engellenmelidir. Gençlerin sigara kullanmalarını sigara fiyatları önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Sigara fiyatlarının vergiler yoluyla artırılması, vergi kaybına uğramaksızın sağlığa önemli katkılar sağlayacaktır. Sigara fiyatlarının artırılması, DSÖ tarafından tütün kontrol yöntemi olarak önerilmektedir.
2. "Tütün kullanımı için cesaret kırıcı mali politikalar uygulamak, büyümeden ve fiyatlardan daha hızlı artan bir vergilendirme sistemi".

3. Artırılan vergilerden elde edilen paraların önemli bir bölümünü tütünle mücadele ve sağlık düzeyini iyileştirmeye yönelik etkinliklere ayrılması.
4. Çevresel sigara dumanına maruz bırakılmanın engellenmesi.
5. Sosyo-ekonomik, davranışsal, cesaretlendirici ve tütün kullanmaya iten etkenlerin ortadan kaldırılması.
6. Doğrudan ve dolaylı olarak yapılan tütün reklamlarının, tütün içmeye özendirmelerin ve sponsorlukların ortadan kaldırılması.
7. Kişiyi etkiletilici sağlık uyarılarının paketlere konması ve reklama yönelik tanıtımların tamamen önlenmesi; tütünün toksik içeriklerinin tamamen ortaya konması ve paketler üzerinde zorunlu olarak belirtilmesi.
8. Tütün üretimine alternatif olabilecek ürünlerin özendirilerek gerekli desteğin verilmesi.
9. Tütünle ilgili konuların etkin bir şekilde yönetimi, izlemi ve değerlendirilmesi (8).

Tütünle mücadelede tüm yükü sağlık sektörü üstlenmemelidir. Diğer sektörlerinde sağlık sektörüyle tütün kontrol çalışmalarında iş birliği içerisinde olmalıdır. Tütün kontrolünde ilk baştaki hedefler; sigarayı bırakmak isteyen insanların sayısını %20 kadar artırırken, bırakma hızını %10 kadar artırmaktır (8).

Tütüne başlamanın önlenmesinde birçok yöntem denenmektedir. Günümüzde, gelişmiş ülkelerde tütün kontrolü, çözülmesi en zor sorunlardan birisidir. Gelişmiş ülkelerde tütün kontrolü için çok yüksek bütçeler ayrılarak, bu konuda çok yoğun çalışmalar yapılmaktadır. ABD’de 1994 yılında yayınlanan, okullardaki tütün kullanımını engellemeye yönelik bir kılavuzda eğitim çalışmalarının 6–8. sınıflarda başlaması gerekliliği yer almıştır. Yine okulların tamamında, tütün içmeyi engelleyici eğitim programının içeriği; tütünün yol açtığı psikososyal etkilerin anlatılmasını, tütün kullanmayı engelleyici becerilerin kazandırıldığı konuları kapsayan nitelikte olmalıdır. Bütün okullarda gereksinime göre bu eğitimin dernekler, basın ve aileler tarafından desteklenmesinin gerekliliği önerilmiştir. 2000 yılı “Surgeon General” raporunda, okullardaki sağlık ve tütün kullanımını engelleme programının aşağıdaki konuları içermesi önerilmektedir:

1. Tütün kullanımına karşı tüm okullarda bir okul politikası geliştirilmelidir. Okuldaki öğretmenler ve diğer görevliler yanında, ziyaretçilerle öğrencilere okul sınırları içinde sigara içilmesi yasaklanmalıdır.
2. Tütün kullanımını engellemeye yönelik tüm okullarda 6–12. sınıfları kapsayacak şekilde eğitim programı oluşturulmalıdır.
3. Tüm okullarda bu eğitim programı göz önünde bulundurularak; öğrencilere sigara içmenin nedenleri, zararları ve sonuçları anlatılmalıdır. Sigara içmemeleri için davranışsal beceriler kazandırmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

4. Müfredata tütün kullanılmasını engelleyecek eğitim programı sokulmalı ve programın işlerliği kontrol edilmelidir (8).

Sigara alışkanlığının kontrolü ve tütünün zararlı etkilerinden toplumun korunması konusunda yapılması gerekenler aslında bellidir. Gelişmiş ülkelerde denenmiş ve başarılı olmuş stratejileri, toplumumuzun gereksinim ve farklılıklarına göre düzenleyerek uygulamamız gerekmektedir. Ne yazık ki bu tür etkinlikler çok geç başlamış olup halen de çok etkin değildir. Tütün kontrol çalışması düşünülüyorsa öncelikli olarak gençlerin ele alınması düşünülmelidir. Her zaman hastalığı tedavi etmekten çok hasta olunmaması için gereken önlemleri almak yeğlenecek bir yaklaşımdır. Sigaraya başlamamış, ona hiç gereksinim duymayan, hatta onun kokusundan ve dumanından tiksinen kişinin, psikolojik baskı ve yönlendirmelerle kendisine esir eden bir maddeye bağımlı hale getirilmesi sürecine müdahale etmek toplumsal sorumluluk taşıyan tüm insanların görevidir. Kendileri içici olsalar bile, hiçbir anne ve baba kendilerinden çok sevdikleri çocuklarının tütün pazarlayan şirketlerin gelir arttırma politikalarına yem olmalarına razı gelmezler. Sigara ve gençlik birbiriyle çok yakın bağıntılı iki sözcüktür. Biz sağlıkçılar ve toplumsal sorumluluk bağlamında sigara karşıtı görev yüklenenler, en az sigara üretip pazarlayanlar kadar bu iki kavram arasındaki yakın ilişkinin farkına varıp ona göre stratejiler geliştirmeliyiz. Bunu başarabildiğimiz takdirde sigarasız bir dünya hayal olmayacaktır (63).

2.7. Sigara ve Pasif İçicilik

Pasif ya da istemsiz tütün içimi, solunan çevre havasında tütün dumanına maruz kalmayı ifade etmektedir. Bu, tütünden dışarıya salınan dumanla içicinin dışarıya üflemiş olduğu dumanının birleşimine maruz kalmak anlamına gelir. Maruz kalınan duman, 40 kadarı kanserojen olarak bilinen 4000'den fazla madde içermektedir. Ev ortamında anne, baba ve diğer kişilerin içtikleri tütünden ortaya çıkan duman, ev içi hava kirliliğinin en önemli nedeni olup önemli sağlık sorunlarının yanı sıra hoş olmayan çevre kokusu ve göz irritasyonuna da yol açar. Amerika'da Çevresel Korunma Kurumu sigarayı bilinen bir insan karsinojeni kabul etmiştir (64).

İlk kez 1981'de Japon bir araştırmacı 91.000 ev hanımında yaptığı çalışma ile kocası sigara içenlerde akciğer kanseri riskinin fazla olduğunu göstermiş ve bunu birçok çalışma desteklemiştir. Edilgin olarak tütün dumanının etkisinde kalma, sigara içmeyen insanlarda ölüm ve hastalıklara yol açmaktadır. Dünya genelinde her yıl 600.000 insan pasif içicilik nedeniyle ölmektedir. En önemli zararları çocuk ve gebelerdir (8).

Çevresel Koruma Ajansının raporuna göre ABD’de her yıl 3.000 yeni akciğer kanseri, pasif sigara etkisine bağlı olarak gelişmektedir. İleriye dönük büyük bir çalışmada çevresel sigara dumanına çocukken sık maruz kalmanın akciğer kanserini 3,63 kat artırdığı gösterilmiştir. İstemsiz sigara dumanı etkisinde kalma ile KAH riski arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma içicilerle aynı evde yaşayan içmeyenlerin riskinin %20–50 daha fazla olduğunu göstermiştir. Birçok çalışmada edilgin içicilik dozuyla bozulan sağlığın doğru orantılı olduğu gösterilmiştir. Amerikan Kalp Birliği 1,2 kat daha az bir risk bile olsa çevresel sigara etkisinde kalmaya bağlı olarak yılda 30.000–40.000 fazladan kalp hastasının ortaya çıktığını bildirmiştir (8).

Ev içinde çevresel tütün dumanına maruz kalan çocuklarla ilgili çalışmalar solunumsal hastalık riskinin belirgin derecede arttığını göstermiştir. Maternal sigaraya maruz kalan bebeklerde yaşamın ilk 2 yılında pnömoni, bronşiyolit ve bronşit gibi solunumsal hastalıklar daha fazladır. Babanın sigara içimi ve ev içindeki toplam içici sayısı da riski artırmaktadır. Çevresel Koruma Ajansı raporuna göre çevresel tütün dumanına maruz kalma, ABD’de her yıl, 18 ay ve daha küçük bebeklerde 150.000–300.000 fazladan alt solunum yolu hastalığına yol açmaktadır. Öksürük, balgam ve hırıltı gibi belirtiler, anne ve babaları sigara içen çocuklarda daha sıktır. Pasif sigara ile çocukluk astımı arasında ilişki vardır. İngiltere’de her yıl 17.000 çocuğun çevresel tütün dumanı nedeniyle hastanelere yatırıldığı bildirilmektedir. İstemsiz sigara çocukların akciğer fonksiyonlarının gelişim hızını düşürür. İçicilerin evlerinde yaşayan çocuklarda bronş duyarlılığı artmıştır. Boyacı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çocukların %70 kadarının evinde en az bir kişinin sigara içtiği saptanmış ve ülke ortalaması olarak çocukların %75 kadarının pasif sigaraya maruz kaldığı bildirilmiştir (8).

ABD’de yapılan bir çalışmada 5 yaş altındaki çocukların yaklaşık %42’sinin sigara içilen evlerde yaşadıkları saptanmıştır. Almanya’da 1987 yılında yapılan bir çalışmada 2 yaşından küçük çocukların %59’unun, 2–5 yaşında olan çocukların %50’sinin ve 6–13 yaşları arasında olan çocukların %68’inin evlerinde sigara içilmektedir. Hollanda ve Romanya’da evlerin %60’nda ve Polonya’da %65’inde sigara içilmektedir. Çevresel sigara dumanına maruz kalınması durumunda, çocuklarda kan kotinin düzeyi artmakta ve erişkinlere göre daha uzun sürede metabolize edilmektedir. İngiltere’de 5–7 yaşlarındaki 4000’den fazla çocukla yapılan bir çalışmada, tükürük kotinin düzeyleri sigara etkilenimi olmayan, anne babası sigara içen ve anne babası günde 20 taneden fazla sigara içen çocuklarda sırasıyla 0,29 ng/ml, 4,05 ng/ml ve 9,03 ng/ml olarak ölçülmüştür. Çocuklar erişkin dönemde oluşabilecek yukarıda sayılan hastalıklara ek olarak çocukken ortaya çıkabilen bazı hastalık durumları için de risk altındadırlar. Bunlar artmış solunum yolu hastalıkları, düşük doğum ağırlığı, ani bebek ölümü sendromu ve nöropsikiyatrik gelişim bozukluklarıdır (65).

Dünya üzerindeki ülkelerin pek çoğunda çocuklar pasif sigara dumanından etkilenmektedirler. Akut solunum yolu hastalıkları çocukluk çağının önemli hastalık ve ölüm nedenlerindendir. Akut solunum yolu hastalıkları çocukların akciğerlerini etkileyerek başta astıma yatkınlık olmak üzere kronik akciğer hastalıklarının gelişmesine ve erişkin yaşlarda akciğer kapasitelerinin düşmesine neden olmaktadır. Çevresel sigara dumanı, akciğer gelişimi tamamlanmamış olan bir çocuğun akciğerlerini etkileyerek akut solunum yolu hastalıklarına zemin hazırlar. Çocuğun çevresel sigara dumanından etkilenmesinde anne babanın sigara içmesi ama özellikle de annenin sigara içiyor olması önemlidir. Çevresel sigara dumanından etkilenim sonucunda çocuklarda bronşit, bronşiyolit, pnömoni gibi alt solunum yolu enfeksiyonları, orta kulak enfeksiyonu, üst solunum yolu irritasyonu, azalmış akciğer işlevi ve astımlı çocuklarda artmış astım atak sayısı görülmektedir. ABD'de bebeklerde oluşan pnömoninin %50'sinin nedeninin pasif sigara dumanından etkilenme olduğu saptanmıştır (65).

Annenin sigara içmesi ile bebeğin düşük doğum ağırlığı sorunu ile doğması arasında da nedensel ilişki gösterilmiştir. Annenin sigara içiyor olması doğum ağırlığının beklenenden yaklaşık 150–200 gram daha az olmasına yol açmaktadır. Bunun sigara içmenin sonucunda oluşan hipoksi nedeniyle olduğu kabul edilmektedir. Sigara içmeyen ancak çevresel sigara dumanından etkilenen hamile kadınların bebeklerinin yaklaşık 10–110 gr arasında, ortalama 35 gr daha düşük ağırlıkla doğduğunu çalışmalar göstermektedir. Gebelerin pasif içicilikten etkilenimi, sigara içmeyen kadının amniyotik sıvısında ve bebeğin doğduğu ilk gün idrarında ölçülen kotinin düzeyi ile gösterilmektedir. Haddow ve arkadaşları 1231 hamile kadınla yaptıkları bir çalışmada, serum kotinin düzeyi <0,5 ng/ml'den düşük olan annelere göre 1,0–9,9 ng/ml arasında olan kadınların bebeklerinin ortalama doğum ağırlıklarının 108 gr daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Doğum ağırlığının bu kadar düşük düzeyde azalmış olmasının sağlık üzerine olan etkileri bilinmemekle birlikte çok fazla sayıda bebek bu bilinmeyen etkiyle karşı karşıyadır. ABD'de düşük doğum ağırlıklı doğan çocukların %52'sinin çevresel sigara dumanından etkilenimi sonucunda olduğu tahmin edilmektedir.

Ani Bebek Ölüm Sendromu, 1 ay – 1 yaş arası bebeklerin uykuda iken aniden, beklenmedik biçimde ve açıklanamayan nedenle ölmesidir. Annenin sigara içiyor olması bir risk faktörüdür. Annenin gebelikte sigara içmesi, anne sütü verilmesi ve diğer tüm karıştırıcı faktörler kontrol edildiğinde annenin doğumdan sonra sigara içmesi durumunda ani bebek ölümü riski 2,3 kat, babanın sigara içmesi durumunda 3,5 kat arttığı saptanmıştır. Bebeğin sigara içen annenin yanında yatması durumunda ani bebek ölümü sendromu riski bir miktar daha artmaktadır. Yine yapılan çalışmalar annenin sigara içmesi durumunda çocukta azalmış bilişsel kapasite başta olmak üzere, hiperaktivite, dikkat eksikliği, konuşma bozuklukları gibi nöropsikiyatrik bozukluklar olabileceğini göstermiştir. Ancak buradaki bozuklukların pasif

içicilik sonucunda mı yoksa annenin sigara içmesi sonucunda mı ortaya çıktığı konusu tartışmalıdır (65).

Bursa’da yapılan bir çalışmada 2 yaşın altındaki akut bronşiyolitli olguların %43 kadarının pasif tütün içicisi olduğu ortaya konmuştur (64). Yine ülkemizde her yıl 8.750 kişinin başkasının dumanından öldüğü tahmin edilmektedir (8). Çevresel sigara dumanı etkisinde kalmanın ortadan kalkmasıyla pasif içiciliğin getirdiği riskler azalır ve hatta zamanla ortadan kalkabilir. Bundan dolayı ebeveynlere yapılacak eğitim de son derece önemlidir. Gerek çocukların sağlığı, gerekse ebeveynlerin sağlığı açısından sigara içilmemesi gelecek kuşakların sağlık kalitesini arttıracaktır. Hekimler ise bu konuda üzerine düşen eğitim hizmetini vermeyi görev bilmelidirler (64).

2.8. Tütünle Savaşmada Birinci Basamağın Rolü

Sigara tiryakilerinin sağlık seviyelerini yükseltmek için yapabilecekleri en olumlu davranış sigarayı bırakmalarıdır. Ancak sigarayı bırakanların yalnızca %10 kadarı profesyonel yardıma gereksinim duymaksızın bunu başarabilmektedirler. Nüfusunun %40’ı sigara tiryakisi olan ülkemizde, sigara içenlerin ancak %6’sı birinci basamak hekiminin önerisiyle bu alışkanlığından vazgeçebilmektedir. Birinci basamak hekimleri, davranış değişikliği döngüsünün (düşünme öncesi dönem, düşünme dönemi, hazırlık dönemi, eylem dönemi ve sürdürme dönemi) herhangi bir evresinde olan hastalara kısa klinik görüşmeler, yoğun klinik görüşmeler ve farmakoterapi uygulayarak sigarayı bıraktırebilmelidirler (66).

Sağlık hizmetlerinde birinci basamak sağlık kuruluşlarının önemi büyüktür. Bir hizmet birinci basamak sağlık kuruluşlarına entegre edilince başarıya ulaşma olasılığı artar. Sigara mücadelesinde de birinci basamak sağlık kuruluşları yer alırsa başarı olasılığı yükselir. Çoğunlukla kadınlar ve çocuklar olmak üzere her yıl sağlık ocaklarına 100 milyonun üzerinde başvuru olmaktadır. Çalışmalar, doktorların hastalarına sigara içmemeleri şeklindeki uyarılarının çok etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Sigara içen hastaya doktor tarafından uyarılar yapılması ve konu ile ilgili bir broşür verilmesi durumunda sigarayı bırakanların oranı %10 düzeyine kadar yükselebilmektedir. Her yıl değişik nedenler ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında muayene olan 100 milyon dolayındaki kişinin 10 milyonu sigara içen kişiler olsa ve doktorun müdahalesi sonucu bu kişilerin %1’lik bölümü sigarayı bıraksa, her yıl 100.000 dolayında kişinin sigarayı terk etmiş olacağı hesaplanabilir. Görüldüğü gibi, hizmetin birinci basamağa entegre edilmesi önemli başarıların kazanılmasını sağlayacaktır. Bu nedenle sigara mücadelesinde de birinci basamakta çalışan hekim ve hekim dışı personelin

eğitilmeleri gerekmektedir. Bunun yanı sıra hekim ve hekim dışı sağlık personelinin kendilerinin de sigara içmeyerek topluma örnek olmalıdırlar (8).

2.9. Sigara İçenlerin Değerlendirilmesi

Sigara içimine ve bu davranışın sürdürülmesine biyolojik, psikolojik, davranışsal ve çevresel faktörler katkıda bulunur. Bu yüzden her bir sigara içicisi biyopsikososyal yönden değerlendirilir. Hastanın sigarayı bırakma davranışı ile ilgili hangi değişim evresinde olduğunu saptamak, nikotin bağımlılığının ciddiyetini değerlendirmek, sigara içme nedenlerini ve sigara içmeyi tetikleyici faktörleri belirlemek ve tedaviyi etkileyebilecek olası psikiyatrik komorbiditeyi tanımlamak bu değerlendirme sürecinin ilkesel amaçlarıdır (27).

2.9.1 Değişimin Evreleri

2.9.1.1. Niyetlenme Öncesi Evre

Bireylerin değişmeyi düşünmediği ve yadsıma sürecinde oldukları evredir. Bu evrede hastalar, tavsiyelerin kişisel olarak kendilerine seslenmediğini düşünerek sigarayı kendileri için bir sorun olarak görmezler. Bu bireyler, teşvik ya da nikotin replasmanı gibi yaklaşımlara yanıt vermezler. Bu evredeki olgulara güdüleyici girişim en etkin olanıdır. Bu olgulara empatik ve destekleyici yaklaşmak gerekir. “Sigarayı bırakmanın zor bir durum olduğunu biliyorum”(empati). “Bırakma konusunda niyetli olduğunuzda size yardım etmeye hazırım”(destekleyici). Ayrıca “Sigarayı bırakmanın zamanının geldiğini nasıl anlarsınız?”, “Bırakma zamanının geldiğini size hangi işaretler anlatacaktır?” ya da “Eğer değişmeye karar vermiş olsaydınız sizce bunun olumlu sonuçları neler olurdu?” gibi hastaya değişimi düşünmeye sevk eden sorular sorulmalıdır. Tıp uygulamasında günümüzde sigara içenlerin %40’ı bu evrededir (27, 67).

2.9.1.2. Niyetlenme Evresi

Hastaların değişim konusunda kararsız oldukları evredir. Henüz sigarayı bırakmayı denememişlerdir, ancak bırakmaya ilişkin olumlu düşünceleri vardır. Bir taraftan değişmemeye yönelik engeller çıkarırken, bir taraftan da değişimin yararları üzerine düşünürler. Bu evrede hekimin yaklaşımı, hastanın sigara içme nedenleri ve bırakmasına engel olan etkenleri ortaya koymak olmalıdır. Bunun yanında kararsızlığın her iki ucu hekim

tarafından ortaya konur. Hastalar bu evrede korku ve olumsuz duygu içerisinde olabildikleri için, onlara bu duygularını anlatma rahatlığı sağlanmalıdır. “Sigarayı bırakmak istemenize memnun oldum” tarzında bir cümle hastanın olumlu düşüncelerini pekiştirecektir. Ayrıca hekimin, değişime direnç gelişmemesi için yumuşak yönlendirmeler yapması da gerekir. “Bu çözüm bazı hastalarım için yararlı oldu, belki size de fayda sağlayabilir.” Bunu yanında, hastaya değişim konusunda neler öğrenmek istediğini de sormak gerekir. Sigara içen bireylerin %40’ı bu evrededir (27, 67).

2.9.1.3. Hazırlık Evresi

Sigara içen bireylerin %20’si tıbbi yardımı önemser. Bu bireyler hazırlık aşamasında olup sigarayı bırakmak için çeşitli adımlar atmışlardır. Bu adımlar sabahları ilk içilen sigarayı ertelemek, içtikleri sigara sayısını azaltmak, başka bir marka sigaraya geçmek, içmeyi akla getiren uyaranlardan uzak durmak gibi stratejiler olabilir. Bu evrede hastanın çabaları cesaretlendirilir. Bireye risk içeren durumlarda nasıl bir strateji izleyeceği sorulur. Eylem evresini başlatan, sigarayı bırakma tarihi sorulur (27, 67).

2.9.1.4. Eylem Evresi

Bir önceki evrede belirlenen sigarayı bırakma günü geldiğinde eylem başlatılır. Bireyi eyleme yönlendiren uygun stratejiler tavsiye edilir. Bu stratejiler özgül sigarayı bırakma günü saptama, sözleşme yapma, kendi kendine yardım materyalleri elde etme, nikotin replasmanı ya da diğer farmakolojik ajanlardan faydalanma, davranışsal beceriler kazanma (kendi kendini izleme, amaç belirleme, kendi kendini ödüllendirme, dürtü denetimi, sigara içme davranışının yerine geçecek alternatif davranışlar bulma, gevşeme egzersizleri) ve sosyal desteği artırmak olarak sıralanabilir. Eğer birey izleme sürecinde güçlü tetikleyiciler tanımladıysa, hekim hastaya bu tetikleyicileri yönetebileceği uygun stratejiler sunarak yardımcı olur. Örneğin, alkol kullanımının sigara içmeyi tetiklediğini fark eden birey için sigarayı bıraktıktan iki hafta sonrasına kadar alkolden uzak durması, toplam alkol tüketimini azaltması, ya da uygun durumlarda kullanmak üzere sınırlaması gibi stratejiler sunabilir. Bireye, zihnini sigara içmeye aşırı istek duymasına neden olan kötü düşüncelerden arındırması, bu kötü düşüncelerin yerine alternatif düşünceleri koyması önerilir. Örneğin; “İçkimle birlikte sigara içmeme gerek yok” cümlesi gibi. Bireyler sigarayı bırakma konusunda en ciddi başarıyı, zihinsel ve davranışsal stratejileri birlikte kullanarak elde ederler. Yine hekimlerin ümit veren

hastalarına, bir egzersiz programına başlamalarını veya devam etmelerini tavsiye etmeleri, bu evredeki hastalar için kullanışlı bir diğer stratejidir (27, 67).

2.9.1.5. Sürdürme Evresi

Hastanın değişimi günlük yaşamına uyarladığı evredir. Hekim hastayı desteklemeye ve zorlamaya devam etmek durumundadır. Zira bu evrede kısa kayışlar olabilir. Bu da ümit kırıklığına yol açarak hastanın vazgeçmesine neden olabilir. Prochaska ve arkadaşlarına göre, değişim gerçekleşti diyebilmek için, hastanın sürdürme evresinde birkaç yıl kalabilmesi gerekir. Zaten bireyler sigarasız yaşamdan evvel, evreler arası 3–4 tur atmaktadırlar. “Size neler yardımcı oluyor?”, “Yüksek riskli durumlarınız neler?” tarzında soruların yer aldığı görüşmeler uzun süre devam etmelidir (27, 67).

2.9.1.6. Relaps Evresi

Geçici başarıdan elde edilen bilgilerin öğrenilmesi sağlanır; örneğin, sigara içilen ortamlardan uzak durmak gibi. Hastaya değişimin bir süreç olduğu ve birçok insanın bu döngüden 3–4 kez geçtiği söylenmelidir. “10 gün boyunca bunu başardınız, başarıyı sağlayan neydi?” tarzında sorular sorularak, planın başarılı kısmına odaklanılır. Amaç hastayı cesaretlendirerek sürece yeniden sokmaktır. Düş kırıklığı olmaması için belirleyeceğimiz yeni hedeflerimizin de gerçekçi olmasına dikkat etmeliyiz (27, 67).

2.9.2. Nikotin Bağımlılığı Düzeyinin Belirlenmesi

Sigara içiminin yol açtığı fiziksel nikotin bağımlılığının her bir sigara içicisi açısından belirlenmesi, içiciyi değerlendirme sürecinin önemli bir parçasıdır. Nikotin sigaradaki başlıca psikoaktif madde olup, birçok fizyolojik sistemi etkileyen stimülan ve depresan etkileri vardır. Nikotinin sigara içenlerde dikkat, bellek ve öğrenme yeteneğini artırdığı gösterilmiştir. Ayrıca araştırmalarda nikotinin, anksiyolitik ve antinosiseptif etkilerinin olduğu öne sürülmüştür. Bu etkilerin, negatif duygudurumda ve stres anında işe yaradığı öne sürülmüştür. Bundan dolayı bu etkilerin her biri, nikotinin gücüne katkıda bulunarak sigara içme davranışını pekiştirmektedir (27).

Bireyin nikotin bağımlılığının derecesinin belirlenmesine yönelik birçok strateji vardır:

A) İçilen sigaranın yazılması ve sigaranın içerdiği nikotin miktarının bilinmesi

B) Fagerstrom Tolerans Ölçeği

C) Bireyin bir ya da daha fazla başarısız girişiminin öyküsü

D) Biyolojik testler

- Kan kotinin düzeyi
- Ekspiryum karbon monoksit (CO) düzeyi

2.9.2.1. İçilen Sigaranın Yazılması ve Sigaranın İçtiği Nikotin Miktarının Belirlenmesi

Günde 25 taneden fazla sigara içen bireylerin, birkaç tane içenlerden daha fazla çekilme ve yoksunluk belirtileri yaşamaları olasıdır. Ayrıca ağır içicilerin, sigarayı bırakma girişimlerinde başarısızlığa uğramaları da olasıdır. Birey, içtiği her sigarayı yanında taşıdığı küçük kartlara yazar. Böylece günlük içilen toplam sigara miktarı ortaya çıkar. Bu da hekime bireyin bağımlılık düzeyi hakkında fikir sahibi yapar. Yine bireyin içtiği sigaradaki nikotin miktarını bilmek de bireyin bağımlılık düzeyinin göstergesi olabilir (27).

2.9.2.2. Fagerstrom Tolerans Ölçeği

Nikotin bağımlılığını belirleyen belki de en yaygın ve en geçerli ölçektir (Çizelge 1). Sekiz maddelik, kendi kendine yanıtlanan bir form olup, nikotin bağımlılığını yansıtan davranışları ortaya koyar (Örneğin: Yüksek sigara içme oranı ve sigaraya özgü yüksek nikotin oranı, hastayken sigara içme, uyandıktan sonra sigara içme gibi). Ölçek birkaç dakikada doldurulabilir ve kolayca puanlanır. Sabah ilk sigaranın içilme zamanı testin özgül bir maddesidir. Bu madde sigarayı bırakma eylem sonuçlarının önceden tahmin edilmesini sağlar. “30 dakikadan az” yanıtı, kötü sonuçlar elde edilmesiyle ilişkilidir. Bu, gece boyunca oluşan nikotin yoksunluğunu göstermekte olup bireyin çekilme semptomlarını kontrol etmek için sigara içtiğini ön görür (27, 67).

Fagerstrom Tolerans Anketine göre 7 puan ve üzerinde alan bağımlıların sigarayı bırakırken nikotin replasman tedavisinden yarar görmeleri olasıdır. Nikotin bağımlılık testi olarak EMASH’ın (European Medical Association Smoking or Health) önerdiği tek soruluk test de kullanılabilir (Çizelge 2).

2.9.2.3. Bireyin Bir ya da Daha Fazla Başarısız Girişiminin Öyküsü

Birçok sigara içicisinin, bir ya da birçok kez başarısız sigara bırakma ya da kesme girişimlerinin olması nedeniyle, geçmişteki girişimleri öğrenmeye yönelik sorular, nikotin bağımlılığının yüksek seviyede olduğunu belirlemeye yarayan iyi bir stratejidir. Hekim, sigarasızlık boyunca gelişen semptomları, çekilme belirtilerini, semptomların süresini ve sigaraya geri dönüş nedenlerini sorgulamalıdır. Semptomlar, bireyin düşük nikotin içerikli sigara içmesiyle, nikotin sakızı veya dumansız tütün ürünleri kullanmasıyla da meydana gelebilir. Nikotin çekilme semptomları çeşitli uygun ölçeklerden biri kullanılarak izlenebilir. DSM IV’de tanımlanan nikotin çekilme semptomları disforik ya da depresif duygudurum, insomnia, iritabilite, sinirlenme ya da öfke, anksiyete, düşünceleri yoğunlaştıramama, huzursuzluk, kalp hızında azalma, iştah artması ya da kilo almadır (27).

2.9.2.4. Biyolojik Testler

Nikotin bağımlılığının ölçümü, biyolojik testlerle yapılabilmekte ve nikotin etkisinde kalmanın nesnel bir kanıtı elde edilmektedir. Kotinin, nikotin bir metabolitidir. Yarı ömrü 16 saat olup her hangi bir vücut sıvısından ölçülebilir. Tütün yokluğu sırasındaki yüksek kotinin düzeyleri nikotin toleransı, regülasyonu ve çekilme semptomları ile ilişkilidir. Kan kotinin düzeyi ölçümüne alternatif bir yöntem, çok daha ucuz ve kolay olan ekspirium havasındaki karbon monoksit miktarının ölçümüdür. Ekspirium havasındaki karbon monoksit yoğunluğunu ölçmeye yarayan aletler kolayca elde edilebilirler ve daha ucuzdurlar. Bu aletlerin bir üstünlüğü de hasta başında ya da özel kliniklerde kullanılabilir olmasıdır (27).

2.9.3. Sigara İçmeyi Tetikleyenler ve İçme Nedenleri

Sigara içen bireyi değerlendirmede kullanışlı bir strateji de bireyin sigara içme nedenlerini ve sigara içmesini tetikleyen etkenleri ayrıntılı olarak irdelemektir. Bireyler birkaç günlüğüne sigara içimlerini izlemeleri için basitçe eğitilirler. Bu izlem sigara içim zamanını, duygu durumlarında ve duygulanımlarında kapladığı yeri ve bireylerin sigara içimleri hakkındaki düşüncelerini gösterir. Bireyin kendi kendini izlemesi, hekim tarafından tetikleyicilerin gücü ve sıklığının anlaşılmasını sağlar. Sigarayla taşınabilecek kadar küçük boyutlu kartların kullanılması bu izlemin kolaylaşmasını sağlayacaktır (27, 67).

Çizelge 1. Fagerstrom Tolerans Anketi (68)

1. İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz?
1= İlk 30 dakika içinde 0= 30 dakikadan sonra
2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?
1= Evet 0= Hayır
3. İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?
1= Sabah içtiğim ilk sigara 0= Diğer herhangi biri
4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?
2= 26 veya üstü 1= 16–25 0= 15 ve daha az
5. Günün ilk saatlerinde, diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?
1= Evet 0= Hayır
6. Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?
1= Evet 0= Hayır
7. Genellikle kullanmakta olduğunuz sigaranın nikotin seviyesi nedir?
2= 1,0 mg'dan fazla 1= 0,61-1 mg arası 0= 0,6 mg veya daha az
8. Sigaranızı içinize çeker misiniz?
2= Daima 1= Bazen 0= Hiçbir zaman

Çizelge 2. Nikotin bağımlılık testi (68)

Uyandıktan sonra ilk sigara içene kadar geçen süre		
Zaman	Puan	Bağımlılık derecesi
0–5 dakika	3	Yüksek
6–30 dakika	2	Orta
31–60 dakika	1	Düşük
60+ dakika	0	–

2.9.4. Komorbiditenin Değerlendirilmesi

Bireyin değerlendirilmesinde en önemli basamak, her hangi bir psikiyatrik komorbidite kanıtının olup olmadığını belirlemektir. Psikiyatrik bozukluklarla (başta diğer madde bağımlılıkları olmak üzere, şizofreni, duygu durum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları) sigara içimi arasında güçlü bir birliktelik bulunmaktadır. Şu anda ya da geçmişte her hangi bir psikiyatrik bozukluk öyküsünün varlığının, sigara bıraktırmayı daha da zorlaştırması olasıdır. Ayrıca depresyon öyküsü olan bireylerde sigarayı bırakmak, depresif semptomların gelişimini körükleyerek kolay etkilenen bireylerde depresyon nükslerin görülmesini sağlayabilir. Psikiyatrik komorbiditenin tanımlanması tedavi açısından önemlidir. Psikiyatrik komorbiditeye sahip insanlarda nikotin bağımlılığının tedavisiyle ilgili veriler, yapılan birkaç araştırmayla elde edilmiştir. Bu bireylerde komorbiditenin tanımlanması sigara içen bireye yaklaşımın en önemli aşamasıdır (27).

2.10. Tütünle Mücadelede Hekimin Rolü

Tütün kullanımı gelişmiş ülkelerde azalırken gelişmekte olan ülkelerde hızla artış göstermektedir. Pek çok insanın tütünün insan sağlığı için oluşturduğu risk ve tehlikelerden habersiz oldukları düşünülecek olursa, prevalansın giderek artış gösterdiği bu ülkelerdeki insanlara tütün ile ilgili sağlık bilgileri verilmesinin ne denli önemli olduğu anlaşılabacaktır (69). Sağlıklı yaşam davranışlarının kazanılması ve toplumda yaygınlaştırılması konusunda bazı meslek gruplarına daha çok sorumluluk düşmektedir. Bu konuda doktorlar en önemli meslek grubudur. Bu meslek grubu, toplum için rol modeli olma açısından önemlidir. Onların, hastalarına "sigara içmek sağlığa zararlıdır" tutumunu benimsetebilmeleri için kendilerinin sigara içmemeleri, eğer içiyorlar ise de bu davranışlarını hastaların önünde sergilememeleri gerekmektedir. Ancak yapılan çalışmalar, bu ve toplum için model olabilecek diğer meslek grupları arasında sigara içme sıklığının yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Bilir ve arkadaşları tarafından çeşitli meslek grupları arasında yapılmış olan bir araştırma sonuçlarına göre, öğretmenlerin %50,8'i, doktorların %43,9'u, gazetecilerin %63,9'u, milletvekillerinin ise %27,1'i sigara içmektedirler. 100 doktorun 44'ü sigara içtiğine göre, sigara içen doktorlarla karşılaşan hastaların "sigara içmeme" ile ilgili uyarıları dikkate almalarını beklememek gerekir (70).

Sağlık personeli arasında yapılan başka bir çalışmada personelin %49,8'i, diğer bir çalışmada ebe ve hemşirelerin %51'i, Bursa'da yapılan çalışmada ise doktorların %42'si ve yardımcı sağlık personelinin %60'ı sigara içmektedir. Bu yüzden doktorlara bu konuda düşen

sorumluluk önemlidir. Hekimler sigara içen ya da içmeyen herkesle diyalog kurup sigaranın sağlığa olan zararlarını anlatabilirler. Radyo, televizyon ve yazılı basın yoluyla insanları bu konuda bilinçlendirebilirler. Hekimler belirlenmiş özel günlerde basın toplantısı yaparak halkın ilgisini çekebilir, sigaranın kısıtlanması ya da sigarasız politikalar geliştirilmesi için iş çevreleri ile iletişim kurabilirler. Kendi çalışma ortamlarında sigara içimini yasaklayabilir, sigara önleme birimi kurabilirler. Potansiyel içici konumunda bulunan genç nüfusun toplu halde bulundukları yerler ve okullara ulaşarak, tütün ve pasif içicilik konusunda gençleri bilgilendirebilirler. Hükümetin tütünü kısıtlayıcı yasalar çıkarıp uygulaması konusunda lobiler oluşturabilirler (69).

Dünyada ve Türkiye'de sigara bırakma konusunda pek çok çalışma yürütülmektedir. Bu çalışmalarda hekimin rolü son derece önemlidir. Sigara içmeyi bırakmak isteyen kişiler, bu davranışlarından uzaklaşmaları için bazı kolaylaştırıcı ve destekleyici yaklaşımlara gereksinim duymaktadırlar. İlaçsız yapılan bazı destek programları, farmakolojik ajanların kullanılması yoluyla sağlanan destek programları ya da kimi zaman bu iki yaklaşımın birlikte kullanılması bunlar arasında yer almaktadır (71). Herhangi bir nedenle kendisine başvuran bir kişiye karşı hekimin sigara konusunda sorumlulukları olup ona sigara ile ilgili olarak sorması önerilen bazı sorular vardır. Bu soruların sorulmasıyla eğer içiyorsa sigara içme davranışını gözden geçirmesine yardımcı olabilir. Bu soruları şu şekilde sıralayabiliriz:

1. Sigara içiyor mu?
2. Eğer sigara içiyorsa, bırakmayı düşünüyor mu?
3. Eğer sigara içiyorsa, bırakmayı denemiş mi?
4. Sigaranın zararlarını biliyor mu?
5. Sigaranın sağlığa verdiği zararlarla ilgili sohbet etme.
6. Sigara içilen bir ortamda bulunmuş mu?
7. Pasif sigara dumanına maruz kalmanın sağlığa getirdiği riskleri biliyor mu?
8. Pasif sigara dumanına en çok maruz kalma riski olan gruplar hakkında neler biliyor?
(çocuk, yaşlı, engelli vb).
9. Sigara mücadelesinin neden önemli olduğu sorulmalı.
10. Sigara mücadelesinin en önemli basamakları nelerdir?
11. Daha önce sigara mücadelesine katılmış mı?
12. Sigara ile ilgili broşürler gösterilmelidir.
13. Bu görüşme, sigara ile ilgili düşünce ya da yaklaşımını değiştirebilmiş mi (70)?

Böylesi çalışmalar tıp fakültelerinde eğitim programları içinde yürütülmelidir. Çalışmaların özellikle birinci sınıfta yapılmasının faydası daha da büyük olacaktır. Zira bu erken başlanan çalışmalar, hekim adaylarının sigara ile ilgili doğru tutumu erken bir dönemde

geliştirmelerine katkı sağlayabilir. Bu konuda Türkiye'de bazı üniversiteler önemli çalışmalar yapmaktadırlar. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci sınıfta okuyan öğrencilere yönelik olarak 2004–2005 öğretim yılından beri “Tütün ve Tütün Ürünleri ile Mücadelede Hekimin Rolü” başlıklı beş saatlik bir "Probleme Dayalı Öğrenme" oturumu düzenlenmektedir. Bu çalışmalar kapsamında öğrencilerin tütün mücadelesi konusunda bilgilerinin artırılmasının yanında, yukarıda yer alan 13 maddeden oluşan soruları sorabilme becerilerinin geliştirilmesini amaçlamışlardır (70).

2.11. Sigara Bırakma Yaklaşımları

2.11.1. Tedavinin Hedefleri

Sigara ile mücadelede asıl başarı, sigaraya başlamanın engellenmesi ile sağlanacaktır. Ancak göz ardı edilemeyecek bir diğer gerçek, milyonlarca bireyin sigara içmeyi sürdürdüğü ve bu bireylerin yarısının sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle zamanından önce ölecekleridir. Sağlık çalışanları sigara kaynaklı çoğu kronik hastalığın neden olduğu sağlık, zaman, iş gücü ve yüksek tedavi maliyeti kayıplarını önlemek ya da en aza indirmek için içicilerin sigarayı bırakmasına yardım etmeyi görev olarak benimsemelidir. Sigara içmek kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Sigara tüketimine bağlı hastalık riskini azaltmak, hasta olanlarda hastalığın ilerleme hızını yavaşlatmak ve sağ kalım beklentisini artırmak, sigara tüketimine bağlı hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan iş gücü kaybı ve sağlık harcamalarından kaynaklanan maddi kayıpları önlemek, sigara bırakma tedavisinin en önemli hedefleridir (8).

2.11.2. Genel Yaklaşım

2.11.2.1. Kısa Klinik Görüşmeler

Hekimde sigara bağımlılığı varsa önce kendi sorununa çözüm aramalıdır. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki kendisi sigara bağımlısı olan hekim hastaların sigara içme tutumlarına karşı daha kayıtsız olmakta, herhangi bir girişimde bulunmayı kimi zaman gereksiz bulmaktadır (6).

Herhangi bir sebeple polikliniklere başvuran olgularla 3 dakika gibi kısa süreli görüşmeler bile sigarayı bırakma oranlarında anlamlı artışlar sağlamaktadır. Bu yaklaşım gençler, hamile kadınlar, yaşlı içiciler dahil herkesi kapsamalıdır (72). Kısa klinik görüşmeler oldukça maliyet etkili olup 1/40 başarı oranına sahiptir. Bu tavsiyeler en çok, sigaraya bağlı

hastalığı olanlarda etkindir. Görüşme süresinin uzaması, özellikle 20 dakikanın üzerine çıkması etkinliği 1,4 kat kadar artırmaktadır (73). Kısa klinik görüşmeler sigara içen ve bırakma denemesi konusunda istekli olan içiciler, sigara içen ancak bırakma denemesi konusunda istekli olmayan içiciler ve önceden içip sigarayı yeni bırakmış içiciler şeklinde 3 tip olgu grubu için uygulanabilmektedir (72).

A. Bırakma denemesi konusunda istekli olan bireyler: Hekim, 5A olarak simgelenen, 5 basamaktan oluşan yaklaşımda bulunur:

1. ASK (SOR) – Hekim bireye sigara içip içmediğini sorar. Bütün hastalar kliniğe başvurduklarında sigara içme durumunu sorup kayıt altına almak gerekir.

2. ADVICE (ÖNER) – Hekim bireye sigarayı bırakmasını önerir. Her sigara kullanan bireye açık bir şekilde, ısrarla ve kişinin kendi özelliklerini de ele alarak (hastalık/sağlık durumu, sosyal durumu, sigaranın ekonomik yükü, evdeki diğer bireylerin dumana maruz kalmalarının getirdiği riskler gibi) sigarayı bırakması hekim tarafından önerilmelidir.

3. ASSESS (DEĞERLENDİR) – Hekim bireyin durumunu değerlendirir. Bireyin polikliniğe başvurduğu sırada sigarayı bırakma konusundaki istek durumu hekim tarafından değerlendirilerek, hazırsa sigarayı bıraktırma girişimi başlatılarak destek sağlanması veya sigara bırakma polikliniklerine baş vurmaları önerilmelidir.

4. ASSIST (YARDIM ET) – Bireye destek olunmalıdır. Bireyin sigarayı bırakması için hazırlıkta bulunmasına destek olunmalıdır. Bireye yardım maksatlı pratik sorun çözme önerileri getirilmelidir. Tedavi süresince sigaradan kurtulma çabasında olan bireye sosyal destek sağlanmalıdır. Hekim hastasına bırakma süreci içinde her türlü sorunu ile ilgilenileceği mesajını vermelidir. Hastanın çevresinde bulunan kişilerle hekim tarafından görüşülerek sigarayı bırakma konusunda sosyal yardım ve destek sağlanmalıdır. Ayrıca hekim hastasına tıbbi tedavi olarak neler yapılabileceğini açıklayarak ona tıbbi tedavi önerilerinde bulunur.

5. ARRANGE (İZLE) – Hekim Hastasına izlem programı düzenlemelidir. Bu program ilk ay hastayla iki kez görüşmeyi hedefleyerek oluşturulur. Görüşmeler sırasında, hasta başarılı ise övgüde bulunularak, yüreklendirilmeye devam edilir. Başarısız olmuşsa, neden olan sorunların ele alınması, sorunlar ve tıbbi tedavi açısından değerlendirilmesi veya daha yoğun tedaviler için sevk edilmesi düşünülebilir (72).

B. Bırakma denemesi konusunda istekli olmayan olgular: 5R olarak isimlendirilen bir basamak uygulaması yapılır:

- 1. RELEVANCE (İLGİLENME) – Kişiy e özel durumun ele alınır.** Kişinin o anki durumunun (hastalık, aile, çocuk, ekonomik durum, yaş, cinsiyet, sağlık endişeleri gibi) ele alınarak neden bırakması gerektiği konusunda cesaretlendirilmesi.
- 2. RISKS (RİSKLER) – Sigara içmenin sonuçlarının vurgulanır.** Olguların sigaranın özellikleri ve zararları konusunda bilgilendirilmesi.
- 3. REWARDS (KAZANÇLAR) – Sigarayı bırakmanın yararlarının anlatılır.** Olguların sigara bırakıldıktan sonra erken ve geç dönemde ortaya çıkacak olumlu değişiklikler konusunda bilgilendirilmesi.
- 4. ROADBLOCKS (ENGELLER) – Sigarayı bırakmayı engelleyen sorunların saptanır.** Engellerin (yoksunluk belirtileri, başarısızlık korkusu, kilo alma, destekten yoksunluk, depresyon, sigara içmekten hoşlanmak gibi) belirlenmesi.
- 5. REPETITION (YİNELEME) – Her başvuruda isteklendirme yapılır.** G üdülenmesi tam olmayan olguların kliniğe her başvurusunda onları isteklendirecek görüşmenin yinelenmesi.

C. Sigarayı yeni bırakmış olgular: Hedef nüksü önlemek olmalıdır. Sigarayı bırakmaya bağılı ortaya çıkabilecek sorunların ve nükse neden olabilecek etkenlerin belirlenmesi ve bunlara yönelik çözüm önerilerinin getirilmesi planlanmalıdır (72).

2.11.3. Özel Yaklaşım

2.11.3.1 Yoğun Klinik Görüşmeler

Güçlü isteği olanlarda en etkin ilaç dışı girişim, yoğun davranış desteğidir. Bu hastalarda bırakma oranı 1/13'tür. Davranış desteği bireysel ya da grup olarak yapılabilmekte olup her ikisinin de etkinliği eşittir (73). Konuyla özel olarak uğraşan sigara bırakma polikliniklerinde uygulanması beklenen işlemleri içerir:

1. Sigarayı bırakmak isteyen tüm sigara içicilerine yoğun bir tedavi programı uygulanmalıdır.
2. Hekim hastalık riskleri ve bırakmanın yararları konusunda bilgi vermeli, gerektiğinde ilaç tedavisi uygulamalıdır. Hekim dışındaki sağlık personeli ise konuyla ilgili psikososyal yardım veya davranış eğitimi açısından yardımcı olmalıdır. Gerekirse broşür ve kitapçık gibi yazılı malzeme sağlanabilmelidir.
3. Program 4 veya daha fazla seanstan oluşmalıdır. Görüşme süresi 10 dakikadan daha az olmamalıdır. Hastalar bırakma gününden sonraki 15 gün içerisinde en az bir kez görülmelidir.

İzleyen 3 ay içerisinde ayda bir kez ve daha sonra 3 ayda bir yapılacak görüşmelerle bir yıllık izlem tamamlanmalıdır.

4. Görüşmeler hem bireysel, hem de grup görüşmeleri şeklinde yapılabilir. Ayrıca telefon görüşmeleri etkili bir uygulamadır. Telefon görüşmeleri, olgular kontrole gelmediği zaman ve poliklinik kontrol tarihleri arasında, izleyen hekimin belirlediği tarih ve sıklıkta yapılmalıdır.

5. Destek ve davranış tedavileri, pratik öneriler (sorun çözme, beceri geliştirme) ile tedavi sırası ve sonrasındaki sosyal desteği kapsamalıdır.

6. İlaç tedavisi, fiziksel bağımlılığı saptanan her sigara içicisine –eğer bir kontrendikasyon yoksa- önerilmelidir. İlaç tedavisinin sigarayı bırakma başarısını artırdığı ve yoksunluk belirtilerini azalttığı hastalara açıklanmalıdır (72).

2.11.4. Farmakolojik Yaklaşım

Farmakolojik ajanlar davranışsal tedavilerle birlikte sigara bıraktırma konusunda oldukça etkilidir (27). Bütün sigara bırakma yöntemlerinin sigaranın bırakılmasındaki başarıları farklıdır. Bununla birlikte bu yöntemlerin amaçları kişide sigara içimine bağlı gelişen psikolojik ve fiziksel bağımlılığın üstesinden gelmektir. Sigaranın bırakılması nikotin yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Günümüzde onaylanmış iki grup farmakolojik tedavi yöntemi vardır: Nikotin replasman tedavisi (NRT) ve nikotin içermeyen farmakoterapi (bupropion hydrochloride) (26).

a-) DSM-IV Madde Bağımlılığı Ölçütleri (1).

12 aylık bir dönem içinde her hangi bir zaman ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanım örüntüsü:

(1) Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması.

(a) Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda madde kullanma gereksinmesi.

(b) Sürekli olarak aynı miktarda madde kullanılmasıyla belirgin olarak azalmış etki sağlanması.

(2) Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması.

(a) Söz konusu maddeye özgü yoksunluk sendromu.

(b) Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için aynı madde (ya da yakın benzeri) alınması.

(3) Maddenin çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınması.

(4) Madde kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabanın olması.

(5) Maddeyi sağlamak (örn. çok sayıda doktora gitme ya da uzun süreli araba kullanma), maddeyi kullanmak (örn. birbiri ardı sıra sigara içme) ya da maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcanması.

(6) Madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal ve mesleksel etkinliklerin ya da boş zamanları değerlendirme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

(7) Maddenin neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın madde kullanımının sürdürülmesi.

Varsa belirtiniz:

Fizyolojik Bağımlılık Gösteren: Tolerans ya da yoksunluğun kanıtı vardır.

Fizyolojik Bağımlılık Göstermeyen: Tolerans ya da yoksunluğun kanıtı yoktur.

b-) Nikotin Yoksunluk Belirtileri: DSM-IV Nikotin Yoksunluğu Ölçütleri (1)

A) En az birkaç hafta süreyle her gün nikotin kullanılması.

B) Nikotin kullanımının birden bırakılmasının ya da kullanılan nikotin miktarının azaltılmasının ardından 24 saat içinde aşağıdaki bulgulardan dördünün (ya da daha fazlasının) ortaya çıkması:

1. Disforik ya da depresif duygu durumu
2. İnsomnia
3. İrritabilite, sinirlenme ya da öfkelenme
4. Anksiyete
5. Düşüncelerini yoğunlaştıramama
6. Huzursuzluk
7. Kalp hızında azalma
8. İştah artması ya da kilo alma

C) B tanı ölçütündeki semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleksel alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D) Bu semptomlar genel tıbbi bir duruma bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.11.4.1. Tütün Bağımlılığında Rutinde Kullanılan Tedaviler

Sigarayı bırakmaya çalışan tüm bağımlılar, hekim gözetiminde tıbbi tedaviden yararlanabilmelidir. Günde 15 adet ve daha fazla sigara içen ve/veya günün ilk 30 dakikası içinde sigara içmeye başlayan olgulara standart dozlarda tedavi başlanmalıdır. 10–15 adet/gün sigara içen hafif içicilerde düşük doz NRT düşünülmelidir. Bupropion kullanılacaksa doz ayarlamasına gerek yoktur. İçilen sigara sayısı <10 adet/gün ise olgunun fiziksel bağımlılık boyutu değerlendirilmelidir; sigara içmediği zaman yoksunluk belirtileri nedeniyle zorlanıyorsa bu olgulara da tedavi başlanabilir (72).

2.11.4.2. Nikotin Replasman Tedavisi (NRT)

NRT tütün bağımlılığının tedavisi için yaygın kullanılan bir yöntemdir. Cochrane İnceleme Grubu NRT kullanımının sigarayı bıraktırma başarı oranlarını 2 kat artırdığını saptamıştır (74). NRT tedavisinin etkinliğini araştıran 17 çalışmayı içeren bir meta analizde, 6 aylık tedavi başarı oranı plasebo grubunda %6, NRT grubunda %22 olarak saptanmıştır. NRT tedavisi uygulanırken bunun mucize bir tedavi olmadığı, hastaların sigarayı bıraktıktan sonraki dönemi rahat geçirmelerini sağlayan ve nikotin yoksunluk belirtilerini ortadan kaldıran bir tedavi şekli olduğu hastalara anlatılmalıdır (75).

FDA (Food and Drug Administration) onayı almış olan 4 formu vardır:

- 1) Nikotin sakızı
- 2) Nikotin bandı
- 3) Nikotin nazal sprey
- 4) Nikotin inhaler

Nikotin sakızı. 2 ve 4 mg olmak üzere iki formu vardır. Günde 25 adetten az sigara içenlerde 2 mg'lık formdan, günde 25 adet ve daha fazla sigara içenlerde 4 mg'lık formdan günde en fazla 24 adet çiğnenmesi önerilmektedir. 8–12 hafta kullanılması yeterlidir. Gerekğinde süre uzatılabilir. 20–30 dakikada kan tepe değerine ulaşır. Sakızlar düzenli kan nikotin düzeyi sağlayamadığından, çiğneme sıklığı ve miktarını genellikle hastalar belirlemektedir. İki sakız arasında en az yarım saat ara bırakılmalıdır. Emilim yanak mukozasından olur. Sakızın yavaş çiğnenmesi önerilmektedir. Hızlı çiğnenmesi aşırı tükürük salgısına ve gastrointestinal sistem yan etkilerine yol açar. Çiğneme esnasında herhangi bir şey yenilip içilmemelidir. En sık

rastlanan yan etkileri ağız irritasyonu, ağızda acı tat, çenede ağrı, dispepsi, hıçkırık ve bulantıdır (72).

Nikotin bandı. 24 saatte bir ve 16 saatte bir kullanılan 2 formu vardır. Ülkemizde nikotin bandının 30, 20,10 TTS'lik, sırasıyla 21, 14, 7 mg nikotin salınan üç ayrı tipi vardır ve bunlar 24 saatte bir kullanılan formlardır. Günde 15 adetten fazla sigara içenlerde 21 mg başlanması, bu dozda 4 hafta devam edilmesi, daha sonra 2'şer hafta süreyle sırayla 14 mg ve 7 mg olarak tedavinin 8 haftaya tamamlanması önerilmektedir. 10–15 adet/gün içenlerde düşük dozlarla başlanabilir. Kanda 2–4 saatte tepe değere ulaşır ve 24 saat boyunca sabit düzey sağlar. Bant tercihen sabah, üst kola veya gövde ön yüzünde tüysüz bir bölgeye uygulanmalıdır ve her gün uygulama yerinin değiştirilmesi gereklidir. Tedaviye hedeflenen bırakma gününde başlanır. Tedavi ile birlikte sigara içilmemesi gerektiği konusunda hasta uyarılmalıdır. Bantların yan etkileri genellikle hafif ve geçicidir, seyrek olarak tedavinin kesilmesine neden olur. Uygulama yerinde alerjik reaksiyon, aritmi, taşikardi, baş ağrısı, soğuk algınlığı benzeri semptomlar, uykusuzluk, bulantı, kas ağrısı, sersemlik, daha seyrek olarak karın ağrısı, dispepsi, öksürük, anormal rüya görme, artrit, anksiyete, emosyonel değişiklikler, kabızlık, diyare, eklem ve sırt ağrısı görülebilir (72). Nikotin bandıyla plasebonun etkinliğinin karşılaştırıldığı 600 olguyu içeren bir çalışmada, sigarayı bir yıl bırakmış kalma oranının bant kullananlarda %9,3 ve plasebo grubunda %5 olduğu bildirilmiştir (68).

Nikotin nazal sprey. Her iki burun deliğine tek doz püskürtme şeklinde uygulanır. Her püskürtme 0,5 mg nikotin içerir. Saatte 1–2 doz, azami 5 doz önerilmektedir. Maksimum günlük doz 40 mg'dır. En yüksek plazma düzeyine 5–10 dakikada ulaşır. 3–6 ay süreyle kullanılabilir. En sık karşılaşılan yan etkileri; burun ve boğaz irritasyonu, aksırık, öksürük, sürekli göz ve burun akıntısı, sinüzit, çarpıntı ve bulantıdır (72). Nikotin nazal sprey ile plasebonun etkinliğinin karşılaştırıldığı iki çalışmada, sigarayı bir yıl bırakmış kalma oranı Nikotin nazal sprey için %26 (plasebo %10) ve %27 (plasebo %15) olarak bulunmuştur (68).

Nikotin inhaler: Her inhalasyon kartuşu 10 mg nikotin içerir. Her bir inhalasyonla 13 µg nikotin alınır. Bir kartuş ortalama 80 inhalasyon sağlar. Başarılı bir sonuç için 6–16 inhalasyon kartuşu/gün kullanılması önerilmektedir. Özellikle elinde bir şeyler bulundurma ihtiyacı olan bağımlılar için en iyi seçenek olabilir, çünkü çok sık kullanım gerektirir. Büyük kısmı ağız mukozasından emilir. 20 dakikada en yüksek plazma düzeyine ulaşır. 3–6 ay süre ile kullanılabilir (72). Genellikle iyi tolere edilir, geçici ağız ve boğaz irritasyonu, öksürük en

sık görülen yan etkisidir. Nikotin inhaler sigara ağızlığına benzer şekilde olduğu için sigara ile ilgili el ve ağız alışkanlığının yerini doldurması açısından yararlı olabilir (68).

Başlangıçta herhangi bir NRT seçilebilir. Tedavi başarısızlığında ya da nikotin yoksunluk belirtileri yeterince kontrol altına alınamadığında, kombine tedavi kullanılabilir. En çok tercih edilen bant ve sakız birleşimidir. Bu birleşimde sakızın 2 mg'lık formunun kullanılması tercih edilmektedir. NRT'nin kullanılmaması gereken durumlar; gebelik, emzirme dönemi, 18 yaş altı, son 6 hafta içinde geçirilmiş akut miyokard infarktüsü, serebrovasküler atak, unstable anjina pectoris ve aritmilerdir. Ayrıca bant formu, psöriazis ve egzema gibi inatçı deri hastalığı olanlarda önerilmemektedir (72).

2.11.4.3. Nikotin İçermeyen Farmakoterapi

Bupropion HCL. Trisiklik olmayan, aminoketon bir antidepresan ilaçtır. Noradrenerjik ve dopaminerjik etkinliğe sahiptir. Norepinefrin ve dopaminin sinaptik geri alımının zayıf bir inhibitörüdür (72). Bupropion lokus ceruleus'da adrenerjik nöronların uyarılmasında azalma, nükleus accumbens'te ekstrasellüler dopaminde artış, dopamin geri alımında azalma ve nikotinik asetilkolin reseptörlerinde fonksiyonel antagonizmayı içeren çeşitli mekanizmalar ile etkili olur. Randomize çalışmaların tümü, bupropionun uzun süren yoksunlukta yaklaşık iki kat başarı sağladığını göstermiştir (74). Bupropion nikotin yoksunluk belirtilerinin azalmasına neden olmaktadır. Depresyon öyküsü olan ve olmayan olgularda eşit etkili olması, bu etkisinin antidepresan özelliğinden kaynaklanmadığını desteklemektedir. 300 mg/gün, 8 hafta kullanımı önerilmektedir ve tedavinin 6 ay kadar sürdürülebileceği bildirilmektedir. 150 mg'lık tabletleri olan bu ilaç ile tedaviye sigara bırakılmadan önce başlanır. İlk 3 gün 150 mg, 4. günden itibaren 300 mg (150mgx2) olarak kullanılır. Yaşlılarda tavsiye edilen doz günde tek doz 150 mg olup, 18 yaşından küçüklere önerilmez. 7–14 gün içinde bir hedef bırakma günü belirlenir. Olgu tedavi alırken sigarayı bırakır ve tedavi aynı dozda sürdürülür. Yan etkileri hafif olup en sık baş ağrısı, uykusuzluk ve ağız kuruluğu görülür. Bipolar bozukluğun depresif fazında manik epizod riski, duyarlı olgularda latent psikoz aktivasyonu riski vardır. Konvulziyon, konvulziyon eşiğini düşüren ilaç (alkol, nöroleptik) kullanım öyküsü, MSS travması, anoreksi ya da bulimia gibi yeme bozuklukları ve MAO inhibitörü kullanma öyküsü olanlarda kontrendikedir. Bu durumlara sahip olgularda bupropion kullanımı, konvulziyon riskini artırmaktadır (1/1000). Ciddi yoksunluk belirtileri olan ya da monoterapi ile başarı sağlanamayan olgularda NRT ve bupropion birlikte kullanılabilir. Teofilin kullanan olgularda, bupropion tedavisi süresince teofilin alımına ara verilmesi veya ilaç bırakılamıyorsa bupropion tedavisinin 150 mg/gün dozuyla sürdürülmesi gerekebilir (72).

Tedavi Başarısını Değerlendirme: İki hafta içinde sigara bırakılmamışsa, ilaç rejimi ve motivasyon yeniden değerlendirilmeli. Diğer bir ilaç eklenebilir ya da NRT alıyorsa doz artırılabilir. 4 hafta tedaviden sonra aynı düzeyde sigara içmeye devam ediyorsa tedavi kesilmeli ve tedavi programı yeniden değerlendirilmelidir. Başarısızlığın nedenleri araştırılmalıdır (76).

2.12. Sigara Bırakma Poliklinik Çalışmaları

Kişisel ve sağlık sistemi bazında sağlık için yapılacak en önemli girişimlerden birisi sigara bırakmadır. Sigara bırakma polikliniği olmaksızın bırakma olasılığı %3–5 iken poliklinik yardımı ile bu oran %40'lara kadar yükselmektedir (8). Etkin içicilerin her yıl %40'ı sigarayı bırakmaya kalkışır ve %4-6'sı da başarılı olur. Ancak poliklinik yardımı almadan bırakanların 2/3'ü, iki gün içerisinde yeniden başlarlar. Klinisyenlerin 3 dakika bile olsa teşvik edici konuşmaları sigaranın bırakılmasını 1,3 ile 1,7 kat artırmaktadır. Davranış tedavisi 1,5–2,1 kat, sosyal destek sağlama 1,3–1,5 kat ve telefonla davranış tedavisi 1,2 kat bırakmayı artırmaktadır (57).

Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları (sigara) polikliniğinde yapılan ve 2005'de yayınlanan bir çalışmada; bir yıl içmemiş olmak başarılı olarak değerlendirilmiş olup olgulara sigaranın zararları hakkında bilgi verilmiş ve sigarayla ilgili bilgi veren bir kitapçık dağıtılmıştır. Olguların tümüne özendirici destek sağlanıp davranış eğitimi verilirken, 68 olgunun 24'üne farmakoterapi uygulanmıştır. Sigara içmeme oranları 15. günde %75, 3. ayda %54, 6. ayda %48,5 ve 1. yılda %41,2 olarak bulunmuştur. Sayı yetersiz olduğu için farmakoterapinin etkinliği gösterilememiştir (55).

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları bölümünün 2005 yılında yapmış olduğu bir çalışmada, bir yıl içmemiş olmak başarılı olarak değerlendirilmiş ve bir yıl sonra bakıldığında nikotin replasman tedavisi alanlarda bırakma başarısı %30,9, ilaç kullanmayıp sadece davranış ve destek tedavisi alan gruptaki başarı %18,8 ve yalnızca bupropion kullananlarda ise %6,7 olarak bulunmuştur (18).

Bakırköy Ruh sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 67 hastaya ait dosyaların geriye dönük incelenerek, nikotin replasman tedavisi (NRT) alanların eğitim oturumlarına katılım sıklıklarının almayanlarla karşılaştırılmasının yapıldığı çalışmada, olguların 32'sine nikotin replasman tedavisi uygulanırken, 35'ine hiç ilaç uygulanmamıştır. NRT alanların %25'inin, almayanların ise %5,7'sinin eğitim oturumlarına katıldıkları saptanmıştır. Sonuçta NRT eğitim oturumlarına katılmayı artırdığı için sigarayı bırakmak için,

başvuruda bulunanların NRT kullanmaları yönünde yöreklendirilmesi gerektiği tavsiye edilmiştir (77).

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları bölümünün yapmış olduğu, sigara bırakma tedavisinin sonuçlarını değerlendiren bir çalışmada; olguların tamamına davranış eğitimi ve motivasyonel destek sağlanırken, %40 kadarı NRT almıştır. Birinci yıl sonunda sigarayı bırakma oranları NRT ve davranış eğitimi-motivasyonel destek alan grupta %55,2 ve yalnızca davranış eğitimi-motivasyonel destek alan grupta ise %40 olarak bulunurken, tüm olgular için bu oran %45,5'tir (78).

Celal Bayar Üniversitesinin yapmış olduğu bir çalışmada ise; sigarayı bırakmayan grupta, bırakan gruba göre tüm psikometrik testlerin yüksek çıktığı, sigara bıraktırma programına alınacak hastaların ruhsal açıdan da değerlendirilmesi gerektiği, bıraktırma öncesi saptanacak anksiyete ve depresif belirtilerin değerlendirilip gerekli önlemlerin alınmasının sigara bırakma oranını artıracığı ortaya konmuştur (56).

Sonuç. Sigara bıraktırmada en etkin yöntem, nikotin replasmanı ve bupropionla birlikte davranış desteğidir. Doktorlar ve sağlık çalışanları bu konuyu bilmeli ve gerek birinci basamakta gerekse ikinci basamakta uygulamalıdır (73).

3. AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, ADÜ öğrencilerinin;

- . Sigara içme konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek ve çeşitli etkenlerin bunlara etkisini saptamak,
- . Öğrencilerin sigara içme davranışının hangi değişim evresinde olduğunu saptayarak hekimlerin yapması gereken girişimler için veri toplamak,
- . Öğrencilerin ne kadarının hekimden sigarayı bırakma tavsiyesi aldığını belirleyerek günümüzde kronik bir hastalık olarak kabul edilen sigara içme davranışına hekimlerin girişimde bulunma sıklığını saptamak,
- . Belli davranış evresinde olan öğrencilere yönelik girişim sonrası davranış değişikliği döngüsündeki evre değişimini saptamaktır.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma 2006–2007 eğitim-öğretim döneminde yapıldı. Çalışmanın evrenini ADÜ merkez yerleşkesindeki iki fakülte (Fen Edebiyat ve Eğitim Fakülteleri) ve bir Meslek Yüksek Okulu ile merkez ilçedeki Tıp Fakültesi, Sağlık Yüksek Okulu, Ziraat Fakültesi ve Veteriner Fakültesinde eğitim görmekte olan 5679 üniversite öğrencisi oluşturdu. Örneklem büyüklüğü hesaplanırken, Türkiye’de bazı üniversitelerde yapılan çalışmalarda sigara içme sıklığının ortalamaları olan %40’ın iki katı, hata payı ise %20 olarak alındı.

Hesaplanan 849 kişilik örneklem grubu, tabakalı rasgele örneklem yöntemi uygulanarak öğrenci sayısına göre fakülte ve sınıf tabakalarına orantılandı. Okullardan elde edilen sınıf listeleri dikkate alınarak her sınıftan görüşülecek öğrenci sayısı belirlendi. Her sınıf için zar kullanılarak belirlenen ilk kişiden itibaren yedi atlanarak belirlenen öğrencilere anket uygulandı. Belirlenen öğrencilerin o anda sınıfta bulunmamaları durumunda anket formu, sınıf listesindeki bir sonraki öğrenciye uygulandı.

Çalışma kapsamında olmayan Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Dökümantasyon bölümünden 20 kişilik öğrenci grubuna ön anket uygulanarak anket formunda gerekli düzeltmeler yapıldı. Anket formu isim, telefon numarası, yaş, cinsiyet, sigara alışkanlığının olup olmadığı bilgilerine ek olarak sigara içme süresi ve günlük içilen sigara miktarını, sigaraya başlama yaşını, başlama nedenlerini, davranış değişikliğinin hangi evresinde olduğunu, bireyin bağımlılık düzeyini ve hekimlerin hastalarına sigarayı bırakmaları konusunda tavsiyede bulunup bulunmadıklarını sorgulayan 55 parametreden

oluşmaktaydı. Anket formu sınıflarda gözlem altında bizzat öğrencilerin kendisi tarafından dolduruldu. Anket uygulaması önceden uygulama ilkeleri konusunda eğitilmiş 5 araştırmacı tarafından yapıldı.

Anket formları toplanırken Fen Edebiyat Fakültesi, Eğitim Fakültesi, Meslek Yüksek Okulu, Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksek Okulundaki yalnızca sigara içen öğrencilerin her birine, sigarayı bırakmayı düşüncelerini hedefleyici bilgiler içeren broşür verildi. Ziraat Fakültesi ve Veteriner Fakültesinde eğitim görmekte olan ve sigara içen öğrenciler ise broşür verilmeyerek kontrol grubu olarak belirlendi. Kontrol grubu olarak bu iki fakültenin seçilmesinin nedeni, merkezden uzakta olmalarından dolayı broşür dağıtılan öğrencilerden etkilenmemelerini sağlamaktır.

İlk anket uygulanmasını izleyen 4–6 hafta sonrasında broşür verilenlerden bilinçsizlik evresinde olan 106 öğrenciye ikinci kez ulaşılarak, bu uygulamayla bireyin döngüdeki evre değişikliği değerlendirildi ve topluluğa yönelik girişimin etkinliğine bakıldı.

Sonuçlar "SPSS for Windows" programında analiz edildi. İstatistiksel değerlendirmede "Ki-kare" testi kullanıldı. $p < 0,05$ değerleri anlamlı kabul edildi.

5. BULGULAR

Araştırma grubumuz % 52,8'i (s=448) erkek, %47,2'si (s=401) bayan olmak üzere 849 öğrenciden oluşmaktadır (**Çizelge 3**). Katılımcıların %1,7'si (s=14) evli, %97,4'ü (s=821) bekar ve %0,9'u boşanmıştı (**Çizelge 4**). Yukarıda tanımlanan yöntemle göre örneklem grubundaki her öğrenciye ya da onun yerine yedek belirlenen kişiye ulaşılmıştır (Yanıtlama oranı %100). Yaş grubu dağılımında öğrencilerin %16,8'i (s=142) 18 yaş ve daha küçük, %22,6'sı (s=191) 22 yaş ve daha büyük iken, %60,6'sı (s=511) 19–21 yaş aralığındaydı (**Çizelge 5**). Katılımcıların %6,7'si (s=57) Sağlık Yüksek Okulunda, %15,4'ü (s=131) Eğitim Fakültesinde, %28'i (s=238) Fen ve Edebiyat Fakültesinde, %10'u (s=85) Ziraat Fakültesinde, %6,5'i (s=55) Tıp Fakültesinde, %5,9'u (s=50) Veteriner Fakültesinde ve %27,4'ü (s=233) Meslek Yüksek Okulunda okumaktaydı (**Çizelge 6**). Gruptaki öğrencilerin % 34,8'i (s=295) birinci sınıfta, % 31,3'ü (s=265) ikinci sınıfta, % 15,1'i (s=128) üçüncü sınıfta, %15,3'ü (s=130) dördüncü sınıfta, %2,8'i (s=24) beşinci sınıfta ve %0,6'sı (s=5) altıncı sınıfta okumaktaydı (**Çizelge 7**).

Çizelge 3. Öğrencilerin cinsiyete göre dağılımları

Cins	Sayı (s)	%
Erkek	448	52,8
Kadın	401	47,2
Toplam	849	100

Çizelge 4. Öğrencilerin medeni durumlarına göre dağılımları

Medeni durum	Sayı (s)	%
Evli	14	1,7
Bekar	821	97,4
Boşanmış	8	0,9
Toplam	843	100

Çizelge 5. Öğrencilerin yaşlarına göre dağılımları

Yaş	Sayı (s)	%
18 ve altı	142	16,8
19	241	28,6
20	141	16,7
21	129	15,3
22 ve üzeri	191	22,6
Toplam	844	100

Çizelge 6. Öğrencilerin okudukları fakülte/yüksek okula göre dağılımları

Fakülte/yüksek okul	Sayı (s)	%
Eğitim Fakültesi	131	15,4
Fen Edebiyat Fakültesi	238	28
Tıp Fakültesi	55	6,5
Veteriner Fakültesi	50	5,9
Ziraat Fakültesi	85	10
Sağlık Yüksek Okulu	57	6,7
Meslek Yüksek Okulu	233	27,4
Toplam	849	100

Çizelge 7. Öğrencilerin eğitim gördükleri sınıflarına göre dağılımları

Sınıfı	Sayı (s)	%
1.sınıf	295	34,8
2.sınıf	265	31,3
3.sınıf	128	15,1
4.sınıf	130	15,3
5.sınıf	24	2,8
6.sınıf	5	0,6
Toplam	847	100

Araştırma grubumuzun %80,4'ünün (s=679) anneleri ev hanımı, %9,7'sininki (s=82) memur, %3,7'sininki (s=31) işçi ve %6,3'ününkü (s=53) ise diğer meslek gruplarındandı (**Çizelge 8**). Öğrencilerin %23,3'ünün babaları (s=193) memur, %24,4'ününkü (s=202) işçi ve % 52,4'ününkü (s=434) ise diğer meslek gruplarındandı (**Çizelge 8**).

Çizelge 8. Öğrencilerin annelerinin mesleğine göre dağılımları

Annenin mesleği	Sayı (s)	%
Ev hanımı	679	80,4
Memur	82	9,7
işçi	31	3,7
Diğer	53	6,3
Toplam	845	100

Çizelge 9. Öğrencilerin babalarının mesleklerine göre dağılımları

Babanın mesleği	Sayı (s)	%
Memur	193	23,3
İşçi	202	24,4
Diğer	434	52,4
Toplam	829	100

Çalışma grubundaki öğrencilerin %51'i (s=423) hayatları boyunca bir ya da birkaç kez tütün kullanmayı denemiş olup, % 29,9'u (s=254) halen tütün kullanmaktadır (**Çizelge 10**). Katılımcıların %94,5'i (s=426) sigarayı, %2,7'si (s=12) puroyu, %0,4'ü (s=2) pipoyu ve %2,4'ü (s=11) diğer tütün ürünlerini tercih etmekteydi (**Çizelge 11**). Öğrencilerin %50,8'i (s=197) her gün en az bir adet ve %16,5'i (s=62) son bir yıldır ara sıra tütün içtiğini söylerken, %8,3'ü (s=31) son bir yıldır hiç tütün kullanmadığını, %17'si (s=66) yaşamları boyunca 100 adetten daha az tütün içtiğini ve %11,4'ü (s=45) eskiden içtiğini ancak son bir yıldır içmediğini ifade etmekteydi (**Çizelge 12**).

Çizelge 10. Öğrencilerin tütün içmeyi deneme ve halen kullanma durumlarına göre dağılımları

Tütün deneme durumu	Sayı (s)	%
Evet	423	51
Hayır	404	49
Toplam	827	100
Halen kullanma durumu	Sayı (s)	%
Evet	254	29,9
Hayır	595	70,1
Toplam	849	100

Çizelge 11. Öğrencilerin tütün kullanma tercihlerine göre dağılımları

İçilen tütün	Sayı (s)	%
Sigara	426	94,5
Puro	12	2,7
Pipo	2	0,4
Diğer	11	2,4
Toplam	451	100

Çizelge 12. Öğrencilerin tütün kullanma durumuna göre dağılımları

Sigara kullanma durumu	Sayı (s)	%
Her gün en az 1 tane	199	50,5
Son 1 yıldır ara sıra	55	14
Son 1 yıldır hiç içmiyor	23	5,8
Hayatı boyunca 100'den az	72	18,3
Eskiden içerdim son 1 yıldır içmiyorum	45	11,4

Grubun pasif içiciliği değerlendirildiğinde; gruptan yaşadığı yerde sigara dumanına maruz kalanlar %62.8 (n=513), kullanmayanların yanında içmemeye çalışanlar %63.8 (n=222), öğrenci kantinlerinde sigara içimi yasaklanmalıdır diyenler %80.8 (n=658) olarak saptandı (**Tablo 13**).

Çizelge 13. Öğrencilerin çevresel sigara dumanından etkilenme durumuna göre dağılımları

Pasif içicilik durumu	Sayı (s)	%
Yaşadığım yerde sigara dumanına maruz kalıyorum	513	62,8
Kullanmayanların yanında içmemeye çalışıyorum	222	63,8

Anne, baba, kardeş gibi grubun çevresindekilerin sigara içme durumları değerlendirildiğinde ise annelerin % 20 (s=165), babaların % 50,9 (s=417), kardeşlerin %26,1 (s=211), evli ve boşanmış olanların eşlerinin %6,2 (s=16) ve diğer aile bireylerinin %44,3 (s=332) oranla sigara içtikleri saptanmıştır (**Çizelge 14**).

Çizelge 14. Öğrencilerin yakınlarının tütün kullanma durumuna göre dağılımları

Yakınlarının sigara içme durumu	Sayı (s)	%
Anne içiyor	165	20
Baba içiyor	417	50,9
Kardeş içiyor	211	26,1
Eş içiyor	16	6,2
Diğer içiyor	332	44,3

Çalışma grubunun sigaraya başlama yaşı değerlendirildiğinde; katılımcıların %25'inin (s=98) 15 yaşından önce, %27'sinin (s=106) 15-16 yaşlarında, %35,5'inin (s=139) 17-18 yaşlarında, %9,2'sinin (s=36) 19-20 yaşlarında ve %3,3'ünün (s=13) 21 yaşından sonra başladığı saptandı (**Çizelge 15**). Öğrencilerin %70,8'i (s=213) 1-5 yıl, %23,6'sı (s=71) 6-10 yıl, %4,3'ü (s=13) 11-15 yıl ve %1,3'ü (s=4) 16 ve daha fazla yıldır sigara içmekteydi (**Çizelge 16**). Günlük içilen sigara miktarı değerlendirildiğinde; öğrencilerin %57,7'si (s=135) günde 1–15 adet, %33,8'i (s=79) 16–25 adet, %8,5'i (s=20) 26 adetten daha fazla sigara içmekteydi (**Çizelge 17**). Çalışmaya katılanların %21,8'i (s=53) günün ilk sigarasını uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içerisinde içerken, 29,2'si (s=71) uyandıktan 6-30, %19,3'ü (s=47) 31-60 ve %29,6'sı (s=72) ise 60 dakikadan daha uzun süre geçtikten sonra sigara içmekte olduklarını ifade etmişlerdi (**Çizelge 18**).

Çizelge 15. Araştırmaya katılanların sigaraya başlama yaşları

Başlama yaşı	Sayı (s)	%
<15	98	25
15-16	106	27
17–18	139	35,5
19–20	36	9,2
>21	13	3,3
Toplam	392	100

Çizelge 16. Araştırmaya katılanların sigaraya kullanma süreleri

Toplam sigara içilen süre (yıl)	Sayı (s)	%
1–5	213	70,8
6–10	71	23,6
11–15	13	4,3
16 ve üzeri	4	1,3
Toplam	301	100

Çizelge 17. Araştırmaya katılanların günlük içtikleri sigara sayısı

Günlük içilen sigara sayısı	Sayı (s)	%
1–15	135	57,7
16–25	79	33,8
>26	20	8,5
Toplam	284	100

Çizelge 18. Araştırmaya katılanların günün ilk sigarasını içmeye başlayış zamanları

Uyandıktan sonra ilk sigara içilene kadarki süre (dakika)	Sayı (s)	%
0–5	53	21,8
6–30	71	29,2
31–60	47	19,3
>60	72	29,6
Toplam	243	100

Çevreden etkilenme %64,6 (s=237), merak %55,9 (s=213), arkadaş grubunun sigara kullanması %53,1 (s=188), özentisi %43,5 (s=158), yaşanan sorun sonrası %30,2 (s=98) ve ailede içicilerin olması %9,3 (s=31) en sık saptanan sigaraya başlama nedenleriydi (**Çizelge 19**). Öğrencilerin % 76,3'ü (s=216) ileride sağlığı olumsuz etkileneceği için, %11,7'si (s=33) sağlık sorunları olduğu için, %7,4'si (s=21) ekonomik nedenlerle, %3,5'i (s=10) toplumsal baskıdan ve %1,1 (s=3) doktor tavsiye ettiği için sigarayı bıraktıklarını ya da bırakmayı denediklerini ifade etmişlerdi (**Çizelge 20**). Yanıt verenlerin %30,9'u (s=88) sigarayı bırakmayı hiç denemediğini, %24,6'sı (s=70) dört ya da daha çok kez denediğini, %21,1'i (s=60) bir kez denediğini, %14'ü (s=40) iki kez denediğini ve %9,5'i (s=27) üç kez denediğini bildirmişlerdi (**Çizelge 21**).

Çizelge 19. Araştırmaya katılanların sigaraya başlama nedenleri

Sigaraya başlama nedeni	Sayı (s)	%
Merak	213	55,9
Özenti	158	43,5
Çevre	237	64,6
Ailedeki içiciler	31	9,3
Arkadaş	188	53,1
Yaşanan sorun sonrası	98	30,2
Toplam	925	256.6

Çizelge 20. Araştırmaya katılanların sigarayı bırakma ya da bırakmayı deneme nedenleri

Sigarayı bırakmayı deneme/bırakma nedeni	Sayı (s)	%
Sağlık sorunları	33	11.7
Sağlığı ileride olumsuz etkileyebileceği	216	76.3
Doktor tavsiyesi	3	1.1
Ekonomik nedenli	21	7.4
Toplumsal baskı	10	3.5
Toplam	288	100

Düzenli ya da düzensiz olarak halen sigara içmekte olan 254 kişinin %41,7'si (s=106) Davranış Değişikliği Döngüsünün niyetlenme öncesi evresinde, %28,3'ü (s=72) niyetlenme evresinde, %29,9'unun (s=76) hazırlık evresinde olduğu bulundu. Sigarayı bırakmış olan 80 kişinin %15'i (s=12) eylem evresindeyken, %85'i (s=68) sürdürme evresindeydi (**Çizelge 22**).

Çizelge 21. Araştırmaya katılanların sigarayı bırakmayı deneme sayıları

Bırakmayı deneme sayısı	Sayı (s)	%
Hiç	88	30,9
1 kez	60	21,1
2 kez	40	14
3 kez	27	9,5
4 ya da üzeri	70	24,6
Toplam	285	100

Çizelge 22. Araştırmaya katılanların davranış değişikliği döngüsündeki bulundukları evreler

Evre	Sayı (s)	%
Niyetlenme öncesi	106	41,7
Niyetlenme	72	28,3
Hazırlık	76	29,9
Toplam	254	100
Eylem	12	15
Sürdürme	68	85
Toplam	80	100

Niyetlenme öncesi evresindeki 106 kişilik grubun %31,1'i (s=33) kız, %68,9'u (s=73) erkek öğrencilerden oluşmaktaydı. Kontrol grubunda 32 (% 30,2), müdahale grubunda ise 74 öğrenci (%69,8) bulunmaktaydı. Yapılan girişimden 4-6 hafta sonraki değerlendirme sonuçları **Çizelge 23'**te verilmiştir. Müdahale grubunun %29,7'si (s=22) kız, %70'i (s=52) erkekti. Grubun %33,8'i (s=25) geçen yıl içerisinde sigarayı bırakmayı denemişti. Kontrol grubunun ise %34,4'ü (s=11) kız, %65,6'sı (s=21) erkekti. Grubun %31,3'ü (s=10) geçen yıl içerisinde sigarayı bırakmayı denemişti. Her iki grup müdahale sonrası evre değişikliği bakımından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel anlam taşıyan farklılık kaydedilmedi ($\chi^2=7,299$; $p=0,063$).

Çizelge 23. Bilinçsizlik evresinde olan katılımcıların girişimden 4–6 hafta sonra davranış değişikliği döngüsünde bulundukları evreler

Evre	Müdahale	Kontrol	Toplam	
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Niyetlenme öncesi	41 (55,4)	18 (56,3)	59 (55,7)	$\chi^2=7,299$ p= 0,063
Niyetlenme	24 (32,4)	11 (34,4)	35 (33)	
Hazırlık	8 (10,8)	0 (0,0)	8 (7,5)	
Sürdürme	1 (1,4)	3 (9,4)	4 (3,8)	
Toplam	74 (100)	32 (100)	106 (100)	

Araştırmaya katılanların %33,2'sine (s=190) herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle başvuruda bulundukları hekimlerce sigara içip içmedikleri sorulmuş, % 33,5'ine (s=72) bırakmaları konusunda tavsiyede bulunulmuş, %8,8'ine ise (s=17) bırakmaları konusunda hekim tarafından yardım teklif edilmiştir. Öğrencilerin %73,1'i hekimden yardım teklifi alırsa sigarayı bırakabileceğini ifade etmiştir (**Çizelge 24**).

Çizelge 24. Hekimlerin sigara ile ilgili tutumları

Sigara konusunda hekimin tutumu	Sayı (s)	%
Sigara içip içmediğini sordu	190	33,2
Bırakmam konusunda tavsiyede bulundu	72	33,5
Bırakmam konusunda yardım teklif etti	17	8,8
Yardım teklifiyle bırakmayı düşünürüm	190	73,1

Öğrencilerin sigaranın sağlığa verdiği zararlar konusunda bilgileri değerlendirildiğinde; sigaranın sağlığa zararlı olduğunu düşünenler %97,5 (s=730) iken sağlıkları üzerinde olumsuz etkisi olabileceğinden endişe duyanlar %92,9 (s=457) kadardı (**Çizelge 25**). Öğrencilerin %98,8'i (s=820) sigaranın akciğer kanserine, %98,2'si (s=799) kalp damar hastalığına, %97,6'sı (s=801) gırtlak kanserine, %96,4'ü (s=775) ağız içi kanserine, %90,5'i (s=723) kronik bronşite, %90,1'i (s=710) yeni doğan bebek ölümüne ve 76,3'ü (s=515) mesane kanserine neden olduğunu belirtmişlerdi (**Çizelge 26**).

Çizelge 25. Öğrencilerin sigara ile ilgili düşünceleri

Düşünceler	Evet Sayı (%)	Hayır Sayı (%)	Toplam
Sağlığa zararlı olduğunu düşünüyor musunuz?	730 (97,5)	19 (2,5)	749 (100)
Sağlığınız üzerinde olumsuz etkisi olabileceğinden endişeleniyor musunuz?	457 (92,9)	35 (7,1)	492 (100)

Çizelge 26. Öğrencilerin sigara ile ilişkili hastalıklara yönelik bilgi düzeyleri

Hangisi/hangilerine yol açar	Evet Sayı (%)	Hayır Sayı (%)	Toplam Sayı (%)
Mesane Ca	515 (76,3)	160 (23,7)	675 (100)
Akciğer Ca	820 (98,8)	10 (1,2)	830 (100)
Ağız içi Ca	775 (96,4)	29 (3,6)	804 (100)
Gırtlak Ca	801 (97,6)	20 (2,4)	821 (100)
Kalp damar hastalığı	799 (98,2)	15 (1,8)	814 (100)
Kronik bronşit	723 (90,5)	76 (9,5)	799 (100)
Yeni doğan bebek ölümü	710 (90,1)	78 (9,9)	788 (100)

Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre halen sigara kullanmayı sürdürme durumlarına baktığımızda; sigara içme prevalansı %29,9 (s=254) olup, erkeklerde % 39,1 (s=175), kadınlarda %19,7 (s=78) olarak saptandı (**Çizelge 27**). Her iki cins arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0.001).

Çizelge 27. Öğrencilerin cinsiyete göre şu an sigara kullanma durumları

Cins	İçicilerin sayısı (%)	
Erkek	175 (39,1)	$\chi^2=37,833$; p<0.001
Kadın	79 (19,7)	
Genel	254 (29,9)	

Farklı yaş gruplarındaki öğrencilerin sigara kullanma durumları istatistiksel olarak anlamlıydı; bu anlamlılık 21 yaş ve üzerindeki öğrencilerle diğer gruplar arasındaki farktan kaynaklanmaktaydı ($p<0.001$) (**Çizelge 28**).

Çizelge 28. Yaşa göre şu an sigara kullanma durumları

Yaş	Şu anda içici	
	Sayı (%)	
18 ve altı	35 (24,6)	$\chi^2=23,706$ $p<0,001$
19	57 (23,7)	
20	35 (24,8)	
21	47 (36,4)	
22 ve üzeri	80 (41,9)	

Bulundukları fakültelere göre öğrencilerin sigara kullanma prevalansına bakarsak; en düşük orana %14 ile Sağlık Yüksek Okulu sahip olduğu, bunu sırasıyla Eğitim Fakültesi (%22,1), Tıp Fakültesi (%23,6), Fen-Edebiyat Fakültesi (%26,5), Meslek Yüksek Okulu (%36,9) ve Veteriner Fakültesi (%40) izlediği görülmektedir. En yüksek oran % 41,2 ile Ziraat Fakültesi'ne ait olup fakülteler arasında halen sigara kullanıyor olma bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu fark, diğer 4 fakülte/yüksek okula göre Meslek Yüksek Okulu, Veteriner Fakültesi ve Ziraat Fakültesi öğrencilerinin daha çok sigara kullanmalarından kaynaklanmaktaydı (**Çizelge 29**).

Öğrencilerden annesi sigara kullananların %41,2'si, babası sigara kullananların %35,3'ü ve kardeşleri sigara kullananların %41,2'si halen sigara kullanmaktadır. Annesinin, babasının ve kardeşlerinin sigara kullanmalarıyla halen kendilerinin sigara kullanıyor olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eşin sigara kullanmasıyla ise (%25) istatistiksel olarak anlam ifade eden bir ilişki saptanmamıştır (**Çizelge 30**).

Katılımcıların bulundukları sınıflara göre sigara kullanma durumlarına baktığımızda ise; 1. sınıf öğrencilerinin %28,5'inin ($s=84$), 2. sınıf öğrencilerinin %26,4'ünün ($s=70$), 3. sınıf öğrencilerinin %30,5'inin ($s=39$), 4. sınıf öğrencilerinin %37,7'sinin ($s=49$), 5. sınıf öğrencilerinin %45,8'inin ($s=11$) ve 6. sınıf öğrencilerinin %20'sinin ($s=1$) halen sigara kullandıklarını görmekteyiz (**Çizelge 31**). Ancak sigara kullanma sıklığı bakımından sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 29. Bulundukları fakülte/yüksek okullara göre öğrencilerin şu an kullanma durumları

Fakülte/Yüksek okul	Şu anda içici	
	Sayı (%)	
Sağlık Yüksek Okulu	8 (14)	$\chi^2=26,020$ $p<0,001$
Eğitim Fakültesi	29 (22,1)	
Fen Edebiyat	63 (26,5)	
Ziraat Fakültesi	35 (41,2)	
Tıp Fakültesi	13 (23,6)	
Veteriner Fakültesi	20 (40)	
Meslek Yüksek Okulu	86 (36,9)	
Toplam	254 (29,9)	

Çizelge 30. Öğrencilerin ev halkından sigara kullananlara göre şu an kullanma durumları

Evdeki içiciler	Şu anda içici	
	Sayı (%)	
Anne	68 (41,2)	$\chi^2=10,51$; $p<0,001$
Baba	147 (35,3)	$\chi^2=9,944$; $p<0,001$
Kardeş	87 (41,2)	$\chi^2=15,975$; $p<0,001$
Eş	4 (25)	$\chi^2=2,260$; $p>0,05$

Çizelge 31. Bulundukları sınıflara göre öğrencilerin şu an sigara kullanma durumları

Sınıf	Şu anda içici	
	Sayı (%)	
1. sınıf	84 (28,5)	$\chi^2=8.730$ $p>0,05$
2. sınıf	70 (26,4)	
3. sınıf	39 (30,5)	
4. sınıf	49 (37,7)	
5. sınıf	11 (45,8)	
6. sınıf	1 (20)	
Toplam	254 (100)	

6. TARTIŞMA

Adnan Menderes Üniversitesi'ne bağlı Sağlık Yüksek Okulu, Eğitim Fakültesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Ziraat Fakültesi, Tıp Fakültesi, Veteriner Fakültesi ve Meslek Yüksek Okulu'nda okumakta olan 849 kişiyi kapsayan bu araştırmada öğrencilerin sigara içme alışkanlıkları, sigara içmeye ilişkin bazı davranışları, sigaraya ilişkin bilgi düzeyleri, davranış değişikliği döngüsündeki durumları, sigara konusunda hekimlerle olan iletişimleri ve sigarayı bırakmaya ilişkin düşünce ve davranışları incelenmiştir.

Bu çalışmada araştırmaya katılan öğrencilerin sigara içme sıklığı %29,9 (s=254) olarak bulunmuştur. Bu oran ADÜ öğrencilerinin 1/3'üne yakınının sigara kullandığını göstermekte olup halen üniversite gençliğinin yüksek oranlarda sigara içtiğini işaret etmesi bakımından önemlidir. Erkek öğrenciler (%39,1) kız öğrencilerden (%19,7) daha çok sigara içmektedir (**Çizelge 27**). Sigara içen üniversite gençliğinin %77,5'i 18 yaşından, %25'i ise 15 yaşından önce sigaraya başlamışlardır (**Çizelge 15**). Bu da günümüzde artık kronik hastalık olarak kabul edilen sigara içme alışkanlığına “dur!” diyebileceğimiz yaşları göstermesi bakımından önemlidir. Yaş arttıkça sigara içmeyi halen sürdürme durumu da artıyor gibidir (**Çizelge 28**). Bu durum sigara bağımlısı sayısına, üniversite döneminde de ciddi eklenmeler olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Öğrencilerin %70,8'inin 1-5 yıl gibi kısa süredir sigara içiyor olması, bu alışkanlığın bıraktırılmasını kolaylaştırabilir (**Çizelge 16**). Öğrencilerin günlük içtikleri sigara miktarı değerlendirildiğinde çoğunun “hafif bağımlı” sınıftan olduğunu görmekteyiz (**Çizelge 17**). Yine sigara içen öğrencilerin çoğunluğunun günün ilk sigarasını, uyandıktan beş dakikadan daha fazla süre bekledikten sonra içerek “orta-ağır” içici grubunda olduklarını görmekteyiz. Bu da sigara içen öğrencilerin büyük çoğunluğunun sigara içme alışkanlığını daha kolay bırakabileceğini göstermektedir. Öğrencilerin annesinin, babasının ve kardeşlerinin sigara kullanmalarıyla kendilerinin sigara kullanıyor olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş olması, sigara ile mücadelede aile eğitimi ve aile desteğinin de öneminin birer göstergesidir (**Çizelge 30**).

Bulundukları fakültelere göre değerlendirdiğimizde en az Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinin, en çok ise Ziraat Fakültesi öğrencilerinin sigara içmekte olduğunu görüyoruz. Fakülteler arasında halen sigara kullanıyor olma bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Bu fark, diğer 4 fakülte/yüksek okula göre Meslek Yüksek Okulu, Veteriner Fakültesi ve Ziraat Fakültesi öğrencilerinin daha çok sigara kullanmalarından kaynaklanmaktaydı (**Çizelge 29**). Bu çalışmada Sağlık Yüksek Okulu ve Tıp Fakültesi ayrıca tartışılmıştır. Bunun nedeni, mezuniyet sonrasında hekimlik ve hemşirelik yapacak olan bu

öğrencilerin gerek sağlığı temsil etmeleri ve gerekse toplumda “rol model” olarak algılanmalarıdır. Yine öğrencilerin “rol model” olarak algıladıkları öğretmenler de ayrıca tartışılmıştır.

Öğrencilerin sınıfları yükseldikçe sigara içme oranında artış gözlense de bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Daha üst sınıfta olmaktan çok daha ileri yaşta olmak sigara içme bakımından önemli gibi gözüküyor.

Grubu pasif içicilik bakımından değerlendirdiğimizde, öğrencilerin önemli bir kısmı (%80,8) öğrenci kantinlerinde sigara içiminin yasaklanması yönünde görüş belirtmişlerdir. Bu oranın yerleşke yöneticilerinin ilgisini çekebilecek kadar yüksektir.

Öğrencilerin sigara kullanmaya başlamalarında ilk üç sırayı alan “çevreden etkilenme”, “merak” ve “arkadaştan etkilenme” gibi faktörler en etkili olup, bu faktörlerin gelişimini engelleyecek aile ve okul eğitimi, üzerinde durulması gereken önemli bir noktadır (**Çizelge 19**). Yanıt verenlerin %69,1’inin en az bir kez de olsa sigarayı bırakmayı denemiş olmaları, öğrencilerin büyük bir kısmının bu alışkanlıktan kurtulmaya çalıştıklarını göstermektedir (**Çizelge 21**). Bunu gerek yerleşke yönetiminin alacağı önlemlerin, gerekse hekim desteğinin gerekliliğini gösteren bir saptama olarak yorumlayabiliriz. Araştırmamıza katılanların %76,3’ü ileride sağlığı olumsuz etkileneceği için sigarayı bırakmayı denediklerini ifade ederken, sigara ile mücadelede bayrağı en önde taşıması gereken hekimin tavsiyesi doğrultusunda sigarayı bırakmayı denediklerini ifade edenlerin oranı ise sadece %1,1 olarak bulunmuştur (**Çizelge 20**).

Hekimlerin herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle kendilerine başvuran öğrencilerin ancak üçte birine sigarayı bırakmaları konusunda tavsiyede bulunması ve sadece %8,8’ine bırakmaları konusunda hekim tarafından yardım teklif edilmiş olması, hekimlerin bu konuda üzerine düşeni yapmadıklarını göstermektedir. Sigara içicilerinin %73,1’inin, hekimden yardım teklifi alırsa sigarayı bırakabileceğini ifade etmeleri hekimlerin sigarayı bırakmadaki önemini belirginleştirmektedir (**Çizelge 24**).

Öğrencilerin sigaranın sağlığa verdiği zararlar konusunda bilgi düzeylerine baktığımızda; en fazla akciğer kanseri ve en az mesane kanseri hakkında bilgiye sahip oldukları görülmekte olup (**Çizelge 26**), katılımcıların tamamına yakını sigaranın sağlığa zararlı olduğunu düşünmekteydi (**Çizelge 25**). Bu yüksek oranlar aslında üniversite gençliğinin sigaranın sağlığa verdiği zararlar konusunda hiç de azımsanmayacak düzeyde bilgiye sahip olduklarını göstermektedir.

Düzenli ya da düzensiz olarak halen sigara içmekte olan 254 kişinin %41,7’si Davranış Değişikliği Döngüsünün niyetlenme öncesi evresinde, %28,3’ü niyetlenme evresinde, %29,9’unun hazırlık evresinde olduğu bulundu. Sigarayı bırakmış olan 80 kişinin

%15'i eylem evresindeyken, %85'i sürdürme evresindeydi (**Çizelge 22**). Bu sonuçlar hekim müdahalesi açısından kolaylık sağlayıcı bulgulardır. Ayrıca hazırlık evresinde bulunan öğrencilerin oranının literatürden yüksek olması, olası bir sigara ile mücadele kampanyasında ADÜ için avantaj olabilir.

Niyetlenme öncesi evresindeki 106 kişilik gruba yapılan girişimden 4–6 hafta sonraki değerlendirmede (**Çizelge 23**), gruplar arasında istatistiksel anlam taşıyan farklılık kaydedilmemiştir ($p>0,05$). Buna neden olarak, broşürle öğrencilere verdiğimiz sigaranın sağlığa verdiği zararları ifade eden iletilerin, zaten sigara paketleri üzerinde de var olan sloganlardan oluşmasını gösterebiliriz. Yani bu tür girişimleri ek bir etkisi olmamaktadır. Bu, araştırmamızın zayıf yönlerinden birisidir. Yine çalışmamızda kontrol grubunu oluşturan öğrenci sayısı girişim grubunun çok altında kalmıştır. Kontrol grubu olarak Ziraat ve Veteriner Fakültesi öğrencilerini seçmemizde bu iki fakültenin merkez yerleşke dışında olması etkili olmuştur. Amacımız, kontrol grubunun girişimden etkilenme olasılığını en aza indirebilmektir. Ancak bunu yaparken kontrol grubunun sayısını müdahale grubunun sayısı ile eşitleyememiş olmamız, çalışmamız açısından bir eksiklik oluşturmuştur. Zira yine yerleşke dışında bulunan Tıp Fakültesi ile, Sağlık Yüksek Okulunu da kontrol grubuna katarak sayıyı eşitlemeyi düşünebilirdik.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin sigara içme prevalansı %29,9 olarak bulunmuştur. Bu ADÜ öğrencilerinin 1/3'üne yakınının sigara kullandığını göstermekte olup oldukça yüksektir. Pekşen ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin %14'ü halen sigara kullanmaktadır (13). Açıknel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada öğrencilerin % 43,7'si her gün en az bir adet sigara içmektedir (15). Saatçi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise öğrencilerin sigara içme prevalansı % 21,4 olarak bulunmuştur (54). Sivas bölgesi üniversite öğrencilerinin ise % 43,5 i sigara içmektedir (79). Şanlıurfa'da yapılan çalışmada öğrencilerin %43,3'ü her gün, 22,7'si ara sıra olmak üzere, %66'sının sigara içtiği saptanmıştır (80). İzmir'de yapılan çalışmada öğrencilerin %27,9'u sigara içmektedir (81). Selçuk Üniversitesinde yapılan bir çalışmada prevalans %33,8 olarak bulunmuştur. Bu oranlara bakıldığında bizim çalışmamız, Pekşen ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma hariç diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir (82). Çalışmamız kapsamında olan yüksek okul/fakülteler arasında en düşük orana %14 ile Sağlık Yüksek Okulu sahip, bu oran en azından sağlıkçılar arasında sigara salgınının azalacağına belki işaret edebilir. Selçuk Üniversitesi tıp fakültesi hemşireleriyle yapılan bir çalışmada sigara içme prevalansı %56,5 olarak bulunmuştur (83). Sağlık memurluğu öğrencileriyle yapılan bir başka çalışmada ise sigara içme prevalansı %33 olarak bulunmuştur (84). Dilbaz ve arkadaşlarının hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada hemşirelerin % 58,8'i sigara içmektedir (85). Elazığ'da yapılan

çalışmada sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu öğrencilerinin % 41,4'ünün halen sigara içmekte olduğu ortaya konmuştur (86). Bu çalışmalarla karşılaştırıldığında bizim çalışmamızdaki oran oldukça düşüktür.

Çalışmamızda Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara kullanma prevalansı (%23,6) bazı fakültelere göre biraz daha düşüktür. Bu oran ülkemizdeki diğer tıp fakültelerinin oranlarıyla benzerdir. Marakoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin % 16'sı sigara içmektedir (87). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada, sigara içme oranı %24 bulunmuştur (88). Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan başka bir çalışmada %35 (89), Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem iki öğrencilerinde ise %27,3 olarak bulunmuştur (90).

Seydişehir Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinde sigara kullanma prevalansı %37,1 bulunmuştur (91). Bu oran bizim çalışmamız kapsamında olan ADÜ Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinin sigara içme prevalansı (%36,9) ile uyumludur.

Çalışmaya aldığımız fakülteler arasında olan Eğitim Fakültesi (%22,1) ve Fen-Edebiyat Fakültesi (%26,5) oranında sigara içmektedir. Bu oranlar öğrencilerin “rol model” olarak gördükleri geleceğin öğretmenleri için oldukça yüksektir. Ancak Danacı ve arkadaşları Manisa ili lise öğretmenlerinde yaptıkları araştırmada sigara içme oranını %40,7 olarak bulmuş olup (92) bizim çalışmamızdaki oranlardan bir hayli yüksektir.

Harvard'da yapılan bir çalışmada sigara kullananların 1/3'ünün her gün içtiği saptanırken (58), başka bir çalışmada Amerika'da üniversite öğrencilerinde sigara içme prevalansı % 22,3 olarak bulunmuştur (93). Bizim çalışmamızın sonuçları bu oranlarla uyumludur. Çin'de yapılan bir çalışma sonuçlarına göre, tıp fakültesinde okuyan erkek öğrencilerin %40,7'si, kız öğrencilerin ise %4,4'ü, diğer fakültelerde okuyan erkek öğrencilerin % 45,1'i kız öğrencilerin %6'sı sigara içmektedir (94). Bizim çalışmamızın sonuçları, bu çalışmada erkeklerde saptanan yüksek sigara kullanma oranlarıyla koşutluk göstermektedir. Japonya'da yapılan bir çalışmada öğrenci hemşirelerin %6,2'sinin sigara içtiği saptanmıştır (95). Bizim çalışmamızda öğrenci hemşirelerin sigara içme prevalansı diğer fakültelere göre oldukça düşük (%14) olmakla birlikte bu çalışmadaki orandan 2,2 kat daha yüksektir.

Yaptığımız çalışmada Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencileri hariç tutulursa sınıflar yükseldikçe sigara içme oranında artış gözlenmektedir. Ancak öğrencilerin sigara kullanmaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Sivas'taki üniversite öğrencilerinde de bizim çalışmamıza paralel olarak sigara içme durumu açısından sınıflar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (79). Yıldırım ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada üst sınıflara gidildikçe sigara kullanma sıklığında

istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir artış gözlenmiştir (14). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada % 35,7 ile beşinci sınıf öğrencilerinde sigara içme oranı en yüksek iken % 14,1 ile üçüncü sınıf öğrencileri en düşük sıradadır (88). Tıp Fakültesi öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada ise altıncı sınıf öğrencileri, birinci sınıf öğrencilerine göre anlamlı olarak daha fazla sigara içmektedir (89). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem I ve VI Öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada, Dönem VI'da % 49,6 olan sigara içme oranı dönem I'e (% 14,7) göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (96). Bizim çalışma sonuçlarımız bu çalışmalarla uyumsuzdur. Zira ADÜ Tıp Fakültesi öğrencileri arasında sigara içme sıklığı en yüksek olan sınıflar üç ve dördüncü sınıflardır. Dünyadaki duruma bakacak olursak, Borders ve arkadaşlarının yaptığı çalışma tam tersine, sınıf yükseldikçe sigara içme oranının azaldığını göstermiştir (60). Yani bizim çalışmamız bu sonuçla uyumsuzdur. Joponya'da öğrenci hemşireler arasında yapılan bir çalışmada ise sınıf büyüdükçe sigara kullanımında artış görülmekte (95) olup bizim sonuçlarımız bu çalışmayla benzerdir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem II öğrencilerinde sigara kullananların %54,5 i günde 1–15, %39,4'ü 16–25, %6,2'si ise 26 adetten fazla kullanmaktadır (90). Seydişehir Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinde sigara kullananların % 50'si 10 ve daha az, %33,9'u 11–20, %14,5'i 21–30, %1,6'sı 31 ve üzeri adet kullanmaktadır (91). Bizim yaptığımız çalışmada ise günlük içilen sigara miktarı içicilerin %57,7'sinde 1-15 adet, %33,8'inde 16-25 adet, %8,5'inde 26 adetten daha fazla olup bu değerler diğer çalışma sonuçlarıyla benzerdir.

Pekşen ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada nikotin bağımlılığı ölçütlerini (ilk 30 dakikada içilen sigara) öğrencilerin %44,8'i karşılarken bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir (13). Dilbaz ve arkadaşlarının hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada hemşirelerin % 14,3'ü uyandıktan sonraki 5 dakika içinde, %20,9'u 5–30 dakikada, %9,8'i 31–60 dakikada, %55'i ise 60 dakikadan daha uzun süre geçtikten sonra sabah ilk sigaralarını içtiklerini söylemişlerdir (85). Karlıkaya'nın Edirne'de yaptığı çalışmada, halen sigara içen öğrencilerin %27'sinin sabah uyandıktan sonra ilk yarım saat içinde, %35'inin 30–60 dakika sonra, %38'inin en az 60 dakika geçtikten sonra sigara içtiği saptanmıştır (97). Bizim çalışmada ise öğrencilerin %21,8'i günün ilk sigarasını uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içerisinde içerken, 29,2'si 6–30, %19,3'ü 31–60 ve %29,6'sı ise en az 60 dakika geçtikten sonra içmekte olup literatür ile uyumludur. Harvard'da yapılan bir çalışmada nikotin bağımlılığı ölçütlerini (ilk 30 dakikada içilen sigara) öğrencilerin %18'i karşılarken, bizim çalışmamızda bu oran %51 olup daha yüksektir (98).

Çalışmamıza katılan öğrencilerin % 62,8'i bulundukları ortamlarda pasif sigara içiciliğine maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Bu oran dünya ülkelerinin bir kısmının pasif içicilik oranıyla örtüşse de oldukça yüksek olup, bu konuda acil yasal ve yönetsel önlemlere gereksinim vardır. Pasif sigara dumanından çocukların etkilenme oranı Küba'da %69, Arjantin'de %68, Polonya'da %67, Çin'de %53, Ukrayna'da %49, Bolivya'da %46, Meksika da %45, Hindistan ve Nijerya'da %34, Haiti'de %31 ve Peru'da %29'dur (65). Bizim yaptığımız çalışmada ise, yaşadığı yerde sigara dumanına maruz kalanlar %62,8, kullanmayanların yanında içmemeye çalışanlar %63,8, “öğrenci kantinlerinde sigara içimi yasaklanmalıdır” diyenler %80,8 olarak saptanmıştır.

Üniversite öğrencilerini sigaraya başladıkları yaşa göre ele alacak olursak; Yıldırım ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin %77,5'inin 18 yaşın altında sigaraya başladığı saptanmıştır (14). Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışmakta olan hemşireler arasında yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %50,7'si sigaraya 15–19 yaşlar arasında başladıklarını ifade etmişlerdir (83). Marakoğlu ve arkadaşlarının yine tıp öğrencilerinde yaptığı çalışmada, öğrencilerin %33,9'u on beş yaş öncesi, %37,7'si 16–18 yaş arasında ve %28,3'ü 18-22 yaş arasında sigaraya başlamıştır (87). Seydişehir Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinde sigara kullananların %29,1'i 15 yaşından önce başlamıştır (91). İzmir'de yapılan çalışmada öğrencilerin sigaraya başlama yaşının 15–17 yaş arasında (%60,4) yoğunlaştığı belirlenmiştir (81). Bizim çalışmamıza katılanların %25'inin 15 yaşından önce, %27'sinin 15–16 yaşlarında, %35,5'nin 17–18 yaşlarında, %9,2'sinin 19–20 yaşlarında ve %3,3'ünün 21 yaşından sonra başladığı saptandı. Sonuçta bizim çalışmamızda da diğer çalışmalarda olduğu gibi sigaraya başlama yaşı 18 den daha küçük yaşlarda yığılma göstermektedir.

Pekşen ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada başlama nedeni olarak ilk sırada arkadaştan etkilenme (%93,1) yer almaktadır (13). Açıkel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yine arkadaş etkisi ilk sıradayken, özenti ikinci sırada yer almıştır (15). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada ilk sırayı %36,7 ile 'arkadaş etkisi' almakta, bunu %19 ile 'özenti' ve %18,1 ile 'merak' izlemektedir (88). İzmir'de yapılan çalışmada öğrencilerin %83,7'si arkadaş etkisi nedeniyle sigaraya başlarken, %38,3'ü merak nedeniyle başladıklarını belirtmişlerdir. Aile bireylerinden etkilenerek başlama %10,2 ile son derece düşüktür (81). Trabzon'da yapılan bir çalışmada ise sigaraya başlamada en önemli faktörün arkadaş etkisi olduğu, ikinci sırada stresin yer aldığı, ailenin ise en az etkili faktör olduğu bulunmuştur (99). Arkadaş etkisi bizim çalışmamızda üçüncü sırada yer almakta olup sonuçlarımız bu çalışmalarla uyumlu değildir. Yıldırım ve arkadaşlarının Tıp Fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada ilk iki sırayı merak ve özenti alırken, ailede içen

birinin olmasıyla arkadaştan etkilenme 3 ve 4. sırayı almaktadır (14). Bu çalışma bizimkisiyle uyumludur. Selçuk Üniversitesi tıp fakültesinde görev yapan hemşirelerde yapılan bir çalışmada en önemli etmen olarak çevre ve arkadaş grupları gösterilmiştir (83). Sağlık memurluğu öğrencilerinde yapılan çalışmada ilk sırada yer alan özentiyi (%42,9), çevre ve arkadaş ortamı (% 45,7) izlemektedir (84). Marakoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigaraya başlama nedenleri arasında ilk sırada sosyal çevre ve arkadaş etkisi yer almaktadır (87). Sivas'taki üniversite öğrencilerinin ise %63,3'ü arkadaş gurubundan etkilenerek sigaraya başlamıştır (79). Seydişehir Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinde ise sigaraya başlatan etmenler arasında birinci sırada (%43,5) sosyal çevre ve arkadaş çevresi yer almaktadır (91). Şanlıurfa'da yapılan çalışmada, öğrencilerin %65,9'u 'özentî' nedeniyle sigaraya başlarken %18,6'sının 'merak' nedeniyle sigaraya başladığı saptanmıştır (80). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem I ve VI Öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada, çalışmaya alınan öğrencilerin sigaraya başlama nedenleri arasında sırasıyla merak (%32), stres (%23), özentî (%19), daha olgun görünme isteği (%18) ve çevrenin ısrarı (%8) yer almaktadır (96). İzmir'de Göksel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrencilerin %52,6'sı merak ve %36,2'si ise özentî nedeniyle sigaraya başladıklarını belirtmişlerdir (100). Danacı ve arkadaşlarının Manisa ili lise öğretmenlerinde yaptıkları araştırmaya göre sigaraya başlama nedenleri arasında en yaygın olan çevre etkisidir (%38,4). İkinci sırada merak (%36,6), üçüncü sırada özentî (%16,2) ve son sırada ise var olan belli bir soruna (%8,9) bulunmaktadır (92). Bizim çalışmada sigaraya başlama nedeni olarak "çevre" ve "merak" ilk iki sırayı alırken "arkadaş etkisi" 3. sırada yer almış olup bu çalışmalarla uyum göstermektedir.

Öğrencileri sigarayı bırakma ya da bırakmayı deneme nedeni açısından değerlendirdiğimizde; Açıknel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigarayı bırakma ya da bırakmayı deneme nedeni olarak, "sağlığa zarar vermesi" (%71,9) ilk sırada gelirken ikinci sırada %56,3'le ekonomik nedenler" seçeneği belirtilmiştir (15). Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada, katılımcıların yarısı sağlık problemini bırakma nedeni olarak gösterirken, diğer yarısı da zararlı olduğu için bıraktığını ifade etmiştir (83). Sağlık memurluğu öğrencilerinde yapılan çalışmada "sağlığını koruma" %35,3'le ilk sırada yer almıştır (84). Marakoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrencilerin % 70,6'sı zararlı olduğu, %17,6'sı aile ve çevre baskısı nedeniyle sigarayı bırakmıştır (87). Şanlıurfa'da yapılan çalışmada, öğrencilerin %45,9'u sağlığa zararlı olması, %16,8'i ekonomik zarar nedeniyle sigarayı bırakmayı istemektedirler (80). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem I ve VI Öğrencileri arasında yapılan çalışmada, neden bırakmayı düşündükleri sorulduğunda öğrencilerin %60'ı sağlığa zararlı olduğu için, %17,3'ü çevredeki insanları rahatsız ettiğini

düşünerek, %16'sı hastalık nedeniyle, %6,7'si maddi nedenlerle bırakmayı düşündüklerini ifade etmişlerdir (96). Bizim çalışmada ise öğrencilerin %76,3'ü ileride sağlığı olumsuz etkileneceği için, %11,7'si sağlık sorunları olduğu için, %7,4'si ekonomik nedenlerle, %3,5'i toplumsal baskıdan ve %1,1'i doktor tavsiye ettiği için sigarayı bıraktıklarını ya da bırakmayı denediklerini ifade etmiş olup, literatürle uyumlu olarak ilk sırada sağlık sorunları yer almıştır.

Yaptığımız çalışmada öğrencilerin %30,9'u sigarayı bırakmayı hiç denemediğini, %24,6'sı dört ya da daha çok kez denediğini, %21,1'i bir kez denediğini, %14'ü iki kez denediğini ve %9,5'i üç kez denediğini bildirmişlerdir. Yani içicilerin 2/3'ünün sigarayı en az bir kez bırakmayı denediklerini görmekteyiz. Açikel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, en az bir kez sigarayı bırakmayı deneyenlerin oranı %76,2'dir (15). Seydişehir Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin %37,1'i "hiç denemedim", %38,7'si "sadece bir kez denedim", %21'i "2-3 kez denedim", %3,2'si "4 ve üzeri kez denedim" yanıtını vermişlerdir (91). Bizim çalışma sonuçlarımız bu çalışmalardaki oranlarla uyumludur.

Çalışmamızda öğrencilerin sigara ile ilişkili hastalıklar hakkında bilgi düzeyleri oldukça iyi bulunmuştur. Yıldırım ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada akciğer kanseri (%99,4), larenks kanseri (%98,8), kalp-damar hastalıkları (%97,2) ve oral kavite kanserleri (%93,2) sigaranın neden olduğu en sık patolojiler olarak belirtilirken, sigaranın yeni doğan bebek ölümleri (%85) ve mesane kanseri (%65,1) oluşturma etkisinin daha az bilindiği saptanmıştır (14). Şanlıurfa'da yapılan çalışmada öğrencilerin sigara ile ilişkili hastalıklarla ilgili bilgi düzeyleri akciğer kanseri için %78,1, gırtlak kanseri için %52,7, kalp damar hastalığı için %41,5, ağız kanseri için %29,7, yeni doğan bebek ölümü için %25,6, kronik bronşit için %24 olup, mesane kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri %13,8 ile yine son sırada yer almıştır (80). Danacı ve arkadaşlarının Manisa ili lise öğretmenlerinde yaptıkları araştırmada katılımcıların bilgi düzeyi sıralaması akciğer kanseri (%100), gırtlak kanseri (%97,7), kalp damar hastalığı (%94,7), ağız kanseri (%84,7), yeni doğan bebek ölümü (76,5), kronik bronşit (%91,2) şeklinde olup, mesane kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri %56,7 ile yine son sırada yer almıştır (92). Bizim çalışmamızda ise öğrencilerin %98,8'i sigaranın Akciğer Kanseri, %98,2'si Kalp Damar Hastalığına, %97,6'sı Gırtlak Kanseri, %96,4'ü Ağız içi Kanseri, %90,5'i Kronik Bronşite, %90,1'i Yenidoğan Bebek Ölümüne ve 76,3'ü Mesane Kanseri neden olduğunu belirtmişlerdir. Bu bağlamda çalışma grubunun sigarayla ilişkili hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyleri daha iyi gözükmemektedir. Literatür ile uyumlu olarak Akciğer Kanseri hakkında bilgiye sahip olanlar en fazla iken Mesane Kanseri hakkında bilgiye sahip olanlar azınlıktaydı.

Şanlıurfa’da yapılan çalışmada, öğrencilerin %96,8’i sigara içmenin sağlığa zararlı olduğunu düşünüyorken, %91,3’ü sigara içmenin sağlıkları üzerine olumsuz etkileri olabileceğinden endişelenmektedir (80). Danacı ve arkadaşlarının Manisa ili lise öğretmenlerinde yaptıkları araştırmada, katılımcıların tümü sigara içmenin ve %87,2’si pasif olarak sigara dumanına maruz kalmanın zararlı olduğunu düşünmektedir (92). Bizim çalışmada ise sigaranın sağlığa zararlı olduğunu düşünenler %97,5 iken, sağlıkları üzerinde olumsuz etkisi olabileceğinden endişe duyanlar %92,9 kadardır. Bu oranlar yapılmış diğer çalışmalarla uyumludur.

Ülkemizde öğrencilerin “davranış değişikliği döngüsündeki” bulundukları evreyi belirleyen çok fazla çalışma yapılmamıştır. Oysaki sigaranın bırakılmasında bireyin bulunduğu evre son derece önemlidir. Elazığ’da yapılan çalışmada sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu öğrencilerinin %29,9’u “niyetlenme öncesi”, %43,3’ü “niyetlenme” ve %26,8’i “hazırlık” evresindedir (86). Marakoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrencilerin %52,8’i sigarayı bırakmayı düşünmezken, %9,4’ü bırakmayı düşünmekte, %37,7’si ise bırakmaya hazırlık aşamasındadır. Sigarayı bıraktıklarını ifade eden öğrencilerden %47,1’i eylem, %52,9’u sürdürme aşamasındadır (87). Bizim sonuçlarımız bu iki çalışmayla uyumlu değildir.

Dünyadan örneklere bakacak olursak; klasik tıp pratiğine göre halen sigara içmekte olanların %40’ı “niyetlenme öncesi”, %40’ı “niyetlenme” ve 20’si de hazırlık evresinde olduğu belirtilmektedir (27). John R’nin 2003 yılında yayınlanan makalesinde tiryakilerin %30’unun “niyetlenme öncesi”, %30’unun “niyetlenme”, %10’unun “hazırlık” evresinde olduğu ve kalan %30’unun da ileriki bir tarihte bırakmayı düşündükleri belirtilmiştir (57). Harvard’da yapılan çalışmada sigara kullananların %58’i “niyetlenme öncesi”, %29’u “niyetlenme”, %13’ü ise “hazırlık” dönemindedir (98). Bizim çalışmamızda ise düzenli ya da düzensiz olarak halen sigara içmekte olan 254 kişinin %41,7’si Davranış Değişikliği Döngüsünün “niyetlenme öncesi” döneminde, %28,3’ü niyetlenme döneminde, %29,9’u hazırlık evresinde olduğu bulunmuştur. Sigarayı bırakmış olan 80 kişinin %15’i eylem evresindeyken, %85’i sürdürme evresindeydi. Bu bağlamda bizim çalışmamıza katılan öğrencilerden “niyetlenme” evresindekilerin oranı biraz düşükken “hazırlık” evresinde olanların oranı biraz daha yüksek görülmekle beraber literatürle benzerdir.

Çalışmamızda katılımcıların %73,1’i hekimden yardım teklifi alırsa sigarayı bırakabileceğini ifade etmiştir ve bu oran oldukça yüksek görünmektedir. Elazığ’da yapılan çalışmada sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu öğrencilerinin %63,7’si kendilerine yardım teklif edildiğinde sigarayı bırakmaya niyetli olduklarını ifade etmişlerdir (10). İzmir’de yapılan çalışmada öğrencilerin % 84’ü bırakmayı istemektedir (81). Akdeniz Üniversitesi Tıp

Fakültesi Dönem I ve VI Öğrencileri arasında yapılan çalışmada sigara içen öğrencilere "Sigarayı bırakmak için yardımcı olunacağı söylenirse katılır mısın?" sorusu yöneltildiğinde %42,9'u "evet", %21,4'ü "hayır", % 35,8'i "fıkrım yok, düşünmedim" biçiminde yanıtladığı ortaya konmuştur (96). Bu durumda çalışmamıza katılan öğrenciler yardım eli uzatılması durumunda sigarayı bırakma konusunda biraz daha istekli görünmektedirler.

Coleman'a ait bir derlemede içicilere sigara hakkında bilgi verici broşür dağıtmanın hekimin kısa tavsiyelerinden daha az etkin olmasına karşın yine de sigarayı bırakmayı kolaylaştıracağı belirtilmektedir (73). Bizim çalışmamızda ise broşür dağıtılan gurubun sigarayı bırakmayla ilgili düşüncelerinde müdahale edilmeyen guruba göre istatistiksel olarak anlam ifade eden bir farklılık elde edilememiştir. Ancak çalışmamızda iki gurup sayıca eşit alınamamış olup müdahale gurubu (78), kontrol gurubunun (32) iki katından daha fazladır. Bu nedenle elde ettiğimiz sonuç bu durum dikkate alınarak yorumlanmalıdır.

Araştırmamızda erkelerde prevalans %39,1, kızlarda %19,7 olup, erkek cinsiyetin anlamlı olarak daha fazla sigara içmekte olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Pekşen ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada cinsiyetler arasında fark bulunamazken (13), Şanlıurfa'da yapılan çalışmada erkek öğrencilerin %48,8'i, kız öğrencilerin %29,6'sı düzenli olarak sigara içmekte olup, erkek öğrenciler kız öğrencilere kıyasla anlamlı olarak daha fazla sigara içmekte olduğu bulunmuştur (80). Yıldırım ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada erkek öğrenciler anlamlı olarak daha fazla sigara içmekte iken (14), Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada, yine erkeklerin anlamlı olarak daha fazla sigara içmekte oldukları bulunmuştur (88). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem I ve VI Öğrencileri arasında yapılan çalışmada yine erkek öğrencilerde sigara içme oranı, kız öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksektir (96). Elazığ'da yapılan çalışmada sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu öğrencilerinde erkeklerin anlamlı olarak daha fazla sigara içmekte oldukları saptanmıştır (86). Danacı ve arkadaşlarının Manisa ili lise öğretmenlerinde yaptıkları araştırmada erkek öğretmenler arasındaki sigara içme yaygınlığı kadınlara göre daha fazla olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (92). Bizim çalışmamız, Pekşen ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma dışında diğer çalışmalarla tamamiyle uyumludur.

Çalışmamız sonuçlarına göre annesi sigara kullananların %41,2'si ile babası sigara kullananların ise %35,3'ü sigara kullanmaktadır. Annesinin ve babasının sigara kullanmalarıyla halen kendilerinin sigara kullanıyor olmaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Seydişehir Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinde aile bireylerinin sigara kullanması ile öğrencilerin sigaraya başlaması arasında anlamlı bir ilişki yoktur (91). Benzer şekilde Yıldırım ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı

çalışmada da öğrencilerin sigara içmeleri anne ya da babanın sigara içme alışkanlığıyla ilişkisiz bulunmuştur (14). Yine Açıkkel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gerek annenin, gerekse babanın sigara içme durumuyla öğrencinin sigara içme alışkanlığı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (15). İzmir’de Göksel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da aynı şekilde anne-babanın sigara içiyor olması ile öğrencilerin sigara içmesi arasında istatistiksel bir ilişki saptanamamıştır (100). Sonuçlarımız daha önce yapılmış olan bu dört araştırmanın sonuçlarıyla uyumlu değildir. Şanlıurfa’da yapılan çalışmada, öğrencilerin sigara kullanmalarıyla babalarının sigara kullanmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuşken, annelerinin sigara kullanımıyla anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (80). İzmir’de yapılan araştırmada, öğrencilerin sigara kullanmalarıyla anne ve babalarının sigara kullanmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş olup (81) bizim çalışmamız bu çalışmaların sonuçları ile uyumludur.

Açıkkel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, kardeşin sigara içiyor olması etkili bulunmamıştır (15). Çalışma sonucumuz daha önce yapılmış olan bu araştırmanın sonucuyla uyumlu değildir. Yıldırım ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin sigara içmelerinde kardeşin sigara içiyor olması yüksek risk oluştururken bizim çalışmamızla paraleldir (14). Şanlıurfa’da yapılan çalışmada, öğrencilerin sigara kullanmalarıyla erkek kardeşlerin sigara kullanmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuşken, kız kardeşlerin kullanmalarıyla anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (80). İzmir’de yapılan araştırmada öğrencilerin sigara kullanmalarıyla kardeşlerin sigara kullanmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (81). Bizim çalışmamızda ise; kardeşi sigara kullananların %41,2’si halen sigara kullanmaktadır. Kardeşin sigara kullanımıyla halen kendilerinin sigara kullanıyor olmaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ($p=0,001$) yukarıda söz edilen çalışma sonuçlarıyla paraleldir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

7.1. Sonuç

Yaptığımız çalışmada ADÜ öğrencilerinin sigara içme prevalansı ülke ve dünya ortalamalarıyla benzer bulunmuştur. Ülkemizde üniversite gençliğinin yüksek oranlarda sigara içtiğini söylemek olasıdır. Yine kız öğrenciler hem Türkiye, hem de dünya ile uyumlu bir şekilde daha düşük oranda sigara içmektedirler. Tıp öğrencileri literatürle benzer sıklıkta sigara içerken, hemşirelik öğrencilerinin sigara içme sıklığı literatürden daha düşüktür.

Sigara kullanıcıların büyük çoğunluğu 18 yaşından evvel sigaraya başlamaktadırlar. Üniversite döneminde de sigarayla yeni tanışmalar devam etmektedir. Başlamalarında ise en çok “çevre”, “merak” ve “arkadaş etkisi” rol oynamaktadır. Ailede kardeş, anne ya da babadan birisinin sigara içiyor olması, bireyin halen sigara içiyor olmasıyla yakından ilişkilidir.

Katılımcıların 2/3 kadarı en az bir kez sigarayı bırakmayı denemişlerdir. Bırakmayı deneyenlerin çoğunluğu ise neden olarak, ileride sağlıklarının olumsuz etkileneceği endişesini öne sürmüşlerdir. Hekim tavsiyesiyle bırakmayı deneyenlerle ve hekimden yardım teklifi alanlar yok denecek kadar azken büyük çoğunluk, yardım teklif edilirse sigarayı bırakabileceklerini ifade etmişlerdir. Yine çoğu katılımcı, öğrenci kantinlerinde sigara içilmemesi yönünde görüş bildirmişlerdir.

Öğrencilerin büyük çoğunluğu beş yıldan daha kısa süredir sigara içerken, yine büyük bir kısmı “hafif içici” olarak nitelediğimiz gruptandır. Ancak öğrencilerin neredeyse tamamı sigaranın sağlığa zararı konusunda bilgi sahibidir. Yine büyük çoğunluk, sigara ile ilişkili hastalıklardan haberdardır.

Okullardan en yüksek sigara içme oranına Ziraat Fakültesi sahipken, Veteriner Fakültesiyle Meslek Yüksek Okulunun oranları da benzer yüksekliktedir. Sağlık yüksek okulu ise düşük oranda sigara içmektedir.

Ülkemizde sigara tiryakilerinin davranış değişikliği döngüsündeki bulundukları evreleri belirleyen çok fazla çalışma yoktur. Çalışmamızda dünya literatüründen farklı olarak niyetlenme evresindekilerin oranı biraz düşükken hazırlık evresindekilerin oranı biraz yüksek bulunmuştur.

“ Niyetlenme öncesi” evresindeki öğrencilere sigara paketlerinin üzerinde de bulunan bilgilendirici sloganların yer aldığı broşür verilerek yapılan girişimin etkili olmadığı saptanmıştır.

7.2. Öneriler

Öğrenciler sigaranın sağlık, performans, fizik görünüş, kişisel bütçe, ülke ekonomisi ve toplum açısından uzun ve kısa vadeli etkileri konusunda bilgilendirilmelidirler. Fakülte/ yüksek okul eğitim ve öğretim planlayıcıları bunu, öğrenci müfredatına sigara içerikli dersler koyarak ya da periyodik kampanyalar planlayarak gerçekleştirebilirler. Sigaraya karşı yürütülecek etkinliklere gençlerin de aktif olarak katılmaları sağlanmalı ve bu konuda gençler yüreklendirilmelidirler.

Yerleşke yönetimince, öğrenci kantinlerinde sigara kullanımının yasaklanmasıyla ilgili önlemlerin alınması gerekmektedir.

Öğrencilerin annesinin, babasının ve kardeşlerinin sigara kullanmalarıyla kendilerinin sigara kullanıyor olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş olması, sigara ile mücadelede aile eğitimi ve aile desteğinin de son derece önemli olduğunu göstermektedir. Toplumu dolayısıyla da aileyi bilgilendirmek ve bilinçlendirmek amacıyla seminerler ve kampanyalar düzenlenmelidir. Burada yine en büyük görev üniversitelere, özelliklede sağlık eğitimi veren fakültelere düşmektedir.

Özellikle doktorluk ve hemşirelik gibi meslek gruplarının, sağlığı temsil etmeleri ve öğretmenlerin çocuklar ve gençler için “rol model” olmaları nedeniyle sigara içmemeleri gerekmektedir. Fakülte öğretim görevlileri de gençlerin görebileceği yerlerde sigara içmeyerek onların özenmesini engellemelidir.

Hekimler, herhangi bir nedenle muayeneye gelen her hastaya sigara içip içmediğini sormalıdır. İçen ya da içmeyen her hastaya sigara ile ilgili kısa bilgiler vermelidir. Sigara kullananlara sigarayı bırakmaları konusunda yardım teklifinde bulunmalıdır. Tıp fakülteleri müfredatına sigarayı bıraktırmaya yönelik dersler konmalıdır. Sahadaki mevcut hekimler ise bu konuda hizmet içi eğitime alınmalıdır.

Öğrencilerin yarıdan daha fazlası niyetlenme ve hazırlık evresinde görünmektedirler. Bu da sigarayı bırakmaya daha yakın olduklarını göstermektedir. Gerekirse sigara kullanmakta olan üniversite öğrencilerinin tamamının döngüdeki evreleri saptanarak bırakmaları konusunda yardım almaları sağlanmalıdır. Ayrıca yalnızca tedaviyi hedefleyen yeni çalışmalar planlanmalıdır.

Yerleşke dışındaki Ziraat ve Veteriner Fakülteleriyle, yerleşke içindeki Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinin, diğer fakülte öğrencilerine göre daha yüksek oranlarda sigara kullanıyor olmalarının nedenine yönelik yeni araştırmalar planlanmalıdır.

8. KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Baskı (DSM –IV- TR) (Köroğlu E; Çev. ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2001.
2. 2 World Bank. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. 1999 Washington, World Bank.).
3. 3- Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN. Sigara İçme Konusundaki Davranışlar ve Tutumlar. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No: 7; 1–7, Ankara 1997
4. Pierce JP. International Comparisons of Trends in Cigarette Smoking Prevalence, American Journal of Public Health, 79, 2: 152–57, 1989.
5. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sigara Alışkanlıkları ve Sigarayla Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması, PIAR, Ocak 1988.
6. Chapman S. Tobacco Control. BMJ 1996;313: 97–100.
7. Hanrahan JP, Sherman CB, Brestnitz ED, Emmans KM, Mannino DM, Cigarette smoking and health, Am J Crit Care Med 1996;153: 861-865.
8. Celal Karlıkaya, Funda Öztuna, Zeynep Aytemur Solak, Metin Özkan, Osman Örsel, Tütün Kontrolü, Toraks Dergisi 2006; 7(1): 51-64.
9. Çan G, Sigara Epidemiyolojisi. İn: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve sağlık, Bursa; 2002: 49-58.
10. 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 casecontrol studies. BMJ 2000; 321: 323-9.
11. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004; 328:1519-28.
12. Anonymous. Annual smoking- attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs- united states, 1995-1999. MMWR, 2002; 51: 300-303.
13. Peşken Y, Canbaz S, Sünter AT, Tunçel EK. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yaşar Doğu Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Bağımlılık Dergisi, 2005; 6: 111-116.
14. Yıldırım Ç, Çelik P, Şakar A, Dinç G. Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigaraya Karşı Tutumları. Solunum 2004; 6: 30-35.

15. Açıkel CH, Kılıç S, Uçar M, Yaren H, Türker T. Sağlık Astsubay Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sigara İçme Durumu ve Etki Eden Faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2004; 3(8): 178-185.
16. Patricia F. Coogan, ScD, Mary Adams, MS, MPH, Alan C. Geller, RN, MPH, Daniel Brooks, MPH, Donald R. Miller, ScD, Robert A. Lew, PhD, Howard K. Koh, MD, MPH. Factors Asociated With Smoking Among Children And Adolescents İn Connecticut. Am J Prev Med 1998; 15: 17-24.
17. Arbak P, Erdem F, Karacan Ö, Özdemir Ö. Düzce Lise Öğrencilerinde Sigara Alışkanlığı. Solunum 2000; 2: 17-21.
18. Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler ve Uygulanan Tedavilerin Başarı Oranları. Kocatepe Tıp Dergisi, 2005; 6: 27-34.
19. Turgut T, Deveci F, Altuntaş E, Muz MH. Elazığda Lise Ve Dengi OkulÖğretmenlerine Uygulanan Sigara Anketi Sonuçları. Solunum 2001; 3: 295-299
20. Fidan F, Sezer M, Demirel M, Kara Z, Ünlü M. Öğretmenlerin Sigara İçme Durumu ve Sigara Yasağı Karşısındaki Tutumları. Toraks Dergisi, 2006; 7(3): 196-199
21. Schwartz JL : Methods of Smoking Cessation. Med Clin North Am, 1992; 76(2): 451-76
22. Richmond R. Teaching Medical Students About Tobacco. Thorax, 1999; 54: 70-78
23. Alen MB, Medical Students Knowledge of Smoking. Thorax, 1999; 54:2
24. Chapman S. Doctors Who Smoke. BMJ, 1995; 311: 142-3
25. Cirit M, Orman A, Ünlü M. Afyonda sigara içme alışkanlığı. Toraks Dergisi, 2002; 3(3): 253-256
26. Mahaney MC, Hyland A, Tabacco Cessation. İn: South-Paul JE, Lewis EL, Matheny SC, Current Diagnosis Treatment İn Family Medicine, İnternational Ed. Mc Graw-Hill, 2004:654-661
27. Narrie J. Guise, Michael G. Goldstein, Matthew M. Clark, Ronald W. Theborge, Bhavior Change: The Example of Smoking Cessation, Noble J.(Editor-in-Chief) Text Book of Primary Care Medicine, Second edition1996 by Mosby-year Book, Inc, 1650-1656
28. Erbaycu AE, Aksel N, Çakan A, Özsoz A. İzmir İlinde Sağlık Çalışanlarının Sigara içme alışkanlıkları. Toraks Dergisi, 2004; 5(1): 6-12
29. Koksı N, Koksı M, Çikrikçioğlu U, Tümer ZÖ. Toraks Derneği Üyelerinin Sigar Konusunda Tutum Bilgi Ve Davranışları. Toraks Dergisi, 2003; 4(3): 223-230

30. Temel A, Dilbaz N, Bayram G, Okay T, Şengül C. Bir Eğitim Hastanesinin Sağlık Personelinde Sigara Alışkanlığı, Bırakma Sıklığı ve Bağımlı Kişilik Özelliklerinin İlişkisi. Bağımlılık Dergisi, 2004; 5: 16-22
31. Tuğlu C, Güzelant A, Erdoğan S, ŞenveliB, Abay E. Hekimlerde Sigara İçme Alışkanlığı ve Ruhsal Örüntü. 30 Ekim- ! Kasım 1996, IV. Konsültasyon Liyazon Psikiyatri Kongresi/ İstanbul, Sözel Bildiri
32. Altın R, Kart L, Ünalacam M, Dutkun Y, Örnek T. Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışanlarda Sigara İçme Prevalansı ve Sigaraya karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi, Mayıs 2004; 5: 63-67
33. Tezcan S, Yardım N. Türkiyede Çeşitli Sağlık Kurumlarında Doktor, hemşire ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Boyutu. Tüberküloz ve toraks Dergisi, 2003; 51(4): 390-397
34. Mevsim V, Dontlu Ç, Yeniçeri N, Özçakar N, Güldal D. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Çalışanları Sigara Ve Kanseri Riski Konusunda Ne Biliyor ve Ne Yapıyor. Bağımlılık Dergisi, 2005; 6: 67-77
35. Uzunca G, Tütünün Tarihi, İn: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve sağlık, Bursa; 2002; 22-29.
36. Toraks Derneği Sitesi, [http // www. toraks. org / sub / sigarasiz / TUTUN _ KULLANIMININ _ TARİHCESİ _ Baris. pdf](http://www.toraks.org/sub/sigarasiz/TUTUN_KULLANIMININ_TARİHCESİ_Baris.pdf)
37. Bozkurt Aİ, Şahinöz S, Özçırpıcı B ve ark. GAP Bölgesinde 15 Yaş Ve Üzeri Nüfusta Sigara İçme Prevalansı Ve Bunu Etkileyen Çeşitli Faktörler. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, Diyarbakır 2002; Cilt2, 906-910,
38. Bilgel N. Türkiyede Sigara İçme Yaygınlığı. İn: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve sağlık, Bursa ; 2002; 59-73.
39. Öztuna F, Sigaranın Hücresel etkileri. Akciğer Arşivi: 2004; 2: 111-116
40. Karadağ M, Sigara ve Akciğer Kanseri, İn: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve sağlık, Bursa ;2002;155-161
41. Karlıkaya C, Tütün ve Ortak Havayolu. Solunum Dergisi:2004; 7(1): 29-40
42. Akar B, Özyardımcı N, Kronik bronşit ve sigara. Akciğer Arşivi: 2002; 1: 45-48
43. Yüksel EG, Sigara ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, İn: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve sağlık, Bursa; 2002; 136-146
44. Aydınlar A, Sigaranın Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkileri. İn: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve sağlık, Bursa; 2002; 206-215
45. Uncu G, Sigaranın Fertilite ve Gebelik Üzerine Etkileri. İn: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve sağlık, Bursa; 2002; 257-280

46. Marakoğlu K, Sezer RE, Sivas'ta Gebelikte Sigara Kullanımı. C.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi:2003; 25(4): 157-164
47. Kırımı E, Pençe S, Gebelikte sigara kullanımının Fetus ve Plasentanın Gelişimine etkisi. Van Tıp Dergisi: 1999; 6(1): 28-30
48. Karlıkaya C, Sigara ve Meslek. Solunum Dergisi: 2004; 6(6): 262-275
49. Emmons KM, Wechsler H, Dowdall G, Abraham M, Predictors of smoking among US college students. Am J PublicHealth. 1998 January; 88(1): 104-107
50. Öner S, Şaşmaz T, Buğdaycı R, Kurt AÖ, Uğurhan F, Tezcan H, Sokakta Çalışan yada Yaşayan Çocuklarda Sigara Alkol ve Madde Kullanma Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2006; 16: 15-21
51. Herken H, Özkan İ, Kaya NTuran M, Aşkın R, Gençlerdeki sigara Kullanma Davranışında Anne Baba Tutumunun ve Sosyo-Kültürel Düzeyin Etkisi. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.B.D. Konya. [http // www. aile. Selçuk. edu. tr /text/ Makale2. htm](http://www.aile.selcuk.edu.tr/text/Makale2.htm)
52. Alikashiöğlu M, Ercan O. Ergenlerde Madde Kullanımı. Türk Psikiyatri Arşivi: 2002; 37:66-73
53. Çilli AS, Kaya N. Üniversite Öğrencilerinde Nikotin Bağımlılığının Psikiyatrik Bozukluklarla Birlikteliği. Türk Psikiyatri Dergisi: 2003; 14(1): 42-49
54. Saatci E, Inan S, Bozdemir N, Ergun G. Predictors of smoking behavior of first year university students: questionnaire survey. Croatian Medical Journal: 2004; 45(1): 76-79
55. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E, Çağlayan B, Kader ŞN. Sigara Bırakma Polikliniğimizde Başarı Oranları ve Başarıda etkili faktörler. Toraks Dergisi, 2005; 6(2): 151-158
56. Kaya E, Danacı AS, Şakar A, Yorgancıoğlu A. Sigarayı Bırakmada Ruhsal Etkenlerin Etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi: 2005; 6: 245-250
57. 57-John R, Hughes, MD. Motivating and HelpingSmokers to Stop Smoking. J Gen Intern Med: 2003; 18: 1053-1057
58. Moran S, Wechsler H, Rigotti NA. Social Smoking Among US College Students. Pediatrics: 2004; 114: 1028-1034
59. Bilir N, Aslan D. Dünyada, Türkiye'de ve Hacettepe'de Tütün Kontrolü. Hacettepe Tıp Dergisi 2005; 36: 75-79
60. Borders TF, Xu KT, Bacchi D, Cohen L at all. Colege Campus Smoking Policies and Programs, and Students smoking behaviors. BMC Public Health 2005; 5:74

61. Rigotti NA, Moran S, Wechsler H. US College Students' Exposure to Tobacco Promotions: Prevalence and Association With Tobacco Use. American Journal of Public Health 2005; 95(1): 138-144
62. Hammond D, Tremblay I, Chaiton M, Lessard E, Callard C, Tobacco on campus: industry marketing and tobacco control policy among post-secondary institutions in Canada. Tobacco Control 2005; 15: 136-140
63. Özlü T, Gençlik ve Sigara. İn: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve sağlık, Bursa ; 2002; 74-84
64. Hacımustafaoğlu M, Çocuklarda Pasif Sigara İçimi ve Enfeksiyon. İn: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve sağlık, Bursa; 2002; 296-301
65. Boztaş G, Aslan D, Bilir N. Çevresel Sigara Dumanından Etkilenim ve Çocuklar. Sted 2006; 15(5): 75-78
66. Yalçın BM, Şahin ME, Özer C. Birinci Basamakta Sigara Bırakma Danışmanlığı. O.M.Ü. Tıp Dergisi 2004; 21(3): 142-147
67. Gretchen L. Zimmerman, PSY.D, Cynthia G. Olsen et al. A 'Stages of Change' Approach to Helping Patients Change Behavior, American Family Physician, 2000; 61: 1409-1416
68. Uzaslan EK, Sigarayı Bırakma Yöntemleri. İn: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve sağlık, Bursa; 2002; 441-463
69. Yüksel EG, Sigaraya Başlamanın Önlenmesinde Hekimin Rolü. İn: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve sağlık, Bursa 2002; 429-440
70. Aslan D, Bilir N. Tütün ve Tütün Ürünleri ile Mücadele ve Bu Mücadelede Hekimin Rolü. Sted 2006; 15(4): 8-9
71. Aslan D, Bilir N. Sigarayı Bırakma Yaklaşımları ve Hekim Tutumu. Rolü. Sted 2006; 15(8): 7-8
72. Sigara Bırakma Tedavi Önerileri. Sigara Bırakma Tedavisi içinde. İkinci baskı. Metintaş M, Süerdem M.(Ed). Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi 2005; B1: 4-16
73. Coleman T. Use of simple advice and behavioural support. BMJ 2004; 328: 397-399
74. Edis EÇ, Çağlar T. Tütün Bağımlılığı Tedavisinde Yeni Gelişmeler. Akciğer Arşivi: 2006; 7: 99-103
75. Tutluoğlu B. Sigara Bırakma Yöntemleri. Solunum 2003; 5(5): 230-236
76. Toraks Derneği Stesi, [http // www. toraks. org. tr / sub / sigarasiz / sigarayi _ birakmada _ kullanilan preparatlar Z _ solak. pdf](http://www.toraks.org.tr/sub/sigarasiz/sigarayi_birakmada_kullanilan_preparatlar_z_solak.pdf)

77. Türkcan A, Çakmak D. Tütün Bağımlılarında Nikotin Yerine Koyma Tedavisinin Sigara Bırakma Programını Sürdürme Üzerine Etkisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2004; 14: 198-203
78. Solak ZA, Telli CG, Erdiñ E. Sigara Bırakma Tedavisinin Sonuçları. Toraks Dergisi 2003; 4(1): 73-77
79. Demirel Y, Sezer E. Sivas Bölgesi, Üniversite Öğrencilerinde Sigara Kullanma Sıklığı. Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal) 2005; 27 (1)1-6
80. 80-Ceylan E, Yanık M, Gencer M. Harran Üniversitesine Kayıt Yaptıran Öğrencilerin Sigaraya Karşı Tutumlarını Etkileyen Faktörler. Toraks Dergisi ,2005;6(2):144-150
81. Gündüz Telli C, Aytemur Solak Z, Özol D, Sayiner A. Üniversiteye Başlayan Öğrencilerin Sigara İçme Alışkanlıkları. Solunum 2004; 6(3):101-106
82. Herken H, Bodur S, Kara F. Üniversite Öğrencisi kızlarda Madde kullanımı ile Kişilik ve Ruhsal Belirti İlişkisi. Klinik Psikiyatri 2000; 3:40-45
83. Kutlu R, Marakoğlu K, Çivi S. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemşirelerinde Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 27 (19): 29-34
84. Azak A, Sağlık Memurluğu Öğrencilerinin Sigara Kullanımı Etkileyen Faktörler. Toraks Dergisi 2006; 7(2):120-124
85. Dilbaz N, Apaydın L. The Frequency Of Smoking Quitting Smoking And The Characteristics Of Smoking Among Nurses Of A Research And Training Hospital. <http://www.bagimlilik.net/pubfiles/cilt3/sayi2/01.pdf>
86. Piriñçi E, Erdem R. Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerinde Sigara Kullanım Sıklığı. O.M.Ü Tıp Dergisi 2003; 20(4): 193-201
87. Maraoglu K, Çivi S, Şahsivar Ş, Özdemir S . Tıp Fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinde sigara içme durumu ve depresyon yaygınlığı arasındaki ilişki. Bağımlılık Dergisi 2006; 7: 129-134
88. İlan F, Aksakal N, İlhan N, Agün R. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005; 4 (4)
89. A Mustafa, Gören S, Palancı Y, Sır A. Tıp Fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde sigara ve alkol kullanım sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:92-98
90. Akvardar Y, Aslan B ve ark. 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem İki Öğrencilerinde Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı. <http://www.bagimlilik.net/pubfiles/cilt2/sayi2/01.pdf>

91. Kutlu R, Çivi S. The Frequency and Affecting Factors of Smoking Among the Students at Sehdisehir Vocational School. Bağımlılık Dergisi 2006; 7:71-79
92. Danacı A.E, Yorgancıoğlu A, Çelik P, Topçu F, Şen F.S. Manisa İli Lise Öğretmenlerinin Sigara İçmeye Karşı Tutumları. Toraks Dergisi, 2000; 1(3) :16-10
93. Emmons KM, Wechsler H,Dowdall G, Abraham M. Predictors of smoking among US collage students. Am J Publig 1998 Jan; 88 (1):104-7
94. Zhu T, Feng B, Wong S, Choi W, Zhu SH. A comparison of smoking behaviors among medical and other college students in China.Healt Promot Int. 2004 Jun; 19(2):189-96
95. Sekijima K,Seki N ,Suzuki H .Smoking Prevalence and Attitudes toward Tobacco among Student and Staff Nurses in Niigata, Japan. Tohoku J.Exp. Med 2005,206,187-194
96. Ögüş C, Özdemir T, Kara A, Şenol Y, Çilli A. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem I ve VI Öğrencilerinin Sigara İçme Alışkanlıkları. Akciğer Arşivi :2004;5:131-42
97. Karlıkaya C.Edirne'de Lise Öğrencilerinde Sigara İçme Prevalansı Kaçakçılık Reklamlar ve Ergenlerin Sigaraya Ulaşması. Toraks Dergisi Nisan 2002; 3(1)
98. Moran S, Wechsler H,Rigotti N.Social Smoking Among US Collage Students.Pediatrics. October 2004; Vol.114 No.4
99. Yazıcı H, Şahin M. Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Tutumları ile Sigara İçme Statüleri arasındaki İlişki. Kastomonu Eğitim Dergisi Ekim 2005; 13(2) 455-466
100. Göksel T, Cirit M, Bayındır Ü. İzmir İli Lise öğrencilerinin Sigara Alışkanlığını Etkileyen Faktörler. Toraks Dergisi Aralık 2001; 2(3)

9. Ek:1

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SİGARA İÇME VE BIRAKMA DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışma; ADÜ öğrencilerinin sigara içme ve bırakmayla ilgili tutum ve davranışlarını belirlemek, sigara içen öğrencilerin “davranış değişikliği döngüsündeki” bulundukları evreyi tespit etmek ve döngü üzerine hekim etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu formdaki sorulara vereceğiniz yanıtlar, bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Formu, size en uygun olan tek bir şıkki işaretleyerek doldurunuz. Katılım ve yardımlarınız için teşekkür ederiz.

Adınız soyadınız? (.....)

Size ulaşılabilecek telefon numaranız? (.....)

1. Cinsiyetiniz? a-) K () b-) E ()
2. Yaşınız? a-) 18 ve altı () b-) 19 () c-) 20 () d-) 21 () e-) 22 yaş ve üzeri ()
3. Medeni haliniz? a-) Evli () b-) Bekar () c-) Boşanmış ()
4. Sağlık Yüksek Okulu öğrencisiyim a-) Evet () b-) Hayır ()
5. Eğitim fakültesi öğrencisiyim a-) Evet () b-) Hayır ()
6. Fen-Edebiyat Fakültesi öğrencisiyim a-) Evet () b-) Hayır ()
7. Ziraat Fakültesi öğrencisiyim a-) Evet () b-) Hayır ()
8. Tıp Fakültesi öğrencisiyim a-) Evet () b-) Hayır ()
9. Veterinerlik Fakültesi öğrencisiyim a-) Evet () b-) Hayır ()
10. Meslek Yüksek Okulu öğrencisiyim a-) Evet () b-) Hayır ()

11. Kaçınıcı sınıftasınız? a-) 1. () b-) 2. () c-) 3. () d-) 4. ()
12. Yaşamınızda hiç tütün içtiniz mi? a-) Evet () b-) Hayır ()
13. İçtiyseniz tütün tercihiniz? a-) Sigara () b-) Puro () c-) Pipo () d-)Diğer ()
14. Halen sigara (tütün) içiyor musunuz? a-) Evet () b-) Hayır ()
15. Daha önce içtiyseniz ya da içiyorsanız sigaraya başlama yaşıınız? a-) 15 yaş öncesi ()
b-) 15–16 () c-) 17–18 () d-) 19–20 () e-) 21 yaş ve üzeri ()
16. Sigara (tütün) içme şekliniz? a-) Her gün en az bir tane içiyorum ()
b-) Son bir yıldır ara sıra içiyorum ()
c-) Son bir yılda hiç sigara içmedim ()
d-) Hayatım boyunca 100'den az sigara içtim ()
e-) Eskiden içerdim ancak son bir yıldır hiç içmiyorum ()
17. Her gün sigara (tütün) içiyorsanız günde içtiğiniz sigara sayısı? a-) 1–15 () b-)16-25 () c-) 26 ve daha fazla ()
18. Sabah uyandıktan sonra ilk sigaranızı (tütününüzü) içene kadar geçen süre ne kadardır? a-) 0-5 dakika () b-) 5-30 dakika () c-)30-60 dakika () d-) 60 dakikadan daha fazla ()
19. Sigarayı (tütünü)kaç kez bırakmayı denediniz? a-) Hiç denemedim ()
b-) 1 kez () c-) 2 kez () d-) 3 kez () e-) 4 ya da daha fazla ()
20. Sigarayı (tütünü) bırakmayı deneme ya da bırakma nedeniniz? a-) Sağlık sorunum olduğu için ()
b-) İleride sağlığımı olumsuz etkileyeceğini bildiğim için ()
c-) Doktor tavsiye ettiği için ()
d-) Parasal sorunlarım olduğu için ()
e-) Toplumsal baskıdan dolayı ()

21. Ara sıra dahi olsa kaç yıldır sigara (tütün) içiyorsunuz?

a-) 1-5 () b-) 6-10 () c-) 11-15 () d-) 16 yıl ve üzeri ()

22. Annenizin mesleği? a-) Ev hanımı () b-)Memur () c-) İşçi () d-) Diğer ()

23. Babanızın mesleği? a-) Memur () b-)İşçi () d-) Diğer ()

24. Anneniz sigara (tütün) içiyor mu? a-) Evet () b-) Hayır ()

25. Babanız sigara (tütün) içiyor mu? a-) Evet () b-) Hayır ()

26. Kardeşiniz sigara (tütün) içiyor mu? a-) Evet () b-) Hayır ()

27. Evliyseniz eşiniz sigara (tütün) içiyor mu? a-) Evet () b-) Hayır ()

28. Diğer aile bireylerinden sigara içenler var mı? a-) Evet () b-) Hayır ()

29. Yaşadığınız yerde sigara (tütün) dumanına maruz kalıyor musunuz?

a-) Evet () b-) Hayır ()

30. Sigara(tütün) kullanmayanların yanında içmemeye özen gösteriyor musunuz?

a-) Evet () b-) Hayır ()

31. Sizce öğrenci kantinlerinde sigara içimi yasaklanmalı mı? a-) Evet () b-) Hayır ()

32. Sigaraya (tütüne) başlama nedenim meraklıdır a-) Evet () b-) Hayır ()

33. Sigaraya (tütüne) başlama nedenim özentidir a-) Evet () b-) Hayır ()

34. Sigaraya (tütüne) başlama nedenim çevredir a-) Evet () b-) Hayır ()

35. Ailemde içen olduğu için sigaraya başladım a-) Evet () b-) Hayır ()

36. Sigara (tütün) başlama nedenim arkadaşlarımdan etkilenmemdir
a-) Evet () b-) Hayır ()
37. Sigara belirgin bir soruna bağlı başladım a-)Evet () b-) Hayır ()
38. Gelecek 6 ay içerisinde sigaray (tütünü) bırakma niyetinde misiniz?
a-) Evet () b-) Hayır ()
39. Gelecek 1 ay içerisinde sigaray (tütünü) bırakma niyetinde misiniz?
a-) Evet () b-) Hayır ()
40. Geçen yıl içerisinde sigaray (tütünü) bırakmayı denediniz mi? a-) Evet () b-) Hayır ()
41. Sigaray (tütünü) bıraktıysanız ne kadar süredir içmiyorsunuz ?
a-) 6 ay ya da daha kısa süredir içmiyorum () b-) 6 aydan uzun süredir içmiyorum ()
42. Şimdiye kadar her hangi bir zamanda hastalık nedeniyle her hangi bir doktora gittiyseniz, doktorunuz size sigara (tütün) içip içmediğinizi sordu mu?
a-) Evet () b-) Hayır ()
43. Sorduysa bırakmanız konusunda tavsiyede bulundu mu? a-) Evet () b-)Hayır ()
44. Sorduysa bırakmanız için size yardım teklif etti mi? a-) Evet () b-) Hayır ()
45. Son doktor başvurunuzda doktorunuz size sigaray (tütünü) bırakmanızı tavsiye etti mi?
a-) Evet () b-) Hayır ()
46. Sigaray (tütünü) bırakmanız için size yardım teklif edilse bırakmayı düşünür müsünüz?
a-) Evet () b-) Hayır ()
47. Sigara (tütün) içmenin sağlığa zararlı olduğunu düşünüyor musunuz?
a-)Evet () b-) Hayır ()
48. Sigara (tütün) içmenin sağlığınız üzerinde olumsuz etkileri olabileceğinden endişeleniyor musunuz?
a-) Evet () b-) Hayır ()

49. Sizce, “mesane (idrar torbası) kanseri” oluşumu sigara içimiyle ilişkili mi?
a-) Evet () b-) Hayır ()
50. Sizce, “Akciğer kanseri” oluşumu sigara içimiyle ilişkili mi? a-) Evet () b-) Hayır ()
51. Sizce, “Ağız içi kanseri” oluşumu sigara içimiyle ilişkili mi? a-) Evet () b-) Hayır ()
52. Sizce, “Gırtlak kanseri” oluşumu sigara içimiyle ilişkili mi? a-) Evet () b-) Hayır ()
53. Sizce, “Kalp Damar hastalığı” sigara içimiyle ilişkili mi? a-) Evet () b-) Hayır ()
54. Sizce, “Kronik Bronşit hastalığı” sigara içimiyle ilişkili mi? a-) Evet () b-) Hayır ()
55. Sizce, “Yeni Doğan Bebek Ölümü” sigara içimiyle ilişkili mi? a-) Evet () b-) Hayır ()

10. Ek:2

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Mustafa Türkoğlu

Ünvanı: Araştırma Görevlisi Dr.

Doğum yeri, tarihi:

Şarkışla-Sivas 15.06.1966

Medeni hali: Evli

İş adresi: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, 09100, AYDIN

İş telefonu: 0-256-219 7188 / 0-256- 444 1256

Cep telefonu: 0-532 4968110

e-posta: mstfturkog @ yahoo.com

Ev adresi: Yedi Eylül Mh. Palmiye sitesi. 4. Blok. Kat: 6 D/23 No:5 Aydın

Ev telefonu: 0-256-226 0664

Eğitim:

Cumhuriyet İlkokulu, Şarkışla 1973-1978

İmam-Hatip Lisesi, Şarkışla 1978-1985

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara 1985-1994

Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi: 09.09.2003 tarihinde başladım ve şu anda devam etmekteyim.

Mesleki Deneyimler:

Kızılcakışla Sağlık Ocağı/Şarkışla, Gürçayır Sağlık Ocağı/Şarkışla, Devlet Hastanesi Acil/Şarkışla, Merkez Sağlık Ocağı Sorumlu Hekim/Şarkışla, Devlet Hastanesi Başhekim/Şarkışla, Sağlık Grup Başkanı/Şarkışla (1994–2003).

Kazandığım Sertifikalar:

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü RİA-Uygulama Sertifikası, Aydın

01.06.2005–21.06.2005

Katıldığım Kongre, Kurs ve Eğitim Toplantıları:

-3.Ulusal Aile Hekimliği Günleri, Kuşadası. 25-28 Mayıs 2005.

-Türkiye Milli Pediatri Derneği Aydın Şubesi- I.Aydın Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Günü
Aydın . 9.11.2005

“Ben istesem sigarayı hemen bırakabilirim”

Diyenler;

**Bırakmayı İstememek Bağımlılığın
Göstergesidir.**

SİGARAYI BIRAKMAK ZORDUR
AMA İMKANSIZ DEĞİLDİR!

Kendinize bu soruyu sorun:

Sigarayı bırakmak

için

ne

olmasını

bekliyorum ?

Artık

sigarayı bırakmak

için

Tıp Biliminin elinde

güçlü tedavi

yöntemleri var !

Sigara **sinsi** bir zararlıdır. İçinde bulunan **nikotin** güçlü bağımlılık yapıcı bir maddedir. Sigara içildikten çok kısa bir süre sonra nikotin beyne ulaşır ve etkisini gösterir. Nikotin sigara oltasının ucundaki kanca gibidir. Bir kez yakaladıktan sonra aynı düzeyde etkiyi göstermek için her defasında daha fazla nikotinin beyne ulaşması gerekir ve kişi farkına varmadan sigara bağımlısı haline gelir.

Sigara içen kişi aynı etkiyi yakalayabilmek için her geçen gün daha fazla sigara tüketir.

Ayrıca sigara el ve ağız **alışkanlığı** yapar. Çeşitli ortamlar sigara içilmesini tetikler. Kişi farkına varmadan uzun süredir **sigara bağımlısı** konumuna gelir.

Sigarayı kendiniz aniden ve tamamen kesip bırakabilirsiniz veya güçlü etkisi olan tıbbi tedavi yöntemlerinden yararlanabilirsiniz.