

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

TRABZON İLİNDE YAŞAYAN 20 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE
TÜTÜN ÜRÜNLERİ KULLANIMI, ALKOL KULLANIMI,
ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU
PREVALANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Uzmanlık Tezi

Dr. Hilal ÇANKAYA

TRABZON-2025

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

TRABZON İLİNDE YAŞAYAN 20 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE
TÜTÜN ÜRÜNLERİ KULLANIMI, ALKOL KULLANIMI,
ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU
PREVALANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Uzmanlık Tezi

Dr. Hilal ÇANKAYA

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Serdar KARAKULLUKÇU

TRABZON-2025

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, iyi bir hekim olabilmemiz için özveriyle çalışan hocalarım Sayın Prof. Dr. Nazım Ercüment BEYHUN'a, Sayın Prof. Dr. Murat TOPBAŞ'a, Sayın Uzm. Dr. Sevil TURHAN'a, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Serdar KARAKULLUKÇU'ya,

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca desteğini hissettiğim, bilgi, deneyimiyle bana rehberlik eden tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Serdar KARAKULLUKÇU'ya,

Eğitim hayatım boyunca bana emek veren değerli öğretmenlerime, tüm Tıp Fakültesi hocalarıma, meslek hayatımın ilk 4 yılı boyunca bana bilgi ve deneyimlerini aktaran, COVID 19 Pandemisi boyunca çalışma şartları bakımından birlikte zor zamanlar geçirdiğimiz özveriyle çalıştığımız günlere ithafen Samsun Ayvacık Toplum Sağlığı Merkezinde çalışan ekip arkadaşlarıma, yöneticilere, doktor meslektaşlarıma, hemşire, ebe , sağlık memurları başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına,

Asistanlık hayatım boyunca birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarım, Dr. Behiye ŞAHBAZ'a, Uzm. Dr.Ümmügülsüm ÖZEL'e, Dr. Yusuf Emre BOSTAN'a, Uzm. Dr.Abdül Kadir ALBAYRAKTAR'a, Uzm. Dr. Nalan ÖZEN'e, Dr. Muhammed Enes VURAL'a, Dr. Zeynep CÖMERT'e, Dr. Bartu GANNEMOĞLU'na, Dr. Cansel GEÇİCİ'ye, Dr. Betül Zeynep ÜTÜK'e, Dr. Sema BÜYÜK'e, Dr. Samet YAYLA'ya,

Tezimin saha çalışmasında destek veren öğrencilerimiz Şeyda BAŞARA'ya, Betül ÜNAL'a, Selcan CİGERLİ'ye, Ayşenur ÜNLÜ'ye ve araştırmanın veri toplama sürecinde üniversite öğrencilerinin seçiminde bana yardım eden KTÜ Öğrenci Vakfına ve saha çalışmalarımıza destek veren tüm üniversite öğrencisi arkadaşlarımıza, çalışmamıza katılan tüm katılımcılara,

Yaşamım boyunca her koşulda bana destek veren, sevgisiyle ve şefkatiyle her zaman yanımda olan anneme, babama ve bilgi, deneyim, çalışma azmiyle bana yol gösteren abime, sevgisiyle hayatımıza güzellik katan yeğenime, ailemde, iş yaşamımda bana güven veren, sevgi, saygı gösteren sevdiklerime, arkadaşlarıma ve tüm aile üyelerimize en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

Trabzon İlinde Yaşayan 20 Yaş ve Üzeri Bireylerde Tütün Kullanımı,

Alkol Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu Prevalansı ve Etkileyen Faktörler

Amaç: Bu araştırmanın amacı Trabzon ilinde yaşayan 20 yaş ve üzeri bireylerde tütün ürünleri kullanımı, alkol kullanımı, alkol kullanımı bozukluğu prevalansı ve etkileyen faktörleri değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel araştırmanın evrenini Trabzon ilinde yaşayan 20 yaş ve üzeri 609222 birey oluşturmaktadır. Örneklem boyutu örneklemin tütün ürünleri kullanımı prevalansı için beklenen prevalansı %28,3, %2,5 sapma, 1 desen etkisi, %30 fire payı değerleri dikkate alınarak Open Epi Programı ile 1620 kişi olarak hesaplanmıştır ve araştırma süreci sonucunda 1730 kişiye ulaşılmıştır. Araştırma kapsamına alınacak Trabzon ilçeleri Trabzon ili sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi kademelerine göre belirlenmiştir. Ulaşılabilecek örneklem yaş ve cinsiyete göre tabakalı rastgele seçim yoluyla belirlenmiştir. 3 bölümden 40 sorudan oluşan anket formunda yer alan sorular yüz yüze görüşme yöntemiyle katılımcılara yöneltilmiştir.

Bulgular: Trabzon ilinde herhangi bir tütün ürünü kullanımı prevalansı %33,1 (%95GA 30,9-35,3) iken sigara kullanımı prevalansı %32,7 (%95GA 30,5-34,9), nargile kullanımı %5,3 (%95GA %4,3-6,4), sarma sigara kullanımı %4,1 (%95GA 3,2-5,1), puro pipo kullanımı %2,0 (%95GA 1,4-2,7), E-sigara kullanımı prevalansı %1,3(%95GA 0,8-1,9)'dir. Trabzon ilinde alkollü içkiyi son bir yılda kullananların prevalansı %16,0 (%95GA14,3-17,8), yaşamı boyunca en az bir kez alkollü içki kullanma prevalansı %25,8, alkol kullanımı bozukluğu prevalansı ise %4,4 (%95GA 3,6-5,5)'tür.

Sonuç: Çalışmamızda, Trabzon ilinde herhangi bir tütün ürünü kullanımı, alkol kullanımı, alkol kullanımı bozukluğu prevalansı son yıllarda alan yazınında yer alan çalışmalardan daha yüksektir. Tütün ürünleri, alkol kullanımı, alkol kullanımı bozukluğu prevalansı için yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kişisel gelir, hane halkı gelir, yaşanılan ilçenin SEGE düzeyi risk faktörleridir. Bu durum öncelikli olarak risk faktörlerine yönelik çözüm odaklı toplumsal müdahalelere ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Tütün ürünleri kullanımı , alkol kullanımı ve alkol kullanım bozukluğu prevalansı

SUMMARY

Prevalence and Associated Factors of Tobacco Use, Alcohol Consumption, Alcohol Use Disorder Among Individuals Aged 20 and Above Living in Trabzon Province

Objective: The aim of this study is to evaluate the prevalence of tobacco use, alcohol use, alcohol use disorder, and the associated factors among individuals aged 20 years and older living in Trabzon province.

Materials and Methods: The study population consisted of 609,222 individuals aged 20 years and older residing in Trabzon province. The sample size was calculated as 1,620 individuals using the Open Epi program, considering an expected prevalence of tobacco use of 28.3%, a 2.5% margin of error, a design effect of 1, and a 30% non-response rate. At the end of the study process, 1,730 individuals were reached. The districts of Trabzon to be included in the study were determined according to the socioeconomic development levels of the province. The sample to be reached was selected through stratified random sampling by age and sex. The questions in the questionnaire, which consisted of 40 items in 3 sections, were administered to participants through face-to-face interviews.

Results: In Trabzon province, the prevalence of any tobacco product use was 33.1% (95% CI: 30.9–35.3), while the prevalence of cigarette smoking was 32.7% (95% CI: 30.5–34.9), waterpipe use 5.3% (95% CI: 4.3–6.4), roll-your-own cigarette use 4.1% (95% CI: 3.2–5.1), cigar/pipe use 2.0% (95% CI: 1.4–2.7), and e-cigarette use 1.3% (95% CI: 0.8–1.9). The prevalence of alcohol consumption within the past year was 16.0% (95% CI: 14.3–17.8), lifetime prevalence of alcohol use at least once was 25.8%, and the prevalence of alcohol use disorder was 4.4% (95% CI: 3.6–5.5).

Conclusion: In our study, the prevalence of any tobacco product use, alcohol use, and alcohol use disorder in Trabzon province was higher than that reported in studies published in recent years. Age, sex, educational status, personal income, household income, and the socioeconomic development level (SEGE) of the district of residence were identified as risk factors for the prevalence of tobacco use, alcohol use, and alcohol use disorder. These findings indicate the need for solution-oriented community interventions primarily targeting these risk factors.

Keywords: prevalence of tobacco product use, alcohol use, alcohol use disorder

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
SUMMARY	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.1.Tütün Ürünleri	3
2.1.2.Tütün Ürünleri Kullanımıyla İlgili Tanımlar	8
2.1.3.Tütün Ürünlerinin İçeriği, Etki Mekanizması	9
2.1.4.Dünya Geneline Tütün Kullanımı Prevalansı	11
2.1.5.Türkiye Geneline Tütün Kullanımı Prevalansı	15
2.1.6.Tütün Ürünlerinin Kullanımının Yol Açtığı Sağlık ve Psikososyal Sorunlar	18
2.1.7.Tütün Kullanımı ile İlişkili Faktörler	20
2.1.8.Tütün Kontrolü İçin Dünya’da ve Türkiye’deki Uygulamalar	22
2.1.9.Türkiye’de Tütün Kontrolü İçin Yasal Mevzuat	25
2.1.10. Türkiye’de Tütün Kontrolü İçin Yapılan Faaliyet ve Uygulamalar	27
2.2.Alkol Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu Prevalansı ve Etkileyen Faktörler .	29
2.2.1. Alkol, Alkol Kullanımı	29
2.2.2.Alkol Kullanımı Bozukluğu	30
2.2.3. Alkol Kullanımı, Alkol Kullanımı Bozukluğu ile İlgili Diğer Tanımlar	31
2.2.4.Dünya Geneline Alkol Kullanımı Prevalansı	32
2.2.5.Türkiye Geneline Alkol Kullanımı Prevalansı	34
2.2.6.Alkol Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu ile İlişkili Faktörler	35
2.2.7.Alkol Kullanımının Yol Açtığı Sağlık ve Psikososyal Sorunlar	41
2.2.8.Alkol Kullanımının Kontrolü ile İlgili Dünya’da Yapılan Müdahaleler ve Uygulamalar	43
2.2.9. Türkiye’de Alkol Kontrolü İçin Yasal Mevzuat	45

3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	46
3.1.Araştırmanın Tipi.....	46
3.2. Araştırmanın Evreni.....	46
3.3.Örneklem Sayısının Hesaplanması	47
3.4.Örneklem Yöntemi.....	48
3.5.Örneklem Seçimi ve Katılımcılara Ulaşılması	51
3.6.Veritoplama Yöntemi ve Veritoplama Aracı	52
3.7.Araştırmanın Zamanı ve Takvimi.....	54
3.8.Araştırmanın Bağımsız ve Bağımlı Değişkenlerinin Kategorizasyonu	55
3.9. Verilerin Analizi	60
3.9.Araştırmanın Sınırlıkları	62
3.10. Etik Kurul Onayı ve Kurum İzinleri	62
3.11. Araştırmanın Maliyeti.....	62
4. BULGULAR.....	63
4.1. Trabzon İlinde Araştırmaya Katılan Örneklem Özellikleri	63
4.2. Trabzon İlinde Tütün Ürünleri Kullanımı Prevalansı ve Etkileyen Faktörler	67
4.2.1. Trabzon İlinde Tütün Ürünleri Kullanımı Prevalansı.....	67
4.2.2.Tütün Ürünleri Kullanma, Bırakma ve Kullanmama Nedenleri.....	71
4.2.3. Tütün Ürünleri Kullanım Alışkanlıkları	74
4.2.4.Sosyodemografik Faktörler, Çalışma Hayatı ve Tütün Ürünleri Kullanımı.....	76
4.2.5. Tütün Ürünleri Bırakma Sıklıkları.....	84
4.2.6.Sağlık, Hastalık Öyküsü ve Tütün Ürünleri Kullanımı	85
4.2.7. Tütün Ürünleri Kullanımı, Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modelleri.....	88
4.3. Alkol Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu Prevalansı ve Etkileyen Faktörler	90
4.3.1. Trabzon İlinde Alkol Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu Prevalansı	90
4.3.2. Alkollü İçki Kullanma, Bırakma ve Kullanmama Nedenleri	93
4.3.3. Alkol Kullanım Alışkanlıkları	96
4.3.4.Sosyodemografik Faktörler, Çalışma Hayatı ve Alkol Kullanımı.....	97
4.3.5.Sağlık, Hastalık Öyküsü ve Alkol Kullanımı	101
4.3.6. Alkollü İçki Bırakma Sıklıkları	104
4.3.7.Yaşam Boyu ve Son 1 Yılda Alkollü İçki Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu Prevalansı ve Etkileyen Faktörler, Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modelleri...	105

4.4.Alkol kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu, Ağır İçicilik ve Tütün Ürünleri Kullanımı	111
5.TARTIŞMA	113
5.1.Tütün Ürünleri Kullanımı Prevalansı ve Etkileyen Faktörler.....	113
5.1.1.Tütün Ürünleri Kullanımı Prevalansı.....	113
5.1.2.Tütün Ürünleri Kullanma ve Kullanmama Nedenleri	118
5.1.3.Yaş ve Tütün Ürünleri Kullanımı	121
5.1.4.Cinsiyet ve Tütün Ürünleri Kullanımı	124
5.1.5.Eğitim ve Tütün Ürünleri Kullanımı.....	127
5.1.6.Gelir ve Tütün Ürünleri Kullanımı	128
5.1.7.Çalışma yaşamı, Meslek Gruplar ve Tütün Ürünleri Kullanımı.....	129
5.1.8.Yaşanılan İlçenin Sosyoekonomik Gelişmişlik Kategorisi, Tütün Ürünleri Kullanımı	132
5.1.9.Aile Hayatı, Sosyal Çevre ve Tütün Ürünleri Kullanımı.....	133
5.1.10.Kronik Hastalık ve Tütün Ürünleri Kullanımı.....	134
5.1.11.Psikiyatrik Hastalık ve Tütün Ürünleri Kullanımı.....	136
5.1.12.Tütün Ürünleri Bırakma Prevalansları.....	138
5.2.Alkol Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu, Ağır İçicilik, Son 1 Yılda Alkolü İçki Kullanımı Prevalansı ve Etkileyen Faktörler.....	142
5.2.1.Alkol Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu, Ağır İçicilik, Son 1 Yılda Alkolü İçki Kullanımı Prevalansı	142
5.2.2. Alkolü İçki Kullanma ve Kullanmama Nedenleri	146
5.2.3.Yaşanılan İlçenin Sosyoekonomik Gelişmişlik Kategorisi ve Alkolü İçki Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu.....	147
5.2.4. Yaş, Cinsiyet ve Alkolü İçki Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu.....	149
5.2.5.Eğitim, Gelir ve Alkolü İçki Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu	150
5.2.6.Çalışma Hayatı, Meslek Grubu, Alkolü İçki Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu	151
5.2.7.Aile Hayatı, Sosyal Çevre ve Alkolü İçki Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu.	153
5.2.8.Kronik Hastalık ve Alkolü İçki Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu.....	154
5.2.9.Psikiyatrik Hastalık ve Alkolü İçki Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu...	157
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	159
7.KAYNAKLAR:	161
8.EKLER.....	187

KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

AKB: Alkol Kullanım Bozukluğu

ANA: Bağımlılık Nöro Klinik Değerlendirmesi

AUDİT: Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Ölçeği

CDC: Centers For Disease Control And Prevention

COVID 19: Coronavirus Disease 2019

DALY: Disability-Adjusted Life Year

DHS :Dumansız Hava Sahası Denetim Modülü

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı 5. Baskı

ENDS: Elektronik Nikotin Dağıtım Sistemi

FASD: Fetal Alkol Kullanım Spektrum Bozuklukları

GSYİH: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla

HTP: Isıtılmış Tütün

IARC: İnternational Agency of Research on Cancer/Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı

ICD 11:WHO Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılması El Kitabı'nın 11. Revizyonu

ISCO-08: İnternational Classification Occupations-2008

KESİ/CAGE: Cut Down, Annoyed, Guilty, Eye-Opener

KETEM :Kanser Erken Teşhis, Tarama, Eğitim Merkezi

KGTA: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması

KTÜ: Karadeniz Teknik Üniversitesi

MAST: Michigan Alkolizm Tarama Testi

MPOWER: Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce, Raise

NCD: Non-Communicable Diseases- Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

NSDUH: Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Anketi

OECD: Organisation For Economic Co-Operation And Development/Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü

SAMBA: Sigara, Alkol ve Madde Tedavi Programı

SEGE: Sosyoekonomik Gelişmişlik Düzeyi

SMAS: Kısa Michigan Alkolizm Tarama Testi

THSA: Hane Halkı Sağlık Araştırması

TKÇS: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

TSNA: Tobacco-Specific Nitrozaminler-Tütüne Özgü Nitrozaminler

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TWEAK: Tolerance, Worried, Eye-opener, Amnesia, Cut down

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Teşkilatı)

WYSAC: Wyoming Survey And Analysis Center

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

YEDAM: Yeşilay Danışmanlık Merkezi

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Türkiye’de 1988-2019 Yılları Tütün Ürünleri Kullanımı Prevalansı Çalışmaları	16
Tablo 2. Alkol Kullanımı, Alkol Kullanımı Bozukluğu ile İlgili Diğer Tanımlar	31
Tablo 3. Trabzon İlçeleri SEGE’ye Göre Sınıflaması	46
Tablo 4. Trabzon İlçeleri Cinsiyete Göre Nüfus Dağılımı, Örneklem Sayısı	49
Tablo 5. Trabzon İlçelerin SEGE’ye Göre Nüfus Dağılımları, Nüfus Yüzdeleri, Ağırlığı	49
Tablo 6. Örneklem Sayılarının Yaş ve Cinsiyete Göre Tabakalandırılması	50
Tablo 7. Trabzon İlinde Ulaşılan Örneklem Sayısı	50
Tablo 8. Alkol Kullanım Bozukluğunu Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler	53
Tablo 9. Araştırmanın Zamanı ve Takvimi	54
Tablo 10. Araştırmanın Bağımlı Değişkenlerinin Kategorizasyonu	56
Tablo 11. Araştırmanın Bağımsız Değişkenlerinin Kategorizasyonu	57
Tablo 12. Tütün Ürünleri ve Alkol Kullanma Sebepleri	60
Tablo 13. Tütün Ürünleri ve Alkol Kullanmama/Bırakma Sebepleri	60
Tablo 14. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	64
Tablo 15. Katılımcıların Çalışma Hayatı Tanımlayıcı Özellikleri	65
Tablo 16. Katılımcıların Kronik ve Psikiyatrik Hastalıklarının Dağılımları	66
Tablo 17. Trabzon İlinde Tütün Ürünleri Kullanımı Prevalansı	67
Tablo 18. Yaş ve Cinsiyete Göre Tütün Ürünleri Kullanımı Prevalansı	69
Tablo 19. Tütün Ürünleri Kullanma Nedenleri	71
Tablo 20. Tütün Ürünleri Bırakma Nedenleri	72
Tablo 21. Tütün Ürünleri Hiç Kullanmayanların Kullanmama Nedenleri	72
Tablo 22. Tütün Ürünleri Kullanım Alışkanlıkları	74
Tablo 23. Son 30 Günde Tütün Ürünleri Kullanım Sıklığı	75
Tablo 24. Sosyodemografik Faktörler, Herhangi Bir Tütün Ürünleri Kullanımı	76
Tablo 25. Sosyodemografik Faktörler ve Sigara Kullanımı	78
Tablo 26. Sosyodemografik Faktörler, Nargile, Sarma Sigara, Puro Pipo, E-sigara Kullanımı	79
Tablo 27. Aile, Sosyal Çevrede Bireylerin Herhangi Bir Tütün Ürünü Kullanımı	82
Tablo 28. Profesyonel Destek Alma Durumu ve Tütün Ürünleri Bırakmak İçin Başvurulan Yollar	83

Tablo 29. Tütün Ürünleri Bırakma Sıklıkları	84
Tablo 30. Tütün Ürünleri Kullanımı ve Kronik Hastalık Durumu.....	85
Tablo 31. Tütün Ürünleri Kullanımı ve Psikiyatrik Hastalık Durumu.....	86
Tablo 32. Kronik, Psikiyatrik Hastalığı Olanlarda Herhangi Bir Tütünü Ürünü Kullanımı	87
Tablo 33. Tütün Ürünleri Kullanımı Prevalansı Etkileyen Faktörler, Regresyon Modelleri(N=1696)	89
Tablo 34. Trabzon İlinde Yaşam Boyu, Son 1 Yılda Alkollü İçki Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu, Ağır Epizodik İçicilik Prevalansı	90
Tablo 35. Yaş ve Cinsiyete Göre Yaşam Boyu, Son 1 Yılda Alkollü İçki Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu, Ağır Epizodik İçicilik Prevalansı	92
Tablo 36. Alkol Kullanma Nedenleri	93
Tablo 37. Alkollü İçkiyi Bırakanların Bırakma Nedenleri.....	94
Tablo 38. Yaşamı Boyunca Hiç Alkollü İçki Kullanmayanların Kullanmama Nedenleri.	94
Tablo 39. Alkol Kullanımı Bozukluğu Tanıma Ölçeğine Verilen (AUDİT)	96
Tablo 40. Sosyodemografik Faktörler, Yaşam Boyu ve Son 1 Yılda Alkollü İçki Kullanımı Prevalansı.....	97
Tablo 41. Sosyodemografik Faktörler, Alkol Kullanım Bozukluğu, Ağır İçicilik Prevalansı	98
Tablo 42. Ailesinde, Sosyal Çevresinde ve Bireylerde Alkollü İçki Kullanımı	100
Tablo 43. Alkol Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu, Ağır Epizodik İçicilik ve Kronik Hastalık	101
Tablo 44. Alkol Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu, Ağır İçicilik ve Psikiyatrik Hastalık	102
Tablo 45. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Alkollü İçki Kullanma Prevalansı	103
Tablo 46. Yaşam Boyu Alkol Kullanım Prevalansını Etkileyen Faktörler, Regresyon Modelleri(N:1697)	108
Tablo 47. Son 1 Yılda Alkollü İçki Kullanımı Prevalansı ve Etkileyen Faktörler, Regresyon Modelleri (N:1697)	109
Tablo 48. Alkol Kullanım Bozukluğu Prevalansı ve Etkileyen Faktörler, Regresyon Modeli(N:1697)	110
Tablo 49. Tütün Ürünleri Kullanımı ve Alkol kullanımı Arasındaki Bağntı.....	111
Tablo 50. Tütün Ürünleri Kullanımı ve Alkol Kullanım Bozukluğu, Ağır İçicilik Prevalansı, Bağntılar	112

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. 2010-2022 Yıllarında Yaş ve Cinsiyete Göre Tütün Ürünleri Kullanma, Bırakma ve Yaşamı Boyunca Hiç Kullanmama Prevalansının Değişimi (50,51).....	17
Şekil 2. 2010-2022 Yıllarında Cinsiyete ve Yaş Gruplarına Göre Alkollü İçki Kullanma, Bırakma ve Yaşamı Boyunca Hiç Kullanmama Prevalansının Değişimi (101).....	34
Şekil 3. Cinsiyete ve Yaş Gruplarına Göre Herhangi Bir Tütün Ürünleri Kullanımı Prevalansı.....	68
Şekil 4. Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Herhangi Bir Tütün Ürünleri Kullanımı Prevalansı.....	68
Şekil 5. Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Halen Alkollü İçki Kullanımı Prevalansı	91
Şekil 6. Cinsiyete ve Yaş Gruplarına Göre Halen Alkollü İçki Kullanımı Prevalansı.	92
Şekil 7. Yaş ve Cinsiyete Göre Alkollü İçki Bırakma Prevalansı	104

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada 1,3 milyar kişi tütün ürünü kullanmaktadır. Ülkemizde 15 yaş üzeri nüfusta tütün ürünü kullananlar, toplumun yaklaşık %30'ini oluşturmaktadır. Dünyada her gün 22 bin kişi bir yılda 8 milyondan fazla kişi tütün ürünü kullanımına bağlı hastalıklar sebebiyle hayatını kaybetmektedir. Bu ölümlerin 7 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımının sonucu iken 1,2 milyondan fazla kişi de tütün ürünü dumanına maruz kaldığı için hayatını kaybetmektedir (1). Küresel Hastalık Yüğü çalışmasına göre doğrudan tütün ürünleri kullanımı ve dolaylı olarak tütün ürünleri dumanına maruziyet nedeniyle her yıl 9,2 milyon ölüm gerçekleşmektedir. Tütün kullanımının DALY yükü ise 157 milyon düzeyindedir (2). Tütün kullanımı, dünyadaki başlıca sekiz ölüm nedeninden altısı için bir risk faktörüdür. Tütün kullanımı, akciğer, gırtlak, böbrek, mesane, mide, bağırsak, ağız boşluğu ve yemek borusu kanserlerinin yanı sıra, lösemi, kronik bronşit, kronik solunum yetmezliği, koroner kalp rahatsızlığı, felç, düşük ve prematüre doğum, doğum anomalileri gibi rahatsızlıklara da yol açmakla birlikte tütün kullanımının 2030 yılına kadar 175 milyondan fazla insanın ölümüne yol açacağı öngörülmektedir (3). Tütünün yol açtığı hastalıklar insanların acılar çekmesine ve üretken yıllarının boşa geçmesine, ücret kaybına, azalan verimliliğe ve sağlık giderlerinin artmasına yol açtığından ailelere ve ülkelere ekonomik zarar verir (4). Tütün ürünleri ve alkol gibi maddelere bağımlılık; eğitim, ekonomi, sosyal ilişkiler, damgalanma, duygusal ve psikiyatrik sorunlar gibi psikososyal boyutta birçok soruna neden olmaktadır. Alkol kullanımı, tütün ürünleri kullanımı bireyde bağımlılıkla sonuçlanabilmesi sebebiyle bireyin sağlığını, aile hayatını toplumun güvenliğini ve ekonomiyi de olumsuz yönde etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur (5).

Dünya nüfusunun %40'ı 2,3 milyar insan alkollü içki kullanmakta ve 400 milyon insan, 15 yaş ve üstü dünya nüfusunun %7'si alkol kullanım bozukluklarıyla yaşamaktadır. Alkol kullanan 209 milyon insan, yetişkin dünya nüfusunun yaklaşık %3,7'si alkol bağımlılığıyla yaşamaktadır (6). Alkol kullanımı her yıl dünyada 3 milyon kişinin yaşamını kaybetmesine sebep olmaktadır. Küresel hastalık ve yaralanma yükünün %5,1'i alkole atfedilmektedir. (7).

Kişinin yaş evresi, cinsiyet, ailesel etkenler, kişilik özellikleri ve yapısı, davranış bozuklukları, kişide bulunan tıbbi kronik ve psikiyatrik bir hastalıklar, çalışma durumu, mesleği, ekonomik problemler, geçmiş olumsuz yaşantı deneyimi, travma, inanç sahibi olma, alkol ve sigara kullanımı ve ayrılmış, dağılmış aileler, sosyal çevre özellikleri, aile üyelerinden herhangi birinde hastalık, anne baba veya aile üyelerinden birinde madde bağımlılığı, aileden biri veya arkadaş ölümü, anne baba geçimsizliği, anne veya babada psikiyatrik rahatsızlık, genetik yatkınlık, aile içi stres faktörleri, aileden uzakta kalma, göç, afetler gibi etkenler kişinin tütün ürünleri ve alkol kullanımını etkileyebilecek risk faktörleridir (8).

Tütün ürünlerini ve alkol kullanımını bırakmak, özellikle pandeminin bir sonucu olarak ortaya çıkan ek sosyal ve ekonomik stresler nedeniyle zordur.

Dünya çapında yaklaşık 780 milyon insanın tütün ürünlerini bırakmak istediği bilinmekte, ancak bunların yalnızca %30'u bunu yapmalarına yardımcı olabilecek araçlara erişebilmektedir (9). Tütün ürünleri ve alkol kullanımıyla ilgili kişisel hedefler belirlemelerine ve bu hedeflere bağlı kalmalarına yardımcı olan araştırmaların yaygınlaştırılması bireyin tütün kullanımı ve alkol kullanımıyla başa çıkmasında önemli rol oynar, gelecekte tütün ürünlerine ve alkol kullanımına başlamalarını önleyebilir ve mevcut kullanıcıları bırakma konusunda bireyleri destekleyebilir. Bu kapsamda ülkemizde gerçekleştirilen tütün ürünleri, alkol kullanımının, talep ve arzının azaltılmasına yönelik önlemler alınması tütün ürünleri, alkol bağımlılığının insan ve çevre sağlığının korunması ve hastalıkların önlenmesi için toplum ve saha taramaları önem arz etmektedir. Bu çalışmada Trabzon İlinde 20 yaş ve üzerinde bireylerde tütün ürünleri, alkol kullanımı, alkol kullanımı bozukluğu prevalansını etkileyen faktörler açısından bireyin kendisi, ailesi, sosyal çevresi, sosyokültürel/ekonomik-demografik özelliklerini, yaşadığı ilçenin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Araştırmamızda sigarayla birlikte sarma sigara, nargile, pipo, puro, çiğnemelik tütün, enfiye tütün, ısıtılmış tütün, e- sigara gibi tüm tütün ürünleri prevalansı ve yaşam boyu alkol kullanımı, alkol kullanımı bozukluğu, ağır içicilik, son 1 yılda alkol kullanımı prevalansı ve etkileyen faktörler değerlendirilerek güncel durum ortaya konacaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.1.Tütün Ürünleri

Tütün ve tütün ürünleri ICD 11'e göre 10 farklı bağımlılık yapıcı maddeden biridir. Genetik olarak değiştirilsin ya da değiştirilmesin tütün yaprağının tamamen veya kısmen hammadde olarak kullanılması ile yapılan içme, burna çekme, emme ya da çiğneme amaçlı tüm ürünler "tütün ürünü" olarak adlandırılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütüne göre tütün ürünleri; ham maddesinin tamamını veya bir kısmını tütün yaprağının oluşturduğu, duman olarak solunan, emilen, çiğnenen veya koklanan ürünler olarak tanımlanmaktadır. Tütün, yanmasından oluşan dumanın inhale edilmesi şeklinde veya dumansız olarak kullanılmaktadır. Sigara, sarma sigara, puro, pipo ve nargile tütünün dumanının kullanıldığı tütün ürünleridir. Çiğnemelik tütün ve enfiye tütün ise dumansız olarak kullanılan tütün ürünleridir. Tütün endüstrisinin yeni ürettiği ürünlerden olan "ısıtılmış tütün ürünü-HTP" ve nikotini aerosol haline getirip inhale edilmesini sağlayan e-sigara da (elektronik sigara, elektronik nikotin dağıtım sistemi-ENDS) kullanılan diğer ürünler arasındadır (10).

Sigara

Dünya'da en yaygın üretilen ve kullanılan tütün ürünü sigaradır. Sigara, kâğıda veya diğer tütün dışı malzemelere sarılmış herhangi bir tütün rulosu olarak tanımlanır. Harman sigaralarının ana bileşenleri, baca ile kürlenmiş tütünler (genellikle sarışın veya parlak tütünler olarak adlandırılan Virginia, hava ile kürlenmiş Burley ve Maryland tütünleri, güneşte kürlenmiş Oryantal tütünler ve tütün tozu, ince tanecikler ve parçacıklardan yapılan sulandırılmış veya homojenize edilmiş tabaka tütün ve yaprak kaburgaları ve saplarıdır.

Harmanlanabilecek 65 Nicotiana türü ve 100 çeşit tütün seçeneği vardır. Bununla birlikte, hemen hemen tüm ticari tütün ürünlerinde Nicotiana tabacum türü ve N. rustica kullanılmaktadır. Amerikan harman sigarası ABD'de yaygın kullanılmakla birlikte Virginia harman sigarası Avustralya, Kanada, Çin, Japonya ve Birleşik Krallık'ta 2000 'li yıllardan beri yaygın olarak kullanılmaktadır (11)

Kreteks, tütün (yaklaşık %60), öğütülmüş karanfil tomurcukları (%40) ve dumana karakteristik bir tat ve 'bal' tadı veren kakao içeren küçük bir sigara türüdür (12). Kreteks Endonezya'ya özgüdür, ancak ABD'de de mevcuttur.

Bidis ise Hindistan'da ve bazı Güneydoğu Asya ülkelerinin kırsal bölgelerinde 2000 'li yıllarda ABD'deki gençler arasında giderek daha popüler hale geldiği bilinmektedir (13). Bir bidis, kurutulmuş bir temburni yaprağının dikdörtgen bir parçasının yaklaşık 0,2-0,3 g güneşte kurutulmuş, oryantal tütün etrafında yuvarlanması ve rulonun bir iplikle sabitlenmesiyle yapılır (14). Sigaranın birçok formu bulunmasıyla birlikte günümüzde sigara içerikleri Tütün Kontrolü Çerçevesi birlikte gerçekleştirilen politikalar sayesinde içeriklerinin yol açtığı zararların azaltılmasına yönelik tedbirler nedeniyle yasal olarak denetlenmektedir. Günümüzde önlemler alınmasına rağmen halen birçok ülkede değişik form ve şekillerde tütün ürünü tipi bulunmaktadır.

Sarma Sigara

Kıyılarak hazırlanan tütün ile sigara kâğıdı veya “makaron” adı verilen filtreli boş sigara tüpü içeren bir ambalaj içinde piyasaya sunulan içme amaçlı tütün ürünüdür (15).

Puro Pipo

Bir puro, yaprak tütüne veya tütün içeren başka herhangi bir maddeye sarılmış herhangi bir tütün rulosudur. Dört ana puro türü vardır: küçük purolar, küçük purolar ('cigarillos'), normal purolar ve premium purolar. Küçük purolar hava ile kürlenmiş ve fermente edilmiş tütün içerir veya sulandırılmış tütüne ya da tütün ve / veya tütün özü içeren sigara kâğıdına sarılır. Bazı küçük puroların selüloz asetat filtre uçları vardır ve sigara şeklindedir. Cigarillolar, sigara kâğıdı veya asetat filtresi olmayan küçük, dar purolardır. Normal ve birinci sınıf purolar çeşitli şekil ve boyutlarda mevcuttur ve bir ucunda bir uca kadar sarılır. En çok bilinen puro türlerinden Chutta, yerel tütünün güneşte kurutulmuş bir tütün yaprağının içine sarılmasıyla hazırlanan, 5-9 cm uzunluğunda, Hint ev yapımı bir purodur (14).

Nargile

Nargile, tütün ürünü kullanımının farklı bir şeklidir ve çok eski yıllardan beri kullanılmaktadır. Ateş üzerinde yakılan tütünden oluşan duman cam kap, şişe içindeki sudan geçtikten sonra bir hortum yolu ile içici olan kişiye ulaşmaktadır.

Nargile cihazı şişe, lüle, ser ve marpuç olmak üzere başlıca 4 parçadan oluşmaktadır. Nargile kullanımı konusunda yerleşik bir söylem olan “şişe-maşa köşe” ifadesi bu tür kullanımı tanımlamaktadır. Kullanım sırasında meydana gelen dumanın içinden geçeceği suyun konduğu şişe cihazın temel parçasıdır. Ateşin cihaz üzerindeki yerine konması için bir maşa gerekmektedir. Köşe ise nargile kullanan kişinin veya kişilerin sohbet etmek için oturmayı tercih ettiği sakin bir yer anlamındadır. Bazı ülkelerde çoğunlukla Arap ülkelerinde nargilenin asıl parçası olan “şişe” sözcüğüne işaret etmek üzere cihaz “sisha” olarak da adlandırılmaktadır.

Nargilede temel olarak kullanılan tütün “tömbeki” olarak adlandırılır. Tömbeki, doğal nargilelik tütün anlamındadır. Aromalı nargilelik tütün ise %20-30 oranında tütün, %70-80 oranında başka bitkilerin karışımı olan bir türdür. Bu tür içinde kokular sağlamak amacı ile meyve aromaları, vanilya, kakao vb. çeşitli aromalar da kullanılabilir.

Nargile bazı Afrika ve Asya ülkelerinde yerli halk tarafından yüzyıllardan beri kullanılmaktadır. Yakın zamana kadar nargile özellikle Orta-Doğu ülkelerinde belirli yaşın üzerindeki kişiler tarafından kullanılmıştır. Son 25-30 yıl içinde aromalı nargile tütünlerinin giderek yaygınlaşması sonucunda nargile kullanımı özellikle Türkiye’de ve Avrupa’daki çok sayıda ülkede gençler arasında popüler bir tütün kullanımı türü olarak hızla yaygınlaşmaktadır (10).

Isıtılmış tütün

Tütün endüstrisi tarafından 2017 yılında piyasaya sürülen yeni bir tütün ürünüdür. Tütün, nikotin, nemlendiriciler ve tatlandırıcılar içermektedir. Geleneksel mamul sigaralarda tütün 600 °C’de yakılırken bu ürünlerde tütün 350 °C’ye kadar ısıtılarak nikotin aerosol haline getirilir. E-sigaradan farklı olarak bu üründe sıvı nikotin yerine gerçek tütün ısıtılmaktadır.

Daha düşük derecelerde ısıtılması ile zararlı kimyasal bileşiklerin daha az oluştuğu iddia edilmesine rağmen diğer tütün ürünleri gibi içerisinde olan zararlı bileşikler olması nedeniyle kullanımı en az mamul sigaralar kadar insan sağlığına zararlıdır (16)

Çiğnemelik Tütün

Çeşitli ülkelerde Skoal, Levi, Garret, Gold river, Red man gibi değişik isimlerle satışa sunulan dumansız tütün ürünleri, tütün yaprağının ince kıyılmış veya pudra haline getirilmiş ürünüdür. Dumansız tütün ürünleri Kuzey Avrupa ve Kuzey Amerika ile Hindistan ve bazı Afrika ülkelerinde uzun zamandan beri kullanılmaktadır. Kıyılmış tütün genellikle pastil şeklinde ya da suda çözünabilen bir kâğıt ile paketlenmiş şekilde satılabildiği gibi, metal ya da karton kutularda da satışa sunulmaktadır.

Paketlenmiş tütün veya kutudan alınan bir miktar tütün ağız içinde yanak ile diş eti arasına veya ağzın ön tarafında üst ya da alt dudak ile dişler arasına yerleştirilmek suretiyle kullanılmaktadır. Bir süre yerleştirildiği yerde kalan tütün sonra tükürülmek suretiyle ağızdan dışarıya atılmaktadır. Tütün ağız içinde dururken içindeki nikotin suda (tükürük içinde) çözünmekte, ağız mukozasından absorbe edilerek kısa süre içinde kan dolaşımına katılmakta ve hızlı şekilde beyine ulaşmaktadır.

Ülkemizde kalınca kıyılmış tütünün soslandıktan sonra preslenerek satışa sunulan şekli olan çiğnemelik tütün de bu grupta değerlendirilmelidir. Ayrıca ülkemizde Gaziantep ve Kahramanmaraş çevresinde tüketilen ve “Maraş otu” (veya ağız otu) olarak adlandırılan tütün ürünü de uzunca süredir kullanılmaktadır. Ancak AB müktesebatı çerçevesinde Maraş otunun piyasaya sunulması 2008 yılında yasaklandı. Dumansız tütün ürünlerinin nikotin içeriği sigaraya göre daha yüksektir.

Enfiye Tütün

Pudra halindeki tütünü burun içine yerleştirip inhale etmek suretiyle kullanılan nikotinin burun mukozasından absorbe edilerek kullanıldığı enfiyelik tütün dumansız tütün ürünleri arasındadır. Toz haline getirilmiş olan tütün karanfil, bergamut, tarçın gibi maddelerle karıştırılmak suretiyle satışa sunulabilmektedir (14).

E-sigara

Elektronik sigara (elektronik nikotin dağıtım sistemleri), ABD pazarına 2007 yılında girerek hızla popülerlik kazanmıştır. Elektronik sigaralar ya da e-buharlaştırıcılar; çözücüler, aroma vericiler ve genellikle nikotin içeren bir sıvıyı ısıtan cihazlardır. Kullanıcılar, ortaya çıkan buharı solur. Bazı modelleri geleneksel sigaralara benzeyen çeşitli tasarımları mevcuttur. Elektronik sigaralar için 7.000’den fazla aroma çeşidi bulunmaktadır ve bunların bazıları özellikle gençler arasında daha yaygın kullanılmaktadır.

Elektronik sigaralar önlemler alınmasına rağmen birçok ülkede çevrimiçi internet ortamlarında satıldığı bilinmektedir. Ancak, Aralık 2019 ortası itibarıyla, 21 yaşından küçük kişilere nikotin veya tütün ürünlerinin satılması yasaklanmıştır. Birçok market ve eczane zinciri halk sağlığını desteklemek amacıyla elektronik sigara satışını tamamen durdurmuştur.

2013 yılında yapılan bir çalışmada, sigara içenlerin üçte birinden fazlası elektronik sigara kullandığını belirtmektedirler. 2014 Tütün Ürünleri ve Risk Algıları Anketi verilerine göre, hali hazırda sigara içenler elektronik sigara kullanma eğilimindedir. Bu analiz, sigara içenlerin yarısının hayatında en az bir kez elektronik sigara kullandığını ve %20,7’sinin şu anda bu cihazları kullanmakta olduğunu ortaya koymaktadır. Bu araştırmaya göre elektronik sigara kullanan yetişkinlerin yaklaşık %10’u daha önce hiç sigara içmemektedir. 2014 Ulusal Sağlık Görüşme Anketi verileri, hiç sigara içmemiş yetişkinlerin %0,4’ünün ve 4 yıl veya daha uzun süredir sigara içmeyen eski içicilerin %0,8’inin elektronik sigara kullandığını göstermektedir. Anket ayrıca, günlük elektronik sigara kullanıcılarının %13’ünün son bir yıl içinde sigarayı bırakmış eski içiciler olduğunu ortaya koymaktadır.

Günümüzde yeni tütün ürünlerinden biri olan e-sigara kullanımı başta olmak üzere diğer tütün ürünlerinin sigaranın zararlı etkilerini önlemek için zararsız bir alternatif olduğu fikrinin aksine e-sigaraların buharının ve diğer tütün ürünlerinin genellikle nikotin ve çeşitli insan sağlığına zararlı kimyasallar içermekte olduğu bilinmektedir. Bu ürünler nispeten yeni olduğu için, e-sigara ve yeni tütün ürünlerinin aerosollerine maruz kalmanın kısa vadeli etkilerine ve uzun vadeli sağlık etkilerine dair kanıtlar sınırlıdır (17).

2.1.2.Tütün Ürünleri Kullanımıyla İlgili Tanımlar

DSÖ kişinin son 1 ayda tütün ürünleri kullanım sıklığını tanımlar iken, aynı zamanda kişinin yaşam boyu tütün ürünleri kullanım durumu değerlendirilmektedir. DSÖ tütün ürünleri kullanımı açısından bireyleri tanımlanırken bireyleri 4 grupta sınıflandırmaktadır (18).

- Son 30 gün içinde her gün en az bir adet sigara içen kişiler her gün düzenli içen (regular daily smoker)
- Her günden seyrek içen (less than daily smoker): son 30 günde her günden daha seyrek içen kişiler
- Ara sıra içen (occasional smoker): Ara sıra (sosyal ortamlarda vb.) içen kişiler
- Yaşam boyu hiç sigara içmeyen (life-long non-smoker/never smoker):
- Sigarayı bırakmış olan (ex-smoker): Önceden sigara içmiş olup halen içmeyen kişiler

Ülkelerin tütün ürünleri kullanım alışkanlıkları değerlendirilirken 15 yaş üstü nüfus başına yıllık ortalama sigara tüketimleri veya paket yıl cinsinden bireylerin tütün ürünü kullanım miktarları belirlenebilmektedir. Tütün Atlası'nın verilerine göre 2016 yılında dünya genelinde 5,7 trilyon sigara tüketilmiştir. Söz konusu verilere göre her yıl 15 yaş ve üzeri kişi başı ortalama tüketilen tahmini sigara sayısı Bel Arus'ta 2 bin 911, Makedonya'da 2 bin 785, Belçika'da 2 bin 441, Çekya'da 2 bin 428, Rusya'da 2 bin 295, Suriye'de 2 bin 292 adetti. Son yıllarda sigara tüketiminde düşüş görülmeye başlansa da dünyada tüketilen her 5 sigaradan 2'si Çin'de içilmektedir. Türkiye'de ise 15 yaş ve üzeri kişi başına ortalama 1771 sigara içilmektedir. Türkiye'de bir yılda tüketilen sigara miktarı 2014'te 1500 ile 2500 arasında değişirken günde kişi başı sigara tüketim miktarı 4-7 sigaraya denk düşmektedir. Avrupa Birliği İstatistik Ofisi'nin 2024 yılında sonuçlarını açıkladığı araştırmalarda ise Türkiye'de kişi başı ortalama günlük sigara tüketim adedi sayısının 17,1 olduğu bu sayıyla Türkiye'nin Dünya ülkeleri arasında birinci sırada olduğu belirlenmiştir (19).

DSM5 tanı kriterlerine göre madde kullanım bozukluğu yapan 10 bağımlılık yapıcı madde kümesi belirlenmiş olup bu 10 madde kümesi içinde tütün ürünleri de yer almaktadır (20). Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılması El Kitabı'nın on birinci revizyonunda (ICD 11) madde kullanımına ve bağımlılık

davranışlarına bağlı bozukluklar, ağırlıklı olarak psikoaktif maddelerin kullanımı veya belirli tekrarlayan ödüllendirici ve pekiştirici davranışların bir sonucu olarak gelişen zihinsel ve davranışsal bozukluklar olarak tanımlanmaktadır (21).

2.1.3.Tütün Ürünlerinin İçeriği, Etki Mekanizması

Hem tütün hem de tütün dumanı, binlerce bileşikten oluşan çok karmaşık matrislerdir. Toplam 3044 bileşen tütünden ve 3996 bileşen sigaranın ana akım dumanından izole edilmektedir. Ana akım duman, üfleme sırasında sigaranın ağız ucunda salınan duman iken, yan akım dumanı, yanan koniden ve sigara kağıdından, çoğunlukla nefesler arasında salınan dumandır. Bugüne kadar yaklaşık 4000 ana akım duman bileşiği tanımlanmıştır ve bu bileşikler ana akım dumanın ağırlığının %95'inden fazlasını oluşturmaktadır (22). Tütün dumanı bileşenleri, kökenlerine bakılmaksızın, yani tütünün kendisinden mi yoksa tütün katkı maddelerinden, kâğıttan, filtreden mi yoksa sigaranın içine çekilen havadan mı geldiğine bakılmaksızın, dumanda bulunan tüm maddeleri ifade etmektedir.

Duman bileşenlerinin kalitatif bileşimi esas olarak ana akım duman, yan akım duman ve ikinci el tütün dumanında aynıdır ve bazen 'çevresel' tütün dumanı (havayla seyreltilmiş yan akım duman ve solunan ana akım duman karışımı) olarak adlandırılmaktadır.

Tütün ürünleri üretimi sırasında yapılan harmanlama işlemi, spesifik pH, tat, yanma özellikleri ve nikotin içeriği elde etmek için yapılmaktadır ve tütün karışımının türü, dumanın pH'ını, nikotin içeriğini ve toksisitesini önemli ölçüde etkilemektedir. pH, tütün dumanındaki serbest nikotin konsantrasyonunu güçlü bir şekilde etkilerken, nitrat içeriği dumanın kanserojen potansiyelini etkilemektedir. Tütün ürünlerinin içindeki katran bunlardan insan sağlığına zararlı etkileri bulunan maddelerden biridir. Sigaraların uzunluğu ve yanma hızları da duman verimini etkilemektedir. Daha hızlı bir yanma hızı, sigara başına ana akım dumanda daha düşük bir katran verimi ile sonuçlanmaktadır, çünkü yanma süresi nefes sayısını belirlemekte ve toplam katran iletimi her nefeste artmaktadır.

N. rustica'nın kanserojen TSNA oluşturma potansiyelinin son derece yüksek olması önemlidir. Kimyasal analitik tekniklerdeki ilerlemeler ve genotoksik çevresel

ajanlar hakkındaki bilgi birikiminin artmasıyla, tütün dumanında tespit edilen kanserojen madde sayısı 2000 yılına kadar 69'a çıkmıştır. 2000'li yıllarda keşfedilen tütün ürünleri içinde yer alan bu kanserojenler arasında 10 tür polinükleer aromatik hidrokarbon (PAH), altı heterosiklik hidrokarbon, dört uçucu hidrokarbon, üç nitrohidrokarbon, dört aromatik amin, sekiz N-heterosiklik amin 10 N-nitrozamin, iki aldehit, 10 çeşitli organik bileşik, dokuz inorganik bileşik ve üç fenolik bileşik bulunmaktadır.

2000 'li yıllara kadar IARC Grup 1 insan kanserojenleri olarak sınıflandırılan on bir bileşiğin (2-naftilamin, 4-aminobifenil, benzen, vinil klorür, etilen oksit, arsenik, berilyum, nikel bileşikleri, krom, kadmiyum ve polonyum-210) tütün ürünlerinin kullanımı sonucu ortaya çıkan ana akım dumanında mevcut olduğu bildirilmektedir (23). Son yapılan IARC çalışmalarına göre tütün ürünlerinin içerisinde 70'e yakın kanser yapıcı bileşik bulunmaktadır (24). Dumansız tütün ürünlerinin nikotin içeriği sigaraya göre daha yüksektir. CDC (Centers for Disease Control and Prevention) tarafından sık kullanılan dumansız tütün ürünlerinden alınan örneklerde yapılan analizlerde 1 gram dumansız tütün içinde 4,4- 25 mg nikotin bulunduğu bilinmektedir. Başka çalışmalarda da örneğin 1 gram nemlendirilmiş snuff içinde 4,7- 24,3 mg, kuru snuff içinde 10,5– 24,8 mg, 1 gram çiğneme tütününde ise 3,4 – 39,7 mg nikotin olduğu saptandı (25).

Nikotin, tütün ürünlerinin güçlü bağımlılık yapıcı etkisini oluşturan kilit kimyasal bileşendir. Güçlü bağımlılık yapıcı etkiler, beyindeki çok çeşitli nikotin reseptörlerinin değişik eylemleriyle kendilerini göstermektedir. Bağımlılık yapıcı maddelerde gözlenen pozitif pekiştirici etki nükleus akkumbensteki dopamin artışından kaynaklanmaktadır. Nikotinin pozitif pekiştirici özelliği ise nükleus akkumbensteki dopamin artışı yanı sıra opioid peptit artışı ile de ilgilidir. Nikotinin davranışlar üzerine olan etkileri, beyinde çok yaygın şekilde bulunan nikotinik asetilkolin reseptörlerini uyarılması sonucudur. Nikotin, mezokortikolimbik dopaminerjik nöronlar üzerindeki nikotinik asetilkolin reseptörlerini aktive hale getirmekte ve dopamin salınımına yol açmaktadır. Nikotin beyinde Locus coeruleus'tan norepinefrin salınımına sebebiyet vererek huzursuzluk ve arama davranışı gibi yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (26).

2.1.4.Dünya Geneline Tütün Kullanımı Prevalansı

Zararlı etkilerinin uzun yıllardır bilinmekte olduğu tütün ürünlerinin kullanım prevalansları farklı Dünya ülkelerinde farklı sosyoekonomik sınıf, sosyodemografik, ailesel, çevresel gibi faktörlerin yanında birçok sebebe bağlı olarak ulusal ve uluslararası düzeyde farklılıklar gösterebilmektedir.

Cinsiyete göre tütün kullanımına bakıldığında, erkekler arasında tütün kullanımı 2000 yılında en yüksek ortalama yaygınlık oranları Güneydoğu Asya Bölgesi'nde (%69) olup, bunu Batı Pasifik Bölgesi'nde (%51) izlemektedir. Bu iki bölge 2022'de hala en yüksek oranlara sahiptir ve her ikisi de %40'ın üzerindedir. Batı Pasifik Bölgesi, erkekler için tüm bölgeler arasında en düz eğilime sahiptir.

2000 yılında, DSÖ bölgesine göre kadınlar arasında en yüksek tütün kullanım yaygınlığı Güneydoğu Asya Bölgesi'nde %33'tür, ancak hızla azalan kullanım oranlarının 2022'de %10'un altına düştüğü bilinmektedir. 2022 yılında kadınlar arasında en yüksek yaygınlık Avrupa Bölgesi'nde (%18) görülmektedir. Güneydoğu Asya ve Amerika bölgeleri %10-11 civarında benzer yaygınlık seviyelerine sahiptir. Kadınlar arasında en düşük ortalama oranlar %2-4 ile Afrika Bölgesi, Doğu Akdeniz Bölgesi ve Batı Pasifik Bölgesi'nde görülmeye devam etmektedir.

Erkekler arasında bölge ortalamasındaki en iyi düşüş %29 ile Afrika Bölgesi'nde olup, bunu sırasıyla %26 ve %25 ile Güneydoğu Asya Bölgesi ve Amerika Bölgesi izlemektedir. Güneydoğu Asya Bölgesi'ndeki iyi azalma oranına rağmen, yaygınlık 2025 yılında %40'ın üzerinde olacaktır ve bu oran, azalmanın en yavaş olduğu Batı Pasifik Bölgesi'ndeki erkekler arasındaki yaygınlık kadar yüksektir.

Avrupa Bölgesi, kadınların tütün kullanımı açısından diğer beş bölgeden çok farklıdır. 2010'da ortalama %20,0 olan yaygınlığın 2025'te %18,2'ye düşerek çok az azalacağı tahmin edilmektedir .

Yaşa göre standardize edilmiş tütün kullanımı yaygınlık oranları tüm DSÖ bölgelerinde ortalama olarak düşmektedir. Mevcut veriler, NCD 2025'in tütün kullanımı yaygınlığında %30'luk bir azalma hedefine sadece iki DSÖ Bölgesinin ulaşabilecek yolda olduğunu göstermektedir: Afrika Bölgesi ve Güneydoğu Asya

Bölgesi. Amerika Bölgesi, iki yıl önce DSÖ tahminlerinin son turunda azalma hedefi yaklaşmak üzere olduğu görülmüyordu, ancak şimdi 2025 yılına kadar %27'lik bir nispi azalmaya doğru ilerlemektedir. Doğu Akdeniz Bölgesi %20'lik bir nispi azalma öngörmektedir (27) Avrupa Bölgesi %17 ve Batı Pasifik Bölgesi %13'lük nispi bir azalma öngörmektedir. Erkekler ve bölge ortalamaları arasında tütün kullanımındaki eğilimlere bakıldığında, DSÖ Bölgelerinin hiçbirisi %30'luk bir nispi azalma öngörmemektedir (27).

Tütün kullanım yaygınlığı, Dünya Bankası ülkelerinin tüm gelir gruplarında zaman içinde düşüş eğilimi göstermeye devam etmektedir. 2000 yılında, en yüksek ortalama oran düşük orta gelirli ülkeler arasında bulunmaktaydı, ancak 2022 yılına kadar bu oran, yaklaşık %21-22 ile yüksek ve üst orta gelirli ülkeler için olanlara esasen benzerdi. Düşük gelirli ülkeler, 2000-2022 dönemi boyunca en düşük ortalama yaygınlığı yaşadılar ve oranlar 2000 yılında %21'den 2022'de %12'ye düştü. Bu ülkelerin 2030 yılında %11'lik bir yaygınlık oranına ulaşacağı tahmin edilmektedir (28).

Erkekler arasında, üst ve alt orta gelirli ülkelerin 2030 yılında sırasıyla %35 ve %33 ile en yüksek ortalama yaygınlığa sahip olması beklenmektedir. Yaygınlıkları, bir grup olarak yüksek gelirli ülkeler (%24) ve düşük gelirli ülkeler (%19) oranlarından önemli ölçüde daha yüksek olacağı belirtilmektedir.

Kadınlar arasında, yüksek gelir grubu dışındaki tüm gelir gruplarında ortalama yaygınlık 2030 yılına kadar %5'in altına düşmesi beklenmektedir. Ortalama yaygınlık 2010 yılında %21 ile yüksek gelirli ülkelerde en yüksektir ve yüksek gelir grubunun 2030 yılında %15 ile hala en yüksek sırada yer alacağı tahmin edilmektedir. Kadınlar arasında yaygınlıktaki en büyük düşüş, ortalamanın 2010'da %15'ten 2022'de %7,5'e yarı yarıya düştüğü alt orta gelir grubunda görülmektedir. Küresel veri seti, 15 yaş ve üstü tüm kişilerin %20,9'unun 2022'de mevcut olarak bir tür tütün ürünü kullandığını göstermektedir (29).

Tüm bu tütün kullanıcılarının %80'i halen sigara içmekte olup, mevcut tütün içicilik prevalansı %16,7'dir. Tütün içenlerin %89'u sigara içen kişilerdir ve 15 yaş ve üzeri tüm kişiler arasında mevcut sigara içme yaygınlığı %15,0'dir. 2022 yılında 15 yaş ve üzeri erkekler arasında mevcut tütün kullanım yaygınlığı %34,4'tür. Bunların %83'ü

tütsülenmiş tütün ürünleri tükettiği bilinmektedir. Küresel yaygınlık %28,4'tür. Sigara içen erkek kullanıcılar en çok (%90) sigara kullanmakta olup, yaygınlık düzeyi %25,5'tir. Aynı yıl, aynı yaştaki kadınların %7,4'ü herhangi bir tütün türünü kullanmakta olduğu tespit edilmiştir. Erkeklerle karşılaştırıldığında, bu kadınların yaklaşık %5,1'i erkeklerden daha düşük bir oranla herhangi bir sigara tütününü kullanmaktadır (29).

Mevcut verilere dayanarak, dünyadaki yetişkinler arasında mevcut dumansız tütün kullanımının ortalama yaygınlığının erkekler arasında %6,3- %9,0 ve kadınlar arasında %3,5 olduğu tahmin edilmektedir. En yüksek kullanım oranları, erkeklerin %24,9'unun ve kadınların %11,8'inin ortalama olarak dumansız tütün ürünleri kullandığı Güneydoğu Asya Bölgesi'ndedir. En düşük ortalama oranlar Amerika Bölgesi'nde görülmektedir. Yetişkinlerin %1,2'si şu anda dumansız tütün kullanıcısıdır – erkeklerin %2,2'si ve kadınların %0,3'ü.

Dumansız tütün kullanımı, yetişkinlerin tahminen %5,4'ünün mevcut kullanıcı olduğu Doğu Akdeniz Bölgesi'ndeki erkekler arasında orta derecede yüksektir. 2000 yılında, 15 yaş ve üstü her altı kadından biri (%16,3) şu anda bir tür kullanıcı olduğu bildirilmektedir.

2025 yılında bu oranın %6,7'ye ve 2030 yılına kadar %5,7'ye düşmesi beklenmektedir. Öngörülen 2025 yaygınlığı (%6,7), %30 azaltma hedefini (%7,8) mutlak %1,1 oranında aşmaktadır. Mevcut verilere göre, 2021'de kadınlar arasında %30'luk bir azalma sağlandığı ve 2000 yılında, herhangi bir tütün türünü kullanan erkeklerin oranı, kadınların oranının üç katı çıktığı, 2022 yılına kadar erkeklerin oranı, kadınların oranının dört katından fazla olduğu bilinmektedir.

Küresel olarak, 15-24 yaş arası gençler arasında ortalama tütün ürünleri kullanım oranı 2000 yılında %20'nin biraz üzerinde, 2022'de yaklaşık %13'e yükselmiştir ve 2030'da %12'ye ulaşacağı tahmin edilmektedir. 15-24 yaş grubundaki erkekler arasında tütün kullanımı 2000 yılında %32,3 iken %21,8'e düşmüştür. 2030 yılında ise bu oranın %19,6 olacağı tahmin edilmektedir. Bu yaş grubundaki kadınlar arasında 2000 yılında %8,3'lük oranın 2022 yılına kadar %4,3'e düştüğü ve bunun 2030 yılına kadar %3,5'e düşmeye devam edeceği tahmin edilmektedir(27)

2000-2022 döneminde her yaş grubunda hem erkekler hem de kadınlar için tütün kullanımında istikrarlı bir düşüş olmuştur. Yaşa özel oranların 2030'a kadar düşmeye devam edeceği tahmin edilmektedir (30). Yaşa özel oranlar erkekler için 45-54 yaş grubunda zirve yapmaktadır. Tahmini kadınlar için öngörülen yaygınlık 55-64 yaş grubunda zirve yapmaktadır. Her yaş grubundaki mutlak yaygınlık düzeyleri erkekler için kadınlardan daha yüksek olmuştur (31)

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi kapsamında önlem alma ile tütün kullanma sıklığı arasındaki ilişki incelendiğinde ülkelerin beş temel önlemi (tütün ürünlerinde vergilerin artırılması; bireylerin tütün dumanından korunması; sağlık uyarılarının yapılması; tütün reklamı, promosyonu ve sponsorluğunun önlenmesi (32); ve bırakma desteğinin sağlanması) kullanmasının, bu ülkelerde 2005'ten 2015'e kadar tütün ve tütün ürünü kullanım sıklığında meydana getirdiği değişim temel önlemleri uygulayan ülkelerde, kullanım sıklığında azalma yönünde olmuştur (33). Diğer yandan, kullanılan müdahale sayısı arttıkça en yüksek düzeyde uygulanan her ek önlemin, kullanım sıklığında %1,57'lik bir azalmaya yol açtığı bulunmuştur (34).

Hali hazırda tüm MPOWER tedbirlerini tam olarak benimseyen Türkiye ve Brezilya gibi ülkelerde toplamda 300 milyon kişinin söz konusu önlemlerle korunduğu varsayılmaktadır (World Health Organization, 2021). En az bir tam MPOWER önlemi uygulanan ülkelerde yaşayan 5 milyar kişi bulunmakta, bunların 3,9 milyarı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (World Health Organization, 2021) (35). Dünya genelinde 1,3 milyar tütün kullanıcısının yüzde 80'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır.

Tütünün küresel düzeyde sağlık bakımı harcamalarına etkisi konusundaki bilgiler ülkemizde tam hesaplanmış olmamakla beraber 2008 yılında Dünya Sağlık Örgütünün yayınladığı M Powers raporuna göre tütün ürünleri kullanımının sağlık bakım harcamaları açısından maliyetinin diğer ülkelerde oldukça yüksek olduğu bilinmektedir. ABD'de tütüne bağlı sağlık bakım harcamalarının yıllık maliyeti 81 milyar dolar, Almanya'da 7 milyar, Avustralya'da da 1 milyar dolar kadardır. Dünya çapında yaklaşık 780 milyon insanın sigarayı bırakmak istediği bilinmekte, ancak bunların yalnızca %30'u bunu yapmalarına yardımcı olabilecek araçlara erişebilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı rapora göre tütün ürünleri kullanımının 2030 yılına kadar 175 milyondan fazla insanın ölümüne yol açacağı öngörülmektedir. DSÖ 2018 raporuna göre ise bu rakamın çok daha fazla olduğu belirtilmektedir. Dünya çapında tütün, her yıl 8 milyondan fazla kişinin ölümüne neden olmakta ve bu ölümlerin 7 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımından, yaklaşık 1,2 milyonu ise sigara içmeyen ancak tütün dumanına maruz kalınmasından kaynaklanmaktadır (36).

2.1.5.Türkiye Geneline Tütün Kullanımı Prevalansı

Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı Raporuna göre; Türkiye’de ülkemizde en çok görülen ölüme neden olan kanserler arasında yer alan trakea, bronş, akciğer kanserine bağlı ölümler 2002 yılında %42,2 iken 2017 yılına geldiğinde trake bronş, akciğere bağlı ölümlerin %14 yakın bir artışla %56,7 olduğu, kolorektal, mesane kanserine bağlı ölümlerde de ise 2002 yılına göre 2017 yılında %14 e yakın bir artış olduğu belirtilmektedir (37). DSÖ 2023 yılında yayınladığı rapora göre Türkiye’de her geçen gün, tütün ürünleri kullanımına bağlı gerçekleşen hastalıklar ve ölümlerin sayısı artmaktadır (38).

Trakea, akciğer, bronş, mesane, kolorektal kanserlerin önemli sebeplerin biri olan tütün ürünleri kullanımının yıllar sonra bile birçok hastalığın sebebi olduğu, hastalıklara ve kansere bağlı ölümleri arttığı düşünüldüğünde tütün ürünleri kullanımı prevalansının yüksek olması ülkemizdeki ve dünya ülkelerinde önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. 2003 yılında Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Projesi, Hastalık Yükü Final Raporuna göre Türkiye’de tütün kullanımının %42 ‘nin üzerinde olduğu, GATS (Global Adult Tobacco Survey) verilerine göre 2016 yılında tütün kullanımının erkeklerde %44,1 kadınlarda %19,2 olduğu toplamda ise tütün kullanımının %31,6 olduğu belirtilmektedir. GATS (Global Adult Tobacco Survey) verilerine göre 2019 yılına gelindiğinde tütün kullanımının 15 yaş üstü erkek nüfusta %44,8, kadınlarda %18,1 toplamda tütün kullanımının ise %31,4 olduğu belirtilmektedir (39). Türkiye İstatistik Kurumunun yayınladığı veriye göre Türkiye’de her gün tütün ürünleri kullanan 15 yaş ve üzeri bireylerin prevalansı 2016 yılında %26,5 iken 2019 yılında artarak %28,0 olmuştur. Her gün tütün ürünleri kullanımı prevalansı erkeklerde %41,3, kadınlarda ise %14,9 olduğu tespit edilmiştir. Tütün ürünleri kullanmayan bireylerin (bırakanlar ve hiç kullanmayanlar) oranı ise 2016 yılında %69,4 iken 2019 yılında

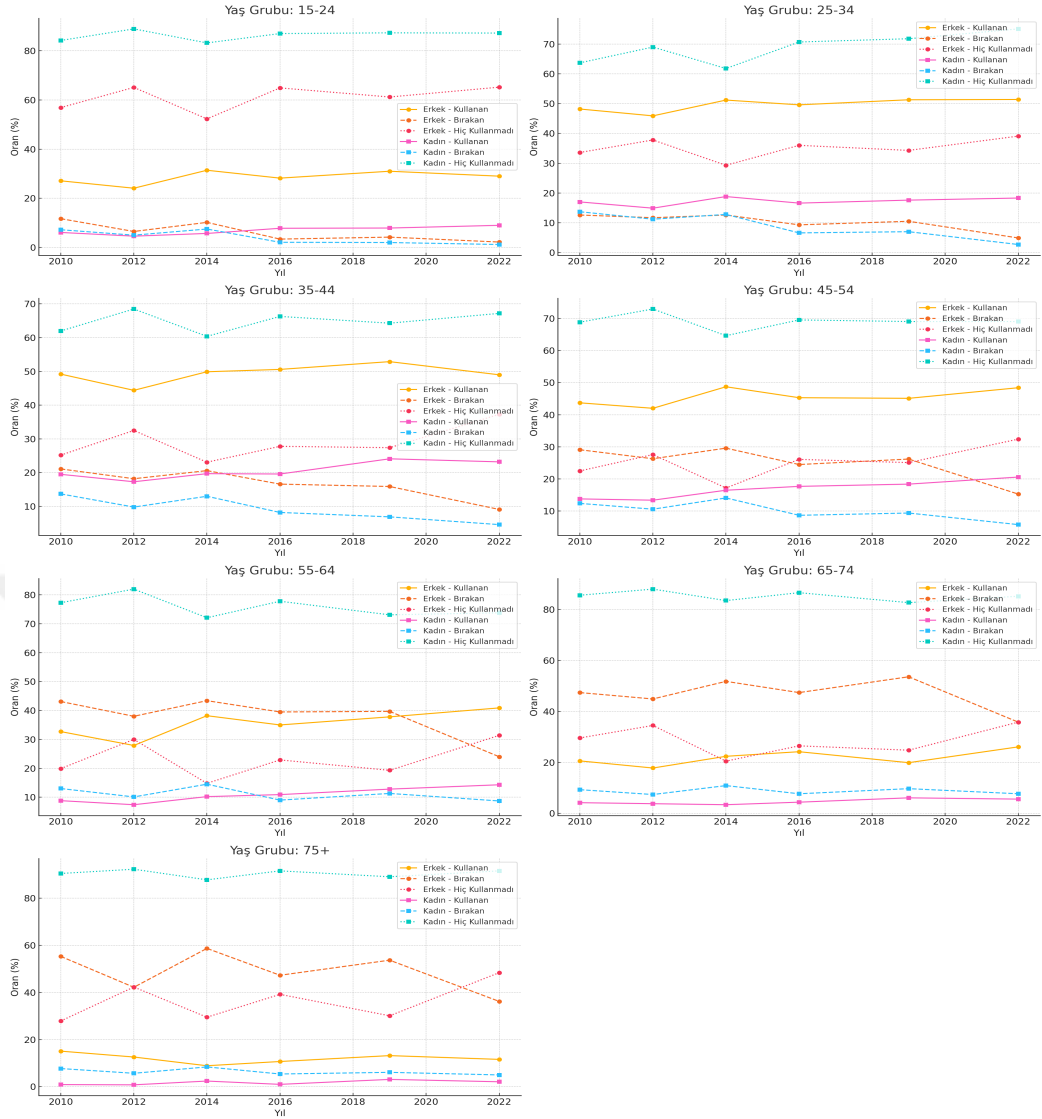
azalarak %68,7 olmuştur. Yaş gruplarına göre incelendiğinde en çok tütün ürünleri kullanan bireyler %42,8 ile 35-44 yaş grubunda yer almaktadır (40). 2022 yılına gelindiğinde tütün ürünleri kullanımının 15 yaş üstü erkek nüfusta %41,8 olduğu, kadınlarda ise bu oranın %15,5 olduğu toplamda Türkiye’de tütün ürünleri kullanımı prevalansının ise %28,3 olduğu belirtilmektedir (41).

Trabzon ilinde üniversite öğrencilerinde 2022 yılında Bostan ve ark. tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada tütün ürünleri kullanım prevalansının %26,2-%33,5 aralığında olduğu belirtilmektedir (42). Ülkemiz tütün kullanımı prevalansı açısından 164 ülke arasından tütün ürünleri kullanımı prevalansı en yüksek ilk 30 ülke içindedir ve Türkiye Dünya ülkeleri arasında tütün ürünleri kullanımında 21. sıradadır (43).

Tablo 1. Türkiye’de 1988-2019 Yılları Tütün Ürünleri Kullanımı Prevalansı Çalışmaları

Araştırma Adı	Yıl	Yaş Grubu	Toplam (%)	Erkek Prevalansı (%)	Kadın Prevalansı (%)
PIAR (1988)(44)	1988	>15 Yaş	43.6	62.8	24.3
TEKHARF (1990) (45)	1990	>30 Yaş	>50	55.9	15.3
TEKHARF (2003)(46)	2003	>30 Yaş	-	45.8	17.6
KYTA (2008)(47)	2008		31.2	47.9	15.2
TEKHARF (2017)(48)	2017	>20 Yaş	-	32.7	6.6
TBSA (2019)(49)	2019	>15 Yaş	28.0	41.3	14.9

Türkiye’de 1988-2008 yılları arasında çalışmalar incelendiğinde PIAR 1988 araştırmasında 15 yaş üzeri nüfusta tütün ürünleri kullanımı %43,6 saptanmıştır (44). TEKHFARF 1990 yılı 15 yaş üzeri nüfusta tütün ürünleri kullanımı erkeklerde %55,9, kadınlarda %15,3 saptanmıştır (45). TEKHFARF 2003 yılı 15 yaş üzeri nüfusta tütün ürünleri kullanımı erkeklerden %45,8, kadınlarda %17,6 saptanmıştır (46). Türkiye’de 2008-2025 yılları arasında çalışmalar incelendiğinde 2008 yılında Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasına göre tüm popülasyonda tütün ürünleri kullanma prevalansı %31,2, erkeklerde %47,9, kadınlarda %15,2 bulunmuştur (47). 2017 TEKHFARF çalışmasında ise erkeklerde tütün ürünleri kullanma prevalansı %32,7, kadınlarda %6,6’dır (48). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2019 sonuçlarına göre 15 yaş üzeri nüfusta tütün ürünleri kullanımı prevalansı %28,0, erkeklerde %41,3, kadınlarda ise %14,9’dur (49).



Şekil 1. 2010-2022 Yıllarında Yaş ve Cinsiyete Göre Tütün Ürünleri Kullanma, Bırakma ve Yaşamı Boyunca Hiç Kullanmama Prevalansının Değişimi (50,51)

2010-2022 yıllarında yaş ve cinsiyete göre tütün ürünleri kullanma, bırakma ve yaşamı boyunca hiç kullanmama prevalansının değişimi Şekil 1’de gösterilmiştir (50). Erkeklerde her gün kullanım oranı oldukça yüksek ve zamanla stabil seyretmekteyken bırakma oranının 2010’da %23 iken 2022’de %13’e düştüğü görülmektedir. Kadınlarda tütün ürünleri kullanım oranı zamanla artarak %12,3 → %15,5 yükseldiği görülmektedir (51). Bırakma oranı belirgin şekilde azalmış ve %11,5 → %4,7’ye düşmüştür. Bu grafik, bırakma davranışının her iki cinsiyette de zaman içinde azaldığını; buna karşın kadınlarda kullanım oranının arttığını açıkça ortaya koymaktadır.

2.1.6.Tütün Ürünlerinin Kullanımının Yol Açtığı Sağlık ve Psikososyal Sorunlar

Dünya çapında tütün, her yıl 8 milyondan fazla kişinin ölümüne neden olmaktadır. Bu ölümlerin 7 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımından, yaklaşık 1,2 milyonu ise sigara içmeyen ancak tütün dumanına maruz kalınmasından kaynaklanmaktadır (52). DSÖ'nün verilerine göre, Türkiye'deki ölümlerin erkeklerde yüzde 31'i, kadınlarda ise yüzde 12'si tütün kullanımına bağlı hastalıklar yüzünden gerçekleşmektedir. Tütün kullanımından dolayı her yıl yaklaşık 83 bin kişinin hayatını kaybettiği Türkiye'de, 252 bin çocuk ise maruz kaldığı dumandan dolayı ölmektedir (53).

Tütün kullanımı, bireyin sağlığını, aile hayatını toplumun güvenliğini ve ekonomiyi de olumsuz yönde etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Eğitim, sağlık, ekonomi, sosyal ilişkiler, damgalanma, duygusal ve psikiyatrik sorunlar gibi psikososyal boyutta birçok soruna neden olmaktadır.

Tütün dumanı, 70'inin kanserojen olduğu bilinen 5000'e yakın kimyasal madde içermektedir. Tütün kullanımına bağlı kanserlerin başında akciğer kanseri gelmektedir (54). Sigara içmek hem erkekler hem de kadınlar için kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedeni olan tüm akciğer kanseri vakalarının yaklaşık yüzde 80 ila 90'ı ile bağlantılıdır ve bu hastalıktan kaynaklanan ölümlerin kabaca yüzde 80'inden sorumludur. Sigara içmek akciğer kanseri riskini beş ila on kat artırır ve çok sigara içenler arasında daha fazla risk vardır. Sigara ayrıca ağız, yutak, gırtlak, yemek borusu, mide, pankreas, serviks, böbrek ve mesane kanserlerinin yanı sıra akut miyeloid kanserler ile ilişkilidir. Dumansız tütün farinks, yemek borusu, mide ve akciğer kanserinin yanı sıra kolorektal kanserle ilişkilendirilmektedir.

Küresel Hastalık Yüğü çalışmasına göre doğrudan tütün ve ürünleri kullanımı ve dolaylı olarak tütün ürünleri dumanına maruziyet nedeniyle her yıl 9,2 milyon ölüm gerçekleşmektedir. Küresel olarak, 2019'da sigaraya atfedilebilecek tahminen 2,5 milyon kansere bağlı ölüm (%95 UI: 2,3 ila 2,7) ve 56,4 milyon DALY (51,3 ila 61,7) meydana gelmektedir (55).

Sigaranın kansere ek olarak kronik bronşit ve amfizem gibi akciğer hastalıklarına neden olduğu, yetişkinlerde ve çocuklarda astım semptomlarını şiddetlendirdiği

bilinmektedir. Sigara içmek, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) için en önemli risk faktörüdür. Sigara içmek ayrıca inme, kalp krizi, damar hastalığı ve anevrizma dahil olmak üzere kardiyovasküler hastalıkların riskini önemli ölçüde artırır.

Kardiyovasküler hastalık, sigaraya bağlı tüm ölümlerin yüzde 40'ından sorumludur. Sigara içmek, Amerika Birleşik Devletleri'nde önde gelen ölüm nedeni olan koroner kalp hastalığına neden olmaktadır.

Sigara içmek aynı zamanda romatoid artrit, iltihaplanma ve bozulmuş bağışıklık fonksiyonu dahil olmak üzere diğer birçok önemli sağlık durumuyla da bağlantılıdır . Popülasyonun bir kesitine göre, 26 ila 41 yaşları arasındaki genç sigara içenler bile sigara içmeyen akranlarına kıyasla sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin düştüğü bildirilmektedir. (56). Beynin nikotin alımında aktif olan kısmı, potansiyel olarak sigara içmeyi Tip 2 Diyabet geliştirme riskiyle ilişkilendirilmektedir.

Tütün ve ürünlerinin yol açtığı hastalıklar insanların acılar çekmesine ve üretken yıllarının boşa geçmesine neden olmaktadır (57). Ayrıca, tütün kullanımı, ücret kaybına, azalan verimliliğe ve sağlık giderlerinin artmasına yol açtığından ailelere ve ülkelere ekonomik zarar vermektedir. Benzer şekilde madde, alkol bağımlılığı, bireyin sağlığını, aile hayatını toplumun güvenliğini ve ekonomiyi de olumsuz yönde etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur (58).

Alkol ve tütün başta olmak üzere madde bağımlılığı; eğitim, ekonomi, sosyal ilişkiler, damgalanma, duygusal ve psikiyatrik sorunlar gibi psikososyal boyutta birçok soruna neden olmaktadır (59).

Depresyon, intihar riski, kaygı, panik atak, uyku sorunları, ruhsal travma, dikkat eksikliği, hiperaktivite, düşünmeden hareket etmek, öfke kontrol problemi, kendine zarar verme davranışları; tütün ve ürünleri, alkol, madde kullanımına eşlik eden en yaygın problemlerdir (60). İkinci el duman, önemli bir halk sağlığı sorunudur ve dumansız politikaların itici gücüdür. Pasif veya ikincil duman olarak da adlandırılan ikinci el duman, birçok hastalık riskini artırmaktadır.

Sigara içmeyenler arasında çevresel tütün dumanına maruz kalma, akciğer kanseri riskini yaklaşık yüzde 20 artırmaktadır. İkinci el dumanın Amerika Birleşik

Devletleri'nde yılda yaklaşık 53.800 ölüme neden olduğu tahmin edilmektedir. Evde tütün dumanına maruz kalmak da çocuklarda astım için bir risk faktörüdür.

Sigara içmek ayrıca, sigara içilen yüzeylerde, dumanın kendisi ortamdan temizlendikten sonra da uzun süre devam edebilen kimyasal kalıntılar bırakmaktadır. "Üçüncü el duman" olarak bilinen bu fenomen, özellikle bu artıkların açığa çıkardığı dumanları solumakla kalmayan, ayrıca zeminde süründükten veya duvarlara ve mobilyalara dokunduktan sonra ellerine bulaşan kalıntıları da yutan çocuklar için potansiyel bir tehlike olarak giderek daha fazla kabul görmektedir. Üçüncü el dumana maruz kalmanın hiperaktivite ve karaciğer ve akciğerler üzerindeki olumsuz etkileri de dahil olmak üzere çeşitli davranışsal ve fiziksel sağlık etkilerine sahip olduğunu göstermektedir.

İkinci el duman ve hamilelik sırasında sigara içmek, aşağıdakiler de dahil olmak üzere bir dizi kötü doğum sonucuyla bağlantılı olduğu belirtilmektedir: Düşük doğum ağırlığı ve erken doğum, gelişim anomalileri, plasental problemler, ölü doğum riskinde artış, düşük yapma riskinde artışa yol açmaktadır. Çocuklar arasındaki sağlık ve gelişimsel sonuçlar da doğum öncesi dumana maruz kalmayla ilişkilendirilmektedir. Zayıf akciğer fonksiyonu, inatçı hırıltı ve astım, şaşılık, kırma kusurları ve retinopati gibi görsel zorluklara neden olmaktadır (61).

2.1.7.Tütün Kullanımı ile İlişkili Faktörler

Bağımlılık sürecine etki eden çok sayıda faktör vardır. Kişinin genetik yapısı, cinsiyeti, var olan ruhsal hastalıkları, dürtüsellik ve yenilik arama gibi kişilik özellikleri, yaşadığı çevre, kaotik ev ortamı, ailede ebeveynlerin madde kullanımı olması, uygun ebeveyn denetiminin eksikliği, çocukluk çağında olumsuz yaşantılar, arkadaşların etkisi, maddeyi erken yaşta kullanmaya başlamak ve maddenin kendisine bağlı özellikler bağımlılığın gelişimini etkilemektedir (62).

Bağımlıların sigarayı bırakma sürecinde sağlık davranışının değişimine etki eden faktörler olarak yaşadığı olumlu ve olumsuz duyguların sağlık, ekonomik durum, sağlık sorunlarının yaşanması, sağlığa zararlı etkilerini bilme yer almaktayken aileden biri veya arkadaş ölümü, göç, anne baba geçimsizliği, aile içi stres faktörleri, afetler, bulunan tıbbi bir hastalık, aile üyelerinden herhangi birinde hastalık, anne baba veya

aile üyelerinden birinde madde bağımlılığı, ekonomik sorunlar, anne veya babada psikiyatrik rahatsızlık gibi durumlar sayılabilmektedir (63).

Sosyal çevre özellikleri, genetik yatkınlık, kişinin yaş evresi, cinsiyet, ailesel etkenler, kişilik özellikleri ve yapısı, davranış bozuklukları, ekonomik problemler, geçmiş olumsuz yaşantı deneyimi, travma, çalışma durumu, inanç sahibi olma, alkol ve sigara kullanımı ve ayrılmış, dağılmış aileler gibi etkenler kişinin bir nesneye veya maddeye bağımlı olmasını etkileyebilecek risk faktörleridir (64). Gençler arasında tütün kullanımının yaygınlığının yüksek olması, erken yaşta tütün ürünlerine başlama ve tütün kullanımının önemli sosyal etkilerine karşı kapsamlı halk sağlığı stratejilerine bir ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Hedeflenen eğitim, tütün erişilebilirliğinin azaltılması ve sosyal normları ve tutumları değiştirmek için programlar çok önemlidir (65).

Haftalık harcamalar da tütün kullanımıyla bağlantılıdır ve daha yüksek harcamalar, bu artış sadece sigara içenleri değil, aynı zamanda ailelerini de etkileyebilmektedir. Sağlık harcamaları gençler arasında tütün erişilebilirliği ve tüketiminde ekonomik faktörlerin oynadığı bir rol olduğunu göstermektedir. Bu sorunun hafifletilmesine yardımcı olmak için, öğrencilerin tütün ürünleri için yaptıkları harcamalarını azaltmak veya tütün fiyatını artırmak için stratejiler geliştirilmelidir. Araştırmalar, tütün ürünlerinin fiyatlarının artırılmasının gençler arasında sigara kullanımını azaltmak için en etkili önlemlerden biri olduğunu göstermektedir. Tütün kaynaklı hastalıklar ve tütünle ilgili sağlık sorunlarının yükünün en belirgin olduğu ülkeler orta gelirli ülkeler olmaktadır. 2020'de tütün, önemli bir cinsiyet eşitsizliği ile kadınların %7,8'ine kıyasla erkeklerin %36,7'si olmak üzere küresel nüfusun %22,3'ü tarafından kullanılmaktadır (66). Suudi hükümetinin toplam tütün vergilerinde %73,8'lik bir artış uygulamasına rağmen, tütün ürünlerine uygulanan vergilendirme oranları, tütün ürünlerinin vergilendirilmesi oranlarının Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından önerilen eşiğin altında kalmaktadır (67). Bu durum sigarayı bırakmayı teşvik eden ve tütün kullanımının sosyal kabul edilebilirliğini azaltan destekleyici bir ortamın teşvik edilmesinin önemini vurgulanmalıdır. Sigara karşıtı kampanyalara aile ve toplum katılımı bu normların değiştirilmesine yardımcı olabilmektedir. Gençleri daha sağlıklı seçimler yapmaları için desteklenmesi, tütünü bırakma veya tütünden kaçınma kolaylığını yansıtan algılanan davranışsal kontrolde tütün kullanımı ile önemli ölçüde ilişkilendirilmektedir.

Yetenekleri üzerinde daha fazla kontrole sahip olduklarına inanan öğrenciler tütünden kaçındıkları için kullanma olasılığı daha düşük olmaktadır. Öz-yeterliliği artıran veya yeniden yönlendiren programların ve akran baskısına ve tütün kullanımına direnmek için başa çıkma stratejileri faydalı olabilir. Gençleri tütünün bağımlılık yapıcı özellikleri konusunda eğitmek ve bırakmanın zorlukları konusunda algılanan kontrollerini gerçeklikle uyumlu hale getirmeye yardımcı olabilir, böylece tütün kullanımları azaltılabilir. Davranışsal niyetlerin bireyin tütün kullanımı ve bağımlılığı başa çıkmasında önemli rol oynamaktadır. Gençlerin tütün kullanımıyla ilgili kişisel hedefler belirlemelerine ve bu hedeflere bağlı kalmalarına yardımcı olan programlar, gelecekteki başlamaları önleyebilmektedir ve mevcut kullanıcıları bırakma konusunda destekleyebilmektedir (68).

2.1.8.Tütün Kontrolü İçin Dünya’da ve Türkiye’deki Uygulamalar

Tütün ürünü kullanımını bırakmak, özellikle pandeminin bir sonucu olarak ortaya çıkan ek sosyal ve ekonomik stresler nedeniyle zorlaşmaktadır. Dünya çapında yaklaşık 780 milyon insanın bırakmak istediği bilinmekte, ancak bunların yalnızca %30’u bunu yapmalarına yardımcı olabilecek araçlara erişebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tütün bağımlılığından kurtulmak isteyen en az 100 milyon insanı destekleyeceğini bildirmektedir.

Türkiye’de ise ilk kez 1996’da Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Yasa (No: 4207) yürürlüğe girmiştir. DSÖ’nün 2003’te 56. Dünya Sağlık Asamblesi’nde kabul ettiği, 171 ülkenin taraf olduğu Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS), 2004’te Sağlık Bakanlığı tarafından imzalanarak TBMM’de kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. TKÇS kapsamında, 2006’da Ulusal Tütün Kontrol Programı hazırlanmıştır. Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Yasa 2008’de güçlendirilerek Temmuz 2009’da tüm kapalı alanların dumansız hale getirilmesi hedeflenmiştir. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün ilk ve tek Sözleşme metni olan bu düzenleme DSÖ’nün tütün kontrolü konusuna verdiği öneme işaret etmektedir. Çerçeve Sözleşmesi tütün kullanımını azaltmaya yönelik düzenlemeleri esas olarak iki ana başlık halinde ifade etmektedir. Bunlardan birincisi tütüne olan talebin azaltılmasına yönelik önlemler, ikincisi de tütün arzının azaltılmasına yönelik önlemlerdir.

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi 2004 yılında TBMM tarafından onaylanarak Türkiye'nin iç mevzuatı haline gelmiştir. Çerçeve Sözleşmenin kabul edilmesinden beş yıl sonra DSÖ tarafından bu konuda ülkelere yol gösterici rehber niteliğinde MPOWER paketi yayınlanmıştır. DSÖ tarafından geliştirilen MPOWER, tütün kontrolünde en etkili 6 politika ele alınmaktadır (69):

- (M) salgını ve koruyucu uygulamaları titizlikle izlemek
- (P) toplumları pasif sigara dumanı etkisinden korumak
- (O) sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek
- (W) herkesi sigaranın tehlikeleri konusunda uyarmak
- (E) reklam, tanıtım ve sponsorluğu yasaklamak
- (R) vergileri ve fiyatı artırmak

Tütün kontrolünde başarılı geniş kapsamlı bir program yürütülmesi için öncelikle durum analizi ve değerlendirmesi yapılmalıdır. Bu aşamada tütün kontrolü ile ilgili yasal altyapı, toplumun tütün kullanımı ve tütün kontrolü konusundaki tutum ile davranışı, bu konuda destek alınabilecek kaynaklar değerlendirilmelidir.

İkinci aşamada tütün kontrolü konusunda bir politika belirlenmelidir. Bunun için öncelikle yasal altyapı hazırlanmalı veya var olan mevzuat güncellenmelidir. Ayrıca yasanın uygulanması denetlenmeli, uygulamanın yaygınlaştırılmasına çalışılmalı, tütün satış noktaları kontrol altına alınmalı, satış kurallarına uymayanların satış lisansı iptal edilmeli, sağlık ve eğitim kuruluşları ile çocuk parkları başta olmak üzere resmi binaların belirli mesafesinde tütün kullanımı yasaklanmalı, sonuç olarak toplumda sigara karşıtı bir ortam yaratılmalıdır.

Üçüncü aşama olan sosyal pazarlama aşamasında çeşitli medya organlarında sigara karşıtı güçlü mesajlar verilmeli, sigarasız olarak (oyun, eğlence, festival, gösteri vb.) çeşitli etkinlikler yapılmalı, bu konularda yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşları ile iş birliği yapılmalı, sağlık kuruluşlarında sigara bırakma hizmeti arttırılmalı ve bu durum yaygın şekilde duyurulmalıdır.

Son aşamada da bütün bu çalışmaların sonuçlarının değerlendirilmesi yapılmalı ve elde edilen sonuçlar toplumla paylaşılmalıdır. Türkiye'de 1996 yılında çıkarılan tütün kontrolü yasası 2008 yılında yenilenmiştir ve ikram sektörü işyerleri dahil olmak

üzere bütün kapalı yerlerde tütün ürünleri içilmesi yasaklanmıştır. Bu değişikliğe ikram sektöründen tepkiler geleceği dikkate alınarak yoğun bir medya kampanyası yürütülmüştür. Başlangıçta kapalı mekanların sigara dumanından arındırılmasının yararlarının konu edildiği yayınlar yapılmıştır, zaman içinde sigara içilmesinin zararları ve bırakmanın yararlarının anlatıldığı programlar yayına girmiştir. Bu çalışmaların yapılmasında yasanın bütün televizyon kanallarına ayda 90 dakika süre ile sigaranın zararları ve sigara içmemenin yararları konusunda yayın yapma yükümlülüğü veren maddesi olanak sağlamıştır. Bu yayınların sonucunda toplumda sigara karşıtı bir tutum gelişmesi sağlanmıştır. Çeşitli çalışmalarda ve Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasında toplumun %90'ından fazlasında bu yönde bir tutum olduğu ortaya konmuştur. İnsanları pasif sigara dumanının etkilerinden korumanın kanıtlanmış tek yolu, tamamen dumansız ortamlar yaratmaktır (70).

Dumansız ortamlar sigara içmeyenleri korumanın yanında, içenlerin de bırakmasına yardım eder. Sağlık ve eğitim kurumları, işyerleri, restoran ve barlar dahil kapalı alanlarda tamamen dumansız bir ortam için yasa çıkarılmıştır ve uygulanmaya başlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yönlendirdiği uluslararası çabalar neticesinde, 168 imzanın yer aldığı ve 160'tan fazla ülkenin taraf olduğu Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) ülkemizde de hızla uygulanmaya girmiştir. Düzenlemeleri uygulayan yüksek gelirli ülkelerde dumansız kamusal alanlar ve işyerleri, tütün tüketimini %3–4'e kadar azalttığı belirtilmektedir. Bunun yanı sıra sigara içilemeyen işyerlerinde çalışanlar sigarayı bırakmada, sigara içilebilen işyerinde çalışan kişilere göre iki kat daha başarılı bulunmaktadır.

126 ülkeyi kapsayan bir araştırmada, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi kapsamında önlem alma ile tütün kullanma sıklığı arasındaki ilişki incelendiğinde ülkelerin beş temel önlemi (tütün ürünlerinde vergilerin artırılması; bireylerin tütün dumanından korunması; sağlık uyarılarının yapılması; tütün reklamı, promosyonu ve sponsorluğunun önlenmesi; ve bırakma desteğinin sağlanması) kullanmasının, temel önlemleri uygulayan ülkelerde 2005'ten 2015'e kadar tütün ürünleri kullanım sıklığında meydana getirdiği değişim azalma yönünde olmuştur. Diğer yandan, kullanılan müdahale sayısı arttıkça en yüksek düzeyde uygulanan her ek önlemin, kullanım sıklığında %1,57'lik bir azalmaya yol açtığı belirtilmektedir (35). Hali hazırda tüm

MPOWER tedbirlerini tam olarak benimseyen Türkiye ve Brezilya gibi ülkelerde toplamda 300 milyon kişinin söz konusu önlemlerle korunduğu varsayılmaktadır.

En az bir tam MPOWER önlemi uygulanan ülkelerde yaşayan 5 milyar kişi bulunmakta, bunların 3,9 milyarı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. 2008 yılında Dünya Sağlık Örgütünün yayınladığı M Powers raporuna göre tütün ürünleri kullanımının küresel düzeyde sağlık bakım maliyetinin yüksek olduğu bilinmektedir. ABD’de tütüne bağlı sağlık bakımının yıllık maliyeti 81 milyar dolar, Almanya’da 7 milyar, Avustralya’da da 1 milyar dolar kadar olduğu bildirilmektedir (71). (World Health Organization, 2021).

Bilinmektedir ki tütün ürünlerinin kullanımının ve bağımlılığının insan ve çevre sağlığına verdiği zararlar ekonomiye verdiği zararlardan kat ve kat fazla olmaktadır. Ekonomiye verdiği zararla mücadele etmenin yanı sıra asıl önemli husus insan sağlığına ve çevre sağlığına verdiği zararları önlemek için bireysel, toplumsal, kurumsal ve ulusal düzeyde tütün bağımlılığıyla mücadele etme kararlığında olmamızdır.

2.1.9.Türkiye’de Tütün Kontrolü İçin Yasal Mevzuat

Ülkemizde 2008 yılı itibariyle 4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda değişiklik yapılmıştır (72). TBMM’de 3.1.2008 tarihinde kabul edilen 5727 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun gereği kapalı mekânlarda tütün ürünlerinin tüketilmesi yasaklanmıştır (73).

4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun, 3/1/2002 tarihli ve 4733 sayılı Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun ile 8/12/2004 tarihli ve 2004/8235 sayılı Bakanlar Kurulu Kararıyla yürürlüğe konulan Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesine dayanılarak hazırlanmıştır (74). TKÇS rehberliğinde hazırlanan “Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı 2008-2012” hazırlanmış ve programın uygulanması için tüm illerde “İl Tütün Kontrol Kurulları” oluşturulmuştur. 5727 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” 2008 yılında kabul edilmesiyle ikamet edilen konutlar dışında kapalı alanlarda tütün ürünü kullanımı yasaklanmıştır (75).

Ülkemiz DSÖ'nün Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi kapsamında politika paketini başarılı bir şekilde uygulamış ve bunun sonucunda MPOWER önlemlerini en yüksek başarı düzeyinde tam olarak uygulayan iki ülkeden biri olmuştur. Ülkemiz 2004 yılında Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini imzalanmıştır. Bu sözleşmenin maddeleri dikkate alınarak Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planları hazırlanmıştır. İlk eylem planı 2008-2012 dönemleri için, ikinci eylem planı 2015-2018, 2018-2023, en son uygulanan eylem planı ise 2024-2028 yıllarını kapsayacak şekilde hazırlanmıştır (76). Ülkemizde tütün ürünleri ciddi rahatsızlıklara sebep olabilmesi ve bağımlılık yapma riski dolayısıyla Sağlık Bakanlığından izin alınmadığı sürece tütün ürünlerinin satışının yasaklanması ve özendirici olması dolayısıyla her türlü kullanımına özendirmek için yapılan reklam tanıtım, pazarlama faaliyeti yasaktır. Benzer şekilde tütün ürünleri olarak sınıflandırılan sigara, sarmalık kıyılmış tütün mamulü, pipoluk tütün mamulü, nargilelik tütün mamulü, puro ve sigarillo haricindeki tütün mamulleri ile ısıtılarak ya da yakılarak tüketilenler ve nikotin içersin ya da içermesin tütün mamulünü taklit eder tarzda kullanılan elektronik sigara ve elektronik nargile dâhil her türlü mamul ve bu mamullerin tüketiminde kullanılan elektronik cihaz, aksam, yedek parça ve solüsyonlarının ithali de yasaktır. Tütün kontrolünün sağlanması ve tütün ürünleriyle ilgili mücadelede ülkeler ve ülkemiz bilinen ek olarak yeni yaklaşımlar geliştirme çabasındadırlar. Sadece tütün ürünlerine yeni başlayanlara değil, tütün ürünleri kullanıcılarının mevcut tütün ürünleri kullanımını bıraktırma yolunda da müdahaleler geliştirmektedirler ve sosyal alan ve işyerlerinde tütün kontrolüne yönelik önlemler tedbirlerin uygulanması için yasal düzenlemeler yapmaktadırlar.

Ülkemizde 4207 sayılı yasayla birlikte kamu ve özel hukuk kişilerine ait tüm binaların kapalı alanları toplu taşıma araçları, eğitim kurumlarının, dershanelerin, kültür ve sosyal hizmet binalarının kapalı alanları ile açık alanları, kapalı ortak kullanım alanları neredeyse bireylerin yaşadıkları tüm sosyal alanlarının kapsayacak şekilde bireylerin tütün ürünlerinin tüketimi yasaklanmasına dair bir uygulama gerçekleştirilmektedir. Ülkemizin tütün ürünlere bakış açısının ve yasal düzenlemelerinin konusundaki uyguladığı önlemler ve müdahaleler toplumda tütün ürünleri kullanımı etkileyen ve ülkemizin MPOWER önlemlerini en yüksek başarı düzeyinde tam olarak uygulayan iki ülkeden biri olmasını sağlayan en önemli faktördür.

2.1.10. Türkiye’de Tütün Kontrolü İçin Yapılan Faaliyet ve Uygulamalar

4207 sayılı kanun kapsamında Dumansız Hava Sahası Denetim Modülü (DHS Modülü) aracılığıyla vatandaşlardan gelen 184 Çağrı Merkezi veya Yeşil Dedektör uygulaması aracılığıyla yapılan şikayetlerin kaydı yapılarak, ihbarlar konusunda gerekli saha çalışmaları saha denetimleri yürütülmekte, denetimlerde tespit edilen kurallara aykırı durumlarda ihlal yapan işyerlerine, ihlalin tipine ve yer aldığı kategoriye göre belirlenen cezalar uygulanmaktadır. İhlal eden işyerlerine ve kişilere belirlenen cezalar ilçenin mülki amiri kaymakam tarafından onaylanarak, 184 hattına yapılan ihbarlar 2 saat içinde sahaya gönderilen sağlık tütün kontrol denetim ekipleri tarafından cevaplanmaktadır. İhbar edilen bir işyerine en geç 20 gün içinde tekrar denetim yapılmakta, aynı zamanda ihbar bildirimlerinin dışında periyodik olarak planlı denetimler ve rutin dışı ve farklı kurumlarla birlikte yapılan denetimler serbest ve çapraz denetim sonucunda yapılan incelemeler Dumansız Hava Sahası Denetim Modülü (DHS Modülü)’yle kayıt altına alınmaktadır (77), (78).

İl Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu, tütün başta olmak üzere tüm bağımlılık türleriyle ilgili planlama yapmaktadırlar. Kurul kararları doğrultusunda il/ilçe bazında eylem planları, kampanyalar ve eğitimler düzenlenmektedirler (79). Özellikle Tütün ürünleriyle mücadele için farkındalık günleri olarak belirlenen 9 Şubat Dünya Sigarayı Bırakma Günü, 1–7 Mart Yeşilay Haftası, 31 Mayıs Dünya Tütünsüz Günü’nde tütün ürünlerinin zararlarına dikkat çekilerek toplumda farkındalık oluşturmak amacıyla eğitimler, seminerler, panel, yürüyüşler ve medya çalışmaları düzenlenir (80). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı ve Sivil Toplum Kuruluşları aracılığıyla yürütülen faaliyet konularından biri tütün ürünlerini bıraktırmaya yönelik yapılan danışmanlık hizmetleridir. Ülkemizde tütün ürünü kullanımını bırakmak isteyen bireylere ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı ve sigara bırakma poliklinikleri aracılığıyla hizmet sunulmaktadır (81). Trabzon genelinde sigara bırakmak isteyen bireylere destek sunan kurumlar: Akçaabat KETEM Sigara Bırakma Polikliniği, Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ahi Evren Kalp ve Damar Hastalıkları Hastanesi Sigara Bırakma Ünitesi, Ortahisar Fatih Sigara Bırakma Polikliniği, Erdoğan Sağlıklı Hayat Merkezi, Şalpazarı İlçe Devlet Hastanesi, KTÜ Farabi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği 7 farklı kurum bulunmaktadır (82).

2008-2028 dönemleri için planlanan ve uygulanan Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planlarında belirtilen tüm tütün kontrolü faaliyetleri Bağımlılıkla Mücadele Komisyonu'nun yetkilendirdiği İl/İlçe Sağlık Müdürlüklerindeki Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurullarında sorumlu yönetici ve sağlık personelleri tarafından gerçekleştirilmektedir.

YEDAM, Yeşilay tarafından 2015 yılında kurulmuş ve “Türkiye Bağımlılık Rehabilitasyon Modeli” geliştirilen projesi kapsamında bağımlı bireyleri sosyal hayata kazandırmak, tedaviye yönlendirmek, tedaviye motivasyon sağlamak ve ailelere destek vermek amaçlanmaktadır.

2025 itibarıyla, Türkiye’de 81 il ve KKTC dahil toplam yaklaşık 107 YEDAM merkezi bulunmaktadır. Merkezlerde yüz yüze danışmanlık (bireysel & aile görüşmeleri), grup terapileri, sosyal destek hizmetleri, YEDAM Atölyeleri ile psikososyal, mesleki destek programları, tütün, alkol, madde, internet ve kumar bağımlılığı yaşayan kişilere, bağımlı yakınlarına, destek veya bilgi arayan herkes için tüm danışmanlık ve destek hizmetleri talep eden kişilere ücretsiz verilmektedir (83). Tütün kontrolü için her MPOWER önlemi için birçok faaliyet yürütülmekte olup bahsi geçen konular sadece ülkemizde bu alanda yapılan faaliyetlerin birkaçıdır

2.2.Alkol Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu Prevalansı ve Etkileyen Faktörler

2.2.1. Alkol, Alkol Kullanımı

Alkol kimyasal olarak etanol olarak adlandırılan bir maddedir. Alkol patates, tahıl, mısır, pirinç, meyve, şekerpancarı gibi bitkilerden şekerin fermentasyonu ile elde edilen bir maddedir. İçeceklerin farklı özelliklerini içlerine katılan diğer maddeler, fermentasyon, distilasyon (etanolün yoğunluğunun artırılmasıdır) özellikleri insan sağlığı üzerindeki zararlarını arttırabilmektedir. Düşük konsantrasyonlu alkollü içecekler zehirlenmeye yol açmamasına rağmen alkolün yüksek miktarda kullanımı zehirlenmelere ve insan sağlığına geri dönülmez zararlara yol açabilmektedir.

Alkolün %98'i karaciğer tarafından işlenmektedir. 10 ml alkol 6 saat içinde metabolize edilerek alkolün %10'u idrarla ve hava yoluyla geri kalanı ter, tükürük ve göz yaşıyla atılmaktadır. Etanol, vücutta alkol dehidrojenaz enzimi ya da mikrozomal oksidasyon sistemiyle oksitlenerek asetaldehite dönüşmektedir. Asetaldehit de aldehit dehidrojenaz ya da ksantin oksidaz enzimiyle asetik asit yükseltgenmektedir. Normal bir insanda 150 mg/kg-saat alkol metabolize edilir. Asetaldehit de alkol gibi, gerek merkezi sinir sistemi (MSS), gerekse organ sistemleri üzerinde toksik etkileri olan bir maddedir. Bir bardak şarap 10-12 gr., sert içki 28 gr. etanol içermektedir. Bir bardak içki kan alkol düzeyini 15-20 mg/dl artırmaktadır. Alkolün yüksek miktarlarda kullanımı solunum merkezi üzerinde depresyon yaparak ölümcül etkilere yol açabilmektedir (84)

DSÖ alkol kullanımı süresine göre alkol kullanan kişileri 3 grupta sınıflandırmaktadır. Son 12 ayda alkol kullanımı için “current drinkers”, yaşam boyu hiç alkol kullanmayan için “lifetime abstainers”, daha önce alkol kullanmış fakat son 12 ayda alkol kullanmamış olanlar için “former drinkers” tanımlamalarını kullanmaktadır (85). Alkol bağımlılığı, alkol kullanımına bağlı ortaya çıkan ve birçok fizyolojik, davranışsal ve bilişsel değişikliklerle seyreden kronik, tekrarlayıcı ve müdahale edilmediğinde ilerleyici bir hastalıktır (86). İçme davranışı üzerindeki kontrol kaybı, alkolün zararlı kullanımı ile alkol bağımlılığı, alkol kullanımı bozukluğu arasındaki sınırı oluşturmaktadır.

2.2.2.Alkol Kullanımı Bozukluğu

Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılması El Kitabı'nın on birinci revizyonunda (ICD 11) madde kullanımına ve bağımlılık davranışlarına bağlı bozukluklar, ağırlıklı olarak psikoaktif maddelerin kullanımı veya belirli tekrarlayan ödüllendirici ve pekiştirici davranışların bir sonucu olarak gelişen zihinsel ve davranışsal bozukluklar olarak tanımlanmaktadır. ICD 11'e göre Alkol Bağımlılığı, Alkol Kullanımı Nedenli Bozukluklar içerisinde tanımlanmaktadır (87). Alkol kullanım bozuklukları tanımlanması için DSM 5 tanı kriterlerinden iki ve daha fazla kriterin hastada var olması, klinik durum olarak hastada belirgin bozulmaya, sıkıntıya veya hastanın iş, sosyal yaşam, arkadaşlık ilişkileri, toplumsal yaşamında işlevselliğinde bozulmaya yol açması gerekmektedir. Alkol kullanım bozukluğunun şiddeti, mevcut semptomların sayısına göre belirlenmektedir. 2-3 semptomu olan bireyler hafif, 4-5 semptomu olan bireyler orta derece, 6 veya üzeri sayıda semptomu olan bireyler ise şiddetli alkol kullanım bozukluğuna sahip olan bireyler olarak tanımlanabilir (88). 'Alkol Kullanım Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri 'şu şekildedir;

- ✓ Alkol kullanımını azaltmak/ kontrol altına almak için sonuç vermeyen çabalar
- ✓ Alkol elde etmek, kullanmak, yarattığı etkilerden kurtulmak için çok zaman harcanması
- ✓ Alkol kullanmak için önemli veya ilgi çekici aktivitelerden vazgeçmek veya bunları azaltmak
- ✓ Alkol kullandıktan sonra yaralanma olasılığını artıran durumlara birden fazla kez girmiş olmak
- ✓ İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan yineleyici kullanımın olması
- ✓ Aile ve arkadaşlarla sorun yaratmasına rağmen içmeye devam etmek
- ✓ Depresyon veya anksiyete, diğer sağlık sorunlarına veya hafıza kayıplarına neden olduğunu bilmesine rağmen içmeye devam etmek
- ✓ İstenen etkiyi elde etmek için daha öncesi olduğundan çok daha fazla içmek zorunda kalmak/içme durumunun daha öncesi olduğundan çok daha az etkisi olduğunu fark etmek
- ✓ Alkolün etkisi geçtikten sonra uyku sorunu, titreme, huzursuzluk, mide bulantısı, terleme, kalp çarpıntısı veya nöbet gibi yoksunluk belirtileri yaşamak.

2.2.3. Alkol Kullanımı, Alkol Kullanımı Bozukluğu ile İlgili Diğer Tanımlar

Tablo 2. Alkol Kullanımı, Alkol Kullanımı Bozukluğu ile İlgili Diğer Tanımlar

Riskli Alkol Kullanımı	Erkekler için bir seferde 4 ya da daha fazla birim alkol ya da haftalık 14'ten fazla birim alkol kullanılmasıdır. Kadınlar için bir seferde 3 ya da daha fazla birim alkol ya da haftalık 7'den fazla birim alkol kullanılması riskli alkol kullanımı olarak tanımlanmaktadır (89).
Tehlikeli Alkol Kullanımı (Hazardous Alcohol Use)	Kullanıcı veya başkası için olumsuz fiziksel veya mental sağlık sonuçları riskini sağlık profesyonellerinin tavsiyesinin gerektirecek ölçüde arttıran alkol kullanım şekli tanımlanmaktadır (90) .
Ağır Epizodik İçicilik (Heavy Episodic Drinking)	Son 30 günde en az bir kez tek seferde ≥ 60 gram alkol kullanımı olması durumudur (91).
Alkol bağımlılığı	Alkol bağımlılığı, alkol kullanımına bağlı ortaya çıkan ve birçok fizyolojik, davranışsal ve bilişsel değişikliklerle seyreden kronik, tekrarlayıcı ve müdahale edilmediğinde ilerleyici bir hastalıktır (92).
Alkol Bağımlılığı	Alkol bağımlılığı, alkolün yineleyici veya sürekli kullanımından kaynaklanan, alkol kullanımının düzenlenmesine ilişkin bir bozukluktur. Bu durum, kullanımın kontrol edilememesi, kullanıma diğer etkinliklere göre giderek daha fazla öncelik verilmesi ve olumsuz sonuçlarına veya verdiği zararlara rağmen kullanıma devam edilmesi ile kendini göstermektedir. Bağımlılığın fizyolojik özellikleri de var olabilmektedir; bunlar alkolün etkilerine karşı tolerans gelişmesi, alkol kullanımının azaltılması veya kesilmesine bağlı olarak gelişen çekilme belirtileri, çekilme belirtilerinin yatıştırılması için yineleyici biçimde alkol veya farmakolojik olarak alkole benzer maddelerin kullanılması eşlik etmektedir. Bağımlılık özellikleri genellikle en az 12 aydır mevcuttur, fakat eğer kullanım sürekliyse (her gün veya neredeyse her gün), en az 3 aylık bir sürekli kullanım döneminin varlığında tanı konulabilmektedir (93).

2.2.4.Dünya Geneline Alkol Kullanımı Prevalansı

Dünya nüfusunun %40'ı 2,3 milyar insan alkollü içki kullanmakta ve 400 milyon insan, 15 yaş ve üstü dünya nüfusunun %7'si alkol kullanım bozukluklarıyla yaşamaktadır. Alkol kullanan 209 milyon insan, yetişkin dünya nüfusunun yaklaşık %3,7'si alkol bağımlılığıyla yaşamaktadır (6).

Avrupa ve Amerika Bölgesinde alkol kullanımı 2023 UH'a göre, 18 yaş ve üstü 172,9 milyon yetişkin (bu yaş grubunda %67,1) geçen yıl içki içtiğini bildirmektedir. 86,6 milyonun erkek (bu yaş grubunda %69,1) ve 86,3 milyonun kadın (bu yaş grubunda %65,3) olduğu bilinmektedir (94). 2023 UH'a göre, 18 yaş ve üstü 60,4 milyon yetişkin (bu yaş grubunda %23,5) geçen ay aşırı içki içtiğini bildirmektedir. Geçen ay aşırı içki içenlerin 33,2 milyonun erkek (bu yaş grubunda %26,5), 27,2 milyonu ise kadındır (bu yaş grubunda %20,6). 2023 NSDUH'ye göre, 18 yaş ve üstü 16,3 milyon yetişkin (bu yaş grubunda %6,3) geçen ay ağır alkol kullandığını bildirmektedir. Geçen ay ağır alkol içenlerin 9,8 milyon erkek (bu yaş grubunda %7,8), 6,5 milyon kadın (bu yaş grubunda %4,9) 'dır (95).

Dünya genelinde kişi başına toplam alkol (15+ yıl) tüketiminin, 2005-2010 yılları arasında genel bir artış görüldüğü ve 2010-2015 yıllarında bir plato seyretmesinin ardından, 2015'ten bu yana küresel düzeyde azaldığı bildirilmektedir. Kişi başına toplam alkol (15+ yıl) tüketiminin 2015'ten bu yana küresel düzeyde azaldığı, 2019 yılında kişi başına (15 yaş ve üstü kişiler) toplam tüketim miktarının 5,5 litre saf alkol olduğu belirtilmektedir.

Eğilimler DSÖ bölgeleri arasında aynı olmadığı bilinmektedir (96). Avrupa ve Afrika bölgeleri 2000 ve 2019 yılları arasında kişi başına tüketimde sırasıyla %17 ve %18 oranında önemli bir düşüş yaşarken, Amerika Bölgesi'nde durgunluk ve Güneydoğu Asya ve Batı Pasifik bölgelerinde kişi başına tüketimde önemli artışlar olduğu belirtilmektedir (sırasıyla %112 ve %40). DSÖ Avrupa bölgesi, 2000 ve 2019 yılları arasında kişi başına tüketimde %17 oranında önemli bir düşüş yaşandığı raporlanmaktadır. Aynı raporda DSÖ Afrika bölgesinin, 2000 ve 2019 yılları arasında kişi başına tüketimde %18 oranında önemli bir düşüş yaşadığı, 2000 ve 2019 yılları arasında Amerika Bölgesi'nde kişi başına alkol kullanımında durgunluk olduğu da

raporlanmaktadır. (DSÖ Güneydoğu Asya bölgesi, 2000 ve 2019 yılları arasında kişi başına tüketimde %112 oranında önemli bir artış yaşadığı, DSÖ Batı Pasifik bölgesi, 2000 ve 2019 yılları arasında kişi başına tüketimde %40 oranında önemli bir artış yaşadığı bildirilmektedir. Düşüşe rağmen, Avrupa Bölgesi'ndeki erkekler ve kadınlar erkeklerde kişi başına 14,9 litre ve kadınlarda kişi başına 4,0 litre ile hala en yüksek tüketime sahiptir.

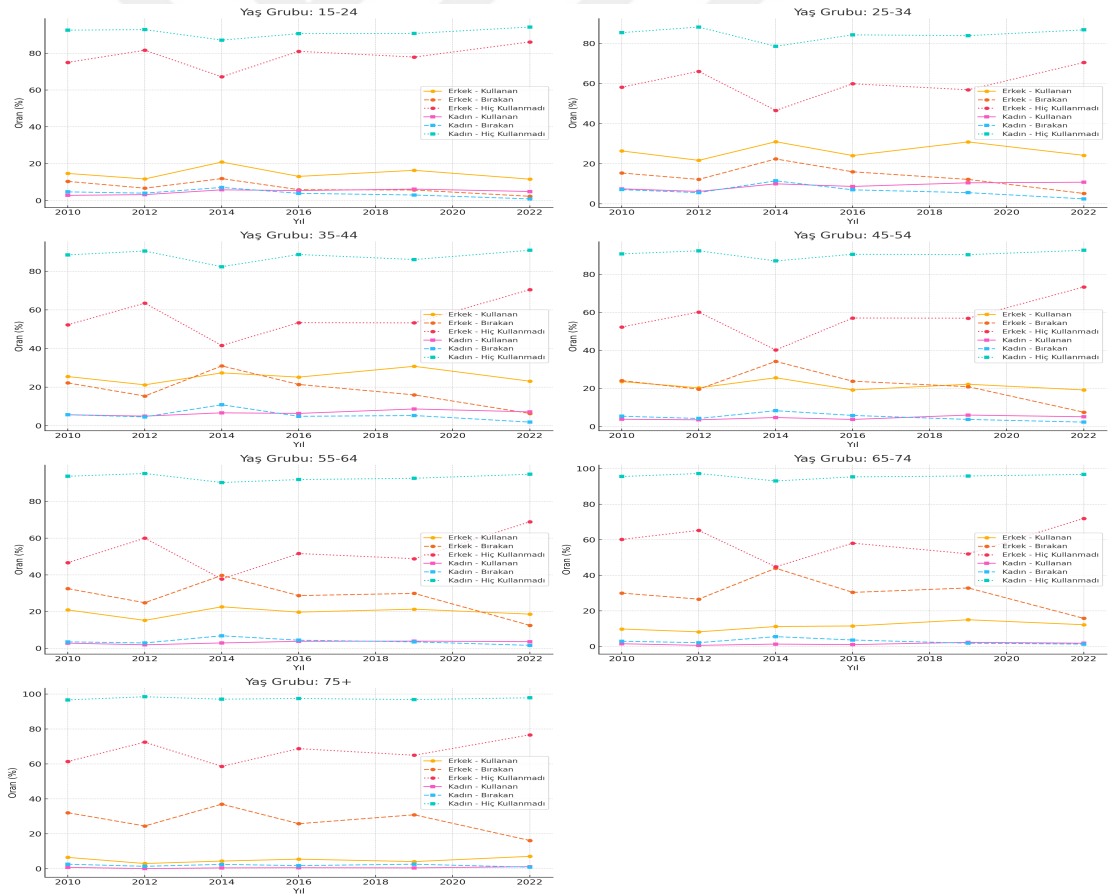
Alkol tüketiminin Amerika Bölgesi'nde kişi başına tüketim erkeklerde 11,9 litre ve kadınlarda 3,3 litre iken, Batı Pasifik Bölgesi'nde erkeklerde 9,6 litre ve kadınlarda 2,5 litre olduğu bildirilmekte, kişi başına tüketimin en düşük olduğu bölge ise 2019 yılında erkeklerde 0,5 litre, kadınlarda 0,1 litre ile Doğu Akdeniz bölgesidir (97). Küresel olarak, erkekler kişi başına 8.7 (UI: 9.9-2.5) litre, kadınların 2.2 (UI: 1.9-2.5) litre alkol tükettikleri düşünüldüğünde erkekler kadınlardan yaklaşık dört kat daha fazla saf alkol tüketmektedir. Cinsiyetler arasında en fazla fark (erkek-kadın oranı) Doğu Akdeniz Bölgesi (8.1) ve Güneydoğu Asya Bölgesi'nde (5.1), en düşük oran ise Amerika Bölgesi (3.7) ve Avrupa Bölgesi'nde (3.7) gözlenmektedir (98).

Bilindiği üzere kişi belirli miktarların üstünde alkol kullandığı takdirde, kişi alkolün yarattığı bedensel ve ruhsal zararları yaşamaya başlamaktadır. Alkolün belli miktardan daha fazla kullanılmaması gerektiği kanısı yaygındır. Fakat bu durum alkol içen kişinin daha düşük dozlarda herhangi bir zarar görmeyeceği anlamına gelmemektedir (99).

Alkollü içki kullanımı konusunda sınırın erkekler için haftada 21 standart içki, kadınlar için haftada 14 standart içki olarak bilinmektedir. Eğer kişi bu sınırların üstünde alkol kullanmaya başlarsa bedensel ve ruhsal açıdan zararlar görmeye başlayabilmektedir. Alkol, alınan miktar ne olursa olsun haftada beş kereden sık kullanılmamalıdır. Yani haftada en az iki gün hiç alkol alınmamalı, alkol alındığında erkekler için günde dört standart içki, kadınlar için ise 3 standart içkinin üzerine çıkılmamalıdır (100).

2.2.5.Türkiye Geneline Alkol Kullanımı Prevalansı

2010-2022 yıllarında cinsiyete ve yaş gruplarına göre alkollü içki kullanma, bırakma ve yaşamı boyunca hiç kullanmama prevalansının değişimi Şekil 2’de gösterilmiştir. 2010 yılında alkol kullanım prevalansının %12,6 olduğu 2022 yılında ise %12,1 olduğu görülmektedir. Türkiye’de alkol kullanımına bağlı gerçekleşen hastalıklar ve ölümlerin sayısı sık görülmekte ve toplumda alkol kullanımı prevalansı önemli düzeydedir (101). Erkeklerde, yaş ilerledikçe alkol bırakma prevalansı artarken, alkol kullanımı prevalansının orta yaş gruplarında zirveye çıkmaktadır. Kadınlarda, alkollü içkiyi hiç kullanmayan oranları neredeyse tüm yaş gruplarında çok yüksek kalmaktadır. 25-44 yaş arası kadınlar, zaman içinde alkol kullanımında artış gösteren gruplar arasındadır. 75+ yaş grubunda her iki cinsiyette de alkollü içkiyi hiç kullanmayanların oranı en yüksek düzeydedir.



Şekil 2. 2010-2022 Yıllarında Cinsiyete ve Yaş Gruplarına Göre Alkollü İçki Kullanma, Bırakma ve Yaşamı Boyunca Hiç Kullanmama Prevalansının Değişimi (101)

2.2.6. Alkol Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu ile İlişkili Faktörler

Alkol kullanımı oluşumunda çok çeşitli faktörler (ruhsal, sosyokültürel, biyolojik) rol oynamaktadır. Sosyal çevre özellikleri, genetik yatkınlık, kişinin yaş evresi, cinsiyet, ailesel etkenler, kişilik özellikleri ve yapısı, davranış bozuklukları, ekonomik problemler, geçmiş olumsuz yaşantı deneyimi, travma, çalışma durumu, inanç sahibi olma, alkol ve sigara kullanımı ve ayrılmış, dağılmış aileler gibi etkenler kişinin bir nesneye veya maddeye bağımlı olmasını etkileyebilecek risk faktörleridir (102).

Mevcut ve yeni Alkol Kullanım Bozukluğu (AKB) nüksü ve koruyucu faktörler, çoklu nüks belirleyicilerini değerlendirildiğinde psikiyatrik komorbidite, AKB şiddeti, aşırma, diğer maddelerin kullanımı, sağlık ve sosyal faktörler AKB nüksü ile tutarlı bir şekilde anlamlı olarak ilişkili risk faktörleri olduğu, destekleyici sosyal ağ faktörleri, öz-yeterlilik ve yaşamdaki amaç ve anlamla ilgili faktörlerin ise AKB nüksetmesine karşı koruyucu faktörler olduğu bilinmektedir. AKB seyrinin tipik olarak kronik ve engelleyicidir ve AKB psikiyatrik komorbiditesi olan bireyler arasında yaygındır (103).

AKB tek başına ve psikiyatrik bozukluklarla birlikte genellikle yüksek intihar riski ile ilişkilendirilmektedir. Yapılan çalışmalarda psikiyatrik komorbidite, bağımlılık şiddeti, aşırma, olumsuz duygu, diğer maddelerin kullanımı, sağlık ve sosyal faktörlerin alkolü bırakan kişilerde tekrar alkolü içkiye tekrar başlamalarına sebep olacağı belirtilmektedir. Çeşitli destekleyici sosyal faktörler, öz-yeterlilik, yaşam amacı ve manevi katılım ile ilgili faktörler alkolü içki kullanımına karşı koruyucu olarak kabul edilmektedir. Uyku, cinsiyet farklılıkları, nörobiyolojik faktörler, genetik, dürtüsellik, olumlu duygulanım ve motivasyon gibi birçok faktörle alkol kullanımının ilişkili olabileceği belirtilmektedir (104).

Alkol tüketimi ve gelir denildiğinde ise ülkeler zenginleştikçe alkol tüketimi arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalarda kişi başına düşen ortalama alkol tüketimi-yılda litre saf alkol olarak ile ülkeler arasında kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH) arasındaki ilişki olduğunu göstermektedir. Ulusal ortalamalar değerlendirildiğinde, gelir ile alkol tüketimi arasında belirgin bir ilişki olmadığı belirtilmektedir. Ülkelerde (örneğin, düşük alkol alımına sahip ancak kişi başına düşen GSYİH'si yüksek olan Orta Doğu ülkelerindeki gibi, bekleyebileceğimiz standart gelir-

tüketim ilişkisini değiştirme eğiliminde olan güçlü kültürel kalıplar görülmektedir (105). İngiltere'deki 2016 verilerini örnek alırsak, daha yüksek gelir grubundaki insanların daha sık içme eğiliminde olduğunu görülmektedir. Bu korelasyonun diğer yaşam tarzı belirleyicileri ve alışkanlıklarından da etkilenmesi muhtemel olabilmektedir; Birleşik Krallık ONS ayrıca, eğitim durumuna göre gruplandırıldığında, üniversite diploması olanların, düşük eğitim durumuna sahip olanlardan toplamda daha fazla ve daha sık içme eğiliminde olduğunu bildirmektedir (106). Mesleğe göre gruplandırıldığında da farklılıklar var olabilmektedir: yönetici veya profesyonel pozisyonlardaki bireyler, orta veya el emeği rollerindekilere göre daha sık içme eğiliminde olmaktadır (107).

Gelir, eğitim veya çalışma durumu gruplarına baktığımızda içme alışkanlıklarıyla bu durumlar ilişkilendirilmektedir. Düşük gelir veya eğitim durumu gruplarındakiler genellikle genel olarak daha az içseler de daha düşük sıklıkta, daha yüksek yoğunluklu içme düzenlerine sahip olma olasılıkları daha yüksek olmaktadır. Genel olarak, bu gruplar daha az içmekte, ancak daha yüksek bir yüzde içtiklerinde çok içmektedirler (108). Diğer sağlık sorunları gibi, alkol kullanımı da bireysel düzeyden (yani genetik) popülasyon düzeyine (yani kültürel ve toplumsal faktörler) kadar değişen karmaşık bir dizi faktörle bağlantılı olabilmektedir.

Nüfus düzeyinde, ortaya çıkan araştırmalar sosyal belirleyiciler ve sağlık arasındaki ilişkiyi belgelemektedir ve özellikle alkol kullanımının sosyal epidemiyolojisi, sosyal sermaye teorisi, sosyal ağların ve bağlantıların sağlığı etkilediğini öne sürmektedir sosyal eşitsizliklere katkıda bulunan altta yatan sosyal ve kültürel faktörler sosyoekonomik durum (SES) göstergeleri (yani eğitim, gelir ve meslek) genellikle sağlık davranışlarının güçlü yordayıcıları olmakta birlikte sonuçların sağlıkla pozitif ilişkili olma eğiliminde olduğu belirtilmektedir.

Yüksek SES'e sahip insanlar diğerlerinden daha sık alkol kullanma eğiliminde olmaktadır İçiciler arasında, düşük SES grupları daha fazla miktarda alkol içme eğilimindedirler. Daha yüksek düzeyde sosyal desteğe ve toplum uyumuna sahip bireylerin genellikle daha sağlıklı oldukları düşünülmektedir, çünkü temel sağlık bilgilerine daha iyi bağlantılara sahiptirler, sağlık hizmetlerine daha iyi erişim sağlamaktadırlar ve tıbbi maliyetlerle daha fazla finansal destek almaktadırlar.

İnsan sağlığı ve gelişiminin bireyden makro veya toplumsal düzeye kadar bir spektrumda gerçekleştiğini öne süren sosyal-ekolojik bir çerçeve aracılığıyla bu nüfus düzeyini ve bireysel etkileri incelendiğinde alkol kullanımı bağlamında, bireyler kendi mikro sistemleri (ev, iş ve okul ortamları) içinde bütün sistemde içinde birbiriyle ve makro düzeydeki faktörlerle etkileşim halinde kalmaktadırlar. Reklama maruz kalma gibi makro düzeydeki faktörler, aile ve akran ağı tutumlarını ve normlarını etkileyebilmektedir. Bu da sonuçta alkol kullanımı ve alkol kullanım bozukluğu, alkol kullanma paternleriyle ilgili bireysel tutum ve davranışları etkilemektedir (109).

Alkole bağlı zarar riskleri, hastanızın yaşı, cinsiyeti, cinsel azınlık durumu, genleri, akıl sağlığı ve travma veya diğer stres faktörlerine maruz kalması gibi çok çeşitli faktörlere göre değişmektedir. Genç yetişkinler AKB için en büyük risk altında grup olarak karşımıza çıkmaktadır. 18 ile 20'li yaşların sonları arasındaki yaş aralığı, alkol kullanım bozukluğu alkollü içki kullanımının ortaya çıktığı dönem çoğunlukla genç yetişkinlik dönemi olmaktadır. Beyin gelişimi hala devam etmekte olan gençlerin yetişkin kimlikleri oluştuğu dönemde üniversiteye başlamak gibi geçişler sırasında alkol kullanım riski artmaktadır. Bu nedenle gençlere yönelik olarak ulaşılabilir, önleyici ve koruyucu müdahale programları ve uygulamaları yaygınlaştırılmalıdır. Genç erişkinlik döneminde, alkol içmek, içki içmenin yasa dışı olduğu 21 yaşın altındakiler de dahil olmak üzere, ergenlik dönemine göre çok daha yaygın görölmektedir (110).

Amerika'da yetişkinler üzerinde yapılan 2022 Ulusal Anketine göre, 18-25 yaş arası genç yetişkinlerin yaklaşık %50'si geçen ay alkol içtiğini ve bunların yaklaşık %60'ı da geçen ay aşırı içki içme atağı geçirdiğini belirtmektedir. 2022 yılında yapılan bu Ulusal Ankete göre, genç yetişkinler arasında diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek geçmiş yıl AKB oranlarının olduğu ve 18-25 yaşları arasındakilerin yaklaşık 6'da 1'ini bu durumdan etkilendiği belirtilmektedir.

2022 yılından önce yapılan bir ankette ise 18-29 yaş arası genç yetişkinlerin geçmiş yıl AKB prevalansının açık ara en yüksek olduğunu da ortaya koymaktadır. Ağır içki içme prevalansı üniversite öğrencileri arasında aynı yaştaki akranlara göre daha yüksek görölmektedir (111).

Genel olarak genç yetişkin erkeklerin kadın akranlarına göre daha fazla içki içme olasılığı daha yüksek olduğu bilinmekte, ancak bu cinsiyet farkı 1990'lardan beri daralmaktadır. Genç yetişkinlik yıllarında çok fazla içen birçok insan, zaman içinde içki içmeyi önemli ölçüde azaltmaktadır, bu da ağır içmenin "olgunlaşması" olarak bilinen bir olgu olarak tanımlanabilmektedir. Ağır içki tüketiminden olgunlaşmak, genellikle sürekli ağır içki içme ile bağdaşmayan evlilik, ebeveynlik ve tam zamanlı istihdam gibi yetişkin rollerine geçişlere atfedilebilmektedir. Buna karşılık, genç yetişkinler olarak çok fazla içen bazı kişiler bu modelde orta yaşa kadar devam etme eğiliminde olabilmektedirler diğerleri ise ilk olarak orta yaşta alkol sorunları geliştirmektedirler. Her iki durumda da çalışmalarda AKB'li kişilerin genellikle 30'lu yaşların ortalarından 50'li yaşların başlarına kadar tedavi aradıklarını belirtilmektedir.

Yaşlı yetişkinler artan zarar riski ile karşı karşıya kalmaktadır. Ağır içki içme ve AKB, diğer yaş gruplarına kıyasla 65 yaş ve üstü yetişkinler arasında en az yaygın görülmektedir, ancak oranlar artmaktadır. Amerika Ulusal Anket Verilerinin 2022 analizine göre bu yaş grubundaki her 10 yetişkinden tahmini 1'inin geçen ay en az bir kez 5 veya daha fazla içki içtiğini (erkek) veya 4 veya daha fazla içki (kadın) içtiğini 22 ve tahminen her 25 kişiden 1'inin geçen yıl AKB olduğunu göstermektedir. Vücudun alkolü nasıl işlediğindeki yaşa bağlı değişiklikler, belirli bir alkol dozu yaşlı erişkinlerde genç yetişkinlere kıyasla daha fazla zarar verici etkiye yol açabileceğinden, ek sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Yaşlı erişkinlerde alkole karşı artan duyarlılık, yaralanmalar (genellikle düşmelerden kaynaklanan), hafıza sorunları, karaciğer hastalığı, uyku sorunları ve genel mortalite dahil olmak üzere birçok sağlık sorunu riskini artırmaktadır.

Herhangi bir düzeyde alkol almak, yaşlı yetişkinler için daha fazla risk oluşturmakta, çünkü çoğu alkolle olumsuz etkileşime girme potansiyeline sahip olan ilaçları alma olasılıkları gençlerden daha yüksek olmaktadır (112). Tüketimde cinsiyet farkının her iki cinsiyette de alkol kullanımı azaltımı yönünde hareket ederek daraltılması gerekmektedir. Tarihsel olarak, erkekler kadınlardan daha yüksek alkol tüketimi, alkolle ilgili sonuçlar ve AKB oranlarına sahip olduğu bildirilmektedir (113). 2008'den bu yana yürütülen ulusal çalışmaların 2019 yılında yapılan eleştirel bir incelemesi, alkol kullanımındaki eğilimler yaş grubuna göre değişse de ağır içme ve alkol sorunlarındaki bu cinsiyet farkının gözle görülür şekilde daraldığı sonucuna varılmaktadır (114).

Ergenler ve genç yetişkinler arasında alkol tüketimi, aşırı içki içme ve alkolle ilgili çeşitli zararlar hem erkeklerde hem de kadınlarda azalmaktadır, ancak erkeklerde daha fazla azalmakta olduğu belirtilmektedir. Orta ve ileri yetişkinlik döneminde alkol tüketimi, aşırı içki içme ve alkolle ilgili zararlar artmaktadır, ancak kadınlar için erkeklerden daha hızlı bir oranda görülmektedir. Kadınlarda artan zararlar ile karşı karşıya kalmaktadır. Kadınlar, erkeklerden daha düşük alkol maruziyeti seviyelerinde çeşitli zararlara maruz kalma eğiliminde olmaktadır. AKB'li kadınlar, daha az yıllık AKB ile bile, çeşitli bilişsel görevlerde AKB'li erkeklerden daha kötü performans gösterebilmektedirler. Kadınlar, karaciğer iltihabı, kardiyovasküler hastalıklar ve bazı kanserler dahil olmak üzere alkolle ilgili sağlık sorunları açısından erkeklerden daha fazla risk altında olduğu belirtilmektedir. Günde tek bir porsiyon alkol, kadınlar için meme kanseri riskinde %10'luk bir artışla ilişkilendirilmektedir (115).

Son birkaç on yılda, alkolle ilgili acil servis ziyaretleri, hastaneye yatışlar ve alkolle ilişkili karaciğer hastalığı ve diğer alkolle ilgili nedenlerden kaynaklanan ölümlerin tümü arttığı bildirilmekte, ancak kadınlar için erkeklerden daha hızlı bir oranda artış olduğu raporlanmaktadır ve çok içki içen kadınların (ve erkeklerin) içki içen diğer kişiler tarafından fiziksel saldırganlık gibi ikinci el zararların kurbanı olma riski daha yüksek olduğu bildirilmektedir (116).

Genetik ve çevresel faktörlerin karmaşık bir etkileşimi hem içme alışkanlıklarını hem de AKB riskini etkilemektedir. AKB için çevresel risk faktörleri arasında, dış stres en güçlü olanlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle çocuklukta travma yaşayan veya yaşam boyunca önemli stres faktörlerinin biriktiği hastalarla, ağır içme alışkanlıklarına ve artmış AKB riskine eğilimli olabilmektedir. Bir kişinin stres tepkisi, stres etkeninin türü ve yoğunluğu, zamanlaması ve süresinin yanı sıra kişinin genetik yapısı ve içme geçmişinden etkilenmektedir (117) .

Kişinin mental sağlığı koşulları AKB riskini etkilemektedir. Genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi, AKB geliştirme riskini artıran anksiyete ve depresyon gibi zihinsel sağlık durumlarının gelişmesine de yol açabilmektedir. Aynı zamanda, AKB anksiyete, depresyon veya diğer zihinsel sağlık sorunlarına neden olabilmektedir veya kişinin sağlık durumunu kötüleştirebilmektedir. Bu nedenle, AKB ve diğer akıl sağlığı koşullarının birlikte ortaya çıkması yaygın görülmektedir sonucuna varılabilmektedir.

Anksiyete bozuklukları için tedavi edilenler arasında AKB prevalansı %20 ila %40 aralığında görülmektedir. Yaşamları boyunca majör depresif bozukluğu geçirenler arasında, %40 kadarı da AKB ile karşılaşmaktadır. AKB olanlar arasında genel olarak yaklaşık %15-30'u birlikte ortaya çıkan travma sonrası stres bozukluğuna sahip olduğu belirtilmektedir ve askeri personel ve gaziler arasında ise %50-60 oranında arttığı bildirilmektedir. Erkeklerin yaklaşık %40'ı ve kadınların %50'si yaşamları boyunca başka bir madde kullanım bozukluğu yaşamaktadır. Uyku bozukluklarının prevalansına ilişkin tahminler %36 ile %91 arasında değişmektedir (118).

Bağımlılıklar Nöro Klinik Değerlendirmesi (ANA) adı verilen bir değerlendirme çerçevesi, bir kişinin bağımlılığa, tedaviye ve iyileşmeye karşı savunmasızlığıyla ilgili olabilecek işlev bozukluğu alanlarını belirlemek için sinirbilim, nörogörüntüleme ve klinik verileri entegre ederek hassas bir tıp yaklaşımı benimseyen bir değerlendirme çerçevesi geliştirilmektedir. ANA çerçevesinde, bağımlılıkla ilgili üç işlevsel alan (teşvik edici belirginlik, olumsuz duygusallık ve yürütme işlevi) vardır. Çok içen bireylere ilişkin 2019 ANA analizinde, AKB'si olanlar, AKB olmayanlara kıyasla daha fazla yürütücü işlev eksikliği, teşvik belirginliği ve olumsuz etkileri olduğu bildirilmektedir (119).

Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu hastalıklarda olduğu gibi yürütücü işlevdeki eksiklikler veya depresyon veya anksiyete hastalarında olduğu gibi artmış olumsuz duygulanım ile ilişkili psikiyatrik bozukluklar, AKB gelişme riskini artırabilmektedir ve tedavi, prognozu zorlaştırabilmektedir. AKB için genetik savunmasızlıktan kaynaklanan riskler de mevcut olduğu belirtilmektedir. AKB'ye karşı savunmasızlığın %50 ila %60'ı kalıtsaldır ve muhtemelen her biri küçük etki boyutuna sahip birçok gendeki varyantlardan kaynaklanmaktadır (120). Farklı genler, örneğin alkol ve strese karşı fizyolojik tepkiler, alkol metabolizması, bağımlılıkla ilgili nörobiyoloji ve dürtüsellik gibi davranışsal eğilimler dahil olmak üzere çeşitli biyolojik süreçleri ve zihinsel durumları ve zihinsel özellikleri etkileyerek risk oluşturmaktadır. Alkolden yatıştırıcı etkilere ziyade uyarıcı etkiler yaşayan kişilerde yoğun bir şekilde içme ve AKB geliştirme olasılığı daha yüksek olmaktadır.

Kalıtsal alkol metabolizması incelendiğinde Doğu Asya kökenli (Çin, Japon ve Kore mirası) insanların tahminen %36'sı, etanol metabolizmasından sorumlu karaciğer enzimlerinin şeklini etkileyen genlerde farklılıklar taşımaktadır. Bu varyantlar, alkol tüketildiğinde yüzde kızarma, mide bulantısı ve taşikardiye yol açan asetaldehit birikimine neden olabilmektedir. Bu yanıt içmeyi sınırlayabilse de içki içen kişilerde, bu varyantlar daha hafif içici olan kişilerde bile özofagus kanseri için yüksek risk taşımaktadır. Doğu Asya kökenlilere ek olarak, diğer ırk ve etnik kökenlere sahip insanlar da bu genlerde varyasyonlar taşıyabilmektedir.

Bağımlılığın farklı unsurlarına karşı kalıtsal savunmasızlık AKB ile ilgili genetik çalışmaların 2017 yılında gözden geçirildiğinde AKB gelişimine yol açan biyolojik mekanizmaların daha iyi anlaşılabilir. Sonuç olarak, alkolle ilgili zarar riskleri çok çeşitli faktörlerden etkilenebilmektedir ve alkolle ilgili zarar herkesin başına gelebilmektedir. Bağımlılık gelişme süreci kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bununla birlikte alkol kullanımı ile ilgili bozukluklar, toplumun tüm kesimlerinde ve tüm sosyoekonomik gruplarda görülebilmektedir (121).

2.2.7. Alkol Kullanımının Yol Açtığı Sağlık ve Psikososyal Sorunlar

Alkolün zararlı kullanımı 200'den fazla hastalık ve yaralanma gibi durumlar için nedensel bir faktördür. Dünya çapında her yıl 3 milyon ölüm, alkolün zararlı kullanımından kaynaklanmaktadır. Bu, tüm ölümlerin %5,3'ünü temsil etmektedir. Genel olarak, küresel hastalık ve yaralanma yükünün %5,1'i, engelliliğe ayarlanmış yaşam yıllarında (DALY'ler) ölçüldüğü üzere, alkole atfedilebilmektedir. Alkol kullanımı yaşamın nispeten erken dönemlerinde ölüme ve sakatlığa neden olmaktadır. 20-39 yaş arası insanlarda, toplam ölümlerin yaklaşık %13,5'i alkole bağlanabilmektedir (122).

Alkolün zararlı kullanımı ile çeşitli zihinsel ve davranışsal bozukluklar, diğer bulaşıcı olmayan durumlar ve yaralanmalar arasında nedensel bir ilişki vardır. Bunun yanında alkol bağımlılığı sıklıkla farklı psikolojik veya bedensel sorunlarla birlikte görülmektedir.

Alkol kullanım bozukluğu tanısı alan kişilerde tütün ve ürünleri gibi farklı maddelere bağımlılık riski, duygu durum bozuklukları, depresyon, kaygı sorunları şizofreni, kişilik bozuklukları gibi ruhsal problemler görülürken aynı zamanda bedensel olarak da hepatoatoz, siroz, kanser ve hipertansiyon, kardiyak hipertrofi, miyokart enfarktüsü, periferik damar tıkanıkları görülmektedir (123).

Alkol tüketiminden kaynaklanan karaciğer yağlanması aşırı miktarda alkolün düzenli kullanılması sonucunda gelişir. Alkolün karaciğerde metabolize edilmesiyle ortaya çıkan asetaldehit isimli toksik madde karaciğer hücrelerine zarar vererek yağ birikimine yol açar. Aşırı alkol tüketimi karaciğerde yağ birikimine neden olarak karaciğerin normal işlevlerini yerine getirmesini zorlaştırır. Uzun süreli ve aşırı alkol tüketimi sonucunda karaciğerde enflamasyon ve hücre hasarı meydana gelir. Alkolik hepatiti olarak adlandırılan bu durumda karaciğerde hasar oluşur. Kronik alkol kullanımı karaciğer hücrelerinin yerini skar dokusunun almasına neden olabilir. Siroz olarak adlandırılan bu hastalık karaciğerin işlevlerini bozabilir. Aynı zamanda obezite kalp damar hastalıkları gibi birçok hastalığa şeker hastalarında glukoz regülasyonu bozulmasına ve diyabet ve hipertansiyon tedavi yönetiminin zorlaşmasına sebep olur (124).

Ergenlik döneminde ağır veya aşırı içki içmek, tütün ve uyuşturucu kullanımı, korunmasız seks, düşük okul performansı, davranış sorunları, engelli araç kullanma ve intihar gibi diğer riskli davranışlarla ilişkilendirilmektedir. Ergenler arasında artan depresyon ve intihar düşüncesi oranları göz önüne alındığında, ergenlerin hem alkol kullanımı hem de duygudurum bozuklukları açısından taranması giderek daha önemli hale gelmektedir (125).

Alkolün gebelik boyunca zararlı etkileri olabilmektedir ve ağır içmenin özellikle zararlı olduğu düşünülmektedir. Doğum öncesi alkole maruz kalma, topluca fetal alkol spektrum bozuklukları (FASD) olarak bilinen yaşam boyu fiziksel, davranışsal ve bilişsel bozukluklara neden olabilmektedir. Hamilelik sırasında alkol tüketiminin güvenli olduğu tespit edilmediğinden, obstetrik ve pediatrik kılavuzlar hamilelik boyunca uzak durmayı önermektedir. Her 9 hamile kadından yaklaşık 1'i, ağırlıklı olarak ilk üç aylık dönemde içtiği bilinmekte ve neredeyse yarısı çok fazla içtiğini bildirmektedir. İlk trimesterde alkole maruz kalmak özellikle zararlı görünmektedir,

ancak hamilelik boyunca düşük düzeyde alkol maruziyeti bile morfolojik, bilişsel ve motor eksikliklerle ilişkilendirilmektedir (126).

Riskli alkol kullanımı beyin işlevlerinde bozulmalara neden olmaktadır ve buna bağlı olarak dengede bozulma, beceri isteyen uğraşları gerçekleştirmede zorlanma, alkole bağlı bunama, hafızada bozulma gibi süreçlerde çok sık görülmektedir.

Alkolün ayrıca şiddet, suça eğilim, intihar, aile içi sorunlar, sosyal problemler, trafik kazaları ve iş yeri problemleri gibi pek çok toplumsal, ekonomik ve sosyal sorunun da nedeni olduğu ulusal ve uluslararası raporlarla da ortaya konulmaktadır (127). Alkol sadece kullananları değil, kullananların çevresindeki insanları da olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla alkol sağlık için zararlı olduğu kadar, yol açtığı sosyal sorunlarla bireyler ve aileleri için yıkıcı sonuçlar doğurabilmekte ve toplumsal yaşamı olumsuz etkilemektedir.

2.2.8.Alkol Kullanımının Kontrolü ile İlgili Dünya’da Yapılan Müdahaleler ve Uygulamalar

Dünya Sağlık Örgütü, 1996 yılında alkol konusunda dünyayı kapsayan bir veri tabanı oluşturmaya başladı. İlk Küresel Alkol Durum Raporu 1999 yılında yayımlanmıştır. Bunu, 2001 yılında yayımlanan Alkol ve Gençlerle İlgili Küresel Durum Raporu izlemiştir. 2004 yılında da Küresel Durum Raporu: Alkol Politikası adlı rapor yayımlanmıştır. Dünya Sağlık Asamblesi’nde son yıllarda üç ayrı karar kabul edilerek yürürlüğe konmuştur (128).2005 yılında toplanan 58’inci Dünya Sağlık Asamblesi’nde “Alkolün Zararlı Kullanımından Doğan Toplum Sağlığı Problemleri” (WHA58.26) hakkındaki karar, 2008 yılında toplanan 61’inci Dünya Sağlık Asamblesi’nde “Alkolün Zararlı Kullanımına İlişkin Stratejiler” (WHA61.4) hakkındaki karar kabul edilmiştir. 2010 yılında yapılan 63’üncü Dünya Sağlık Asamblesi’nde ise “Alkolün Zararlı Etkilerinin Azaltılmasına İlişkin Küresel Strateji” (WHA63.13) konulu karar kabul edilmiştir. Bu kararda üye ülkelerin, alkolün zararlı kullanımının azaltılması ve buna yönelik olarak politik kararlılık ile finansal kaynakların harekete geçirilmesi amacıyla toplum sağlığı politikası olarak alkolün zararlı kullanımının azaltılmasına ilişkin küresel strateji belgesinin kabul edilip uygulamaya konması talep edilmektedir.

Riskli grupların, genç nüfusun ve alkol içenlerden zarar gören diğer insanların korunmasına yönelik olan ulusal çabaların güçlendirilmesini, bu küresel stratejinin ulusal izleme sistemleri ile takip edilmesi ve düzenli olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün alkol ve sağlık bilgi sistemine rapor edilmesini istemektedir (129). Küresel alkol stratejinin 5 hedefi vardır (130)

- ✓ Alkol kullanımı ile ortaya çıkan sağlık, sosyal ve ekonomik problemlerin niteliği ve büyüklüğü hakkında küresel farkındalık oluşturmak ve hükümetleri bu sorunların önlenmesi konusunda kararlı olmalarının sağlanması.
- ✓ Alkole bağlı zararların büyüklüğü ve belirtiçleri ile bu zararların önlenmesine yönelik çabaların sonuçları hakkında güçlü bir bilgi bankasının oluşturulması.
- ✓ Üye ülkelerin alkolün zararlı kullanımını önleme ve alkole bağlı ortaya çıkan hastalıkların üstesinden gelinmesi yönünde kapasitelerinin artırılması için teknik destek sağlanması.
- ✓ İş birliğinin güçlendirilmesi, paydaşlar arasında daha iyi bir koordinasyon sağlanması ve alkolün zararlı etkilerinin önlenmesi için gerekli olan kaynakların mobilizasyonu.
- ✓ Farklı düzeylerde izleme ve sürveyans için gelişmiş bilgi sistemlerinin kurulması, politika geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması için doğru bilginin paylaşımı.

Alkolle mücadele konusunda politika geliştirilmesi öngörülen başlıca alanlar:

- ✓ Liderlik, farkındalık ve kararlılık
- ✓ Yeterli sağlık hizmetinin verilmesi
- ✓ İletişim
- ✓ Alkollü araç kullanma
- ✓ Alkole erişim
- ✓ Alkollü içeceklerin pazarlanması
- ✓ Fiyat politikaları
- ✓ Alkollü içki içmenin ve aşırı alkol alımının azaltılması
- ✓ Yasa dışı yollarla üretilip pazarlanan alkolün zararından toplumun korunması
- ✓ İzleme ve sürveyanstır.

2.2.9. Türkiye’de Alkol Kontrolü İçin Yasal Mevzuat

Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkilerin Satışına ve Sunumuna İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik 8/6/1942 tarihli ve 4250 sayılı İspirto ve İspirtolu İçkiler İnhisarı Kanunu, 7/11/1996 tarihli ve 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun, 3/1/2002 tarihli ve 4733 sayılı Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun ile 8/12/2004 tarihli ve 2004/8235 sayılı Bakanlar Kurulu Kararıyla yürürlüğe konulan Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesine dayanılarak hazırlanmıştır (131).

Tütün ürünleri ve alkolün zararlı kullanımından etkilenen bireylerin ve ailelerin primer ve sekonder korunma kapsamında gerçekleştirilen hizmetlere erişimi olmalıdır. Gençler ve yetişkinler ve ikinci el tütün dumanına maruz kalma riski taşıyan çocukların, tütün ürünleri ve alkolün zararlarından korunma hakları vardır (132). Tütün ürünlerinin ve alkolün zararlı kullanımı, ülkeler tarafından nüfuslarını korumak için etkin eylemler gerçekleştirilirse azaltılabilir. Bağımlılıkla mücadele sürecinde arındırma, uzun süreli tedavi yaklaşımları, psikoterapik yaklaşım gibi birçok aşama bulunmakla beraber kişilerin ve toplumun sağlığı için bu kapsamda gerçekleştirilen primer ve sekonder korunma uygulamaları ve saha taramalarının önemi büyüktür (133). Türkiye’de her geçen gün, tütün ve alkol kullanımına bağlı gerçekleşen hastalıklar ve ölümlerin sayısı artmaktadır. Tütün ve alkol kullanımının insan sağlığına birçok zararlı etkisinin, birçok hastalığa sebep olduğu düşünüldüğünde bu çalışmada tütün ve alkol kullanan bireylerin belirlenmesi ve profesyonel destek almaları için hekimler tarafından bilgilendirmeleri, tütün ve alkol kullanımının zararlarının topluma anlatılması halkın sağlığının korunması ve geliştirilmesini sağlayacaktır.

Bu çalışma yaş grupları ve sosyodemografik gelişmişlik düzeyi bakımından Trabzon ilini temsil edecek nitelikte örnekleme, tütün ürünleri ve alkol kullanımının kontrolüne yönelik olarak pandeminin etkilerinin durağanlaştığı bir dönem sonrasında pandemiden sonra, bir dönem tütün yetiştiriciliğinde önemli merkez konumunda olan Trabzon ilinde gerçekleştirilmesi nedeniyle literatüre güncel verilerle katkı sağlanması hedeflenmektedir. Bu araştırmanın amacı Trabzon ilinde 20 yaş ve üzeri bireylerde tütün ürünleri kullanımı, alkol kullanımı, alkol kullanımı bozukluğu prevalansı ve etkileyen faktörleri değerlendirmektir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Trabzon ilinde yaşayan 20 yaş üstü 609222 birey oluşturmaktadır. Trabzon ili Türkiye'nin Doğu Karadeniz Bölgesinde yer alan bir şehirdir. Trabzon İlinde Ortahisar, Yomra, Akçaabat, Vakfikebir, Beşikdüzü, Sürmene, Çaykara, Of, Arsin, Maçka, Araklı, Çarşıbaşı, Dernekpazarı, Tonya, Köprübaşı, Şalpazarı, Düzköy, Hayrat olmak üzere 18 ilçe bulunmaktadır. T.C Teknoloji ve Sanayi Bakanlığı web sitesinden alınan verilere göre Trabzon ilinin (SEGE) sosyoekonomik düzey sınıflarına göre 5 düzeye ayrılmaktadır. T.C Teknoloji ve Sanayi Bakanlığı web sitesinden alınan veriler doğrultusunda Trabzon ilinin (SEGE) sosyoekonomik düzey sınıflarına ait veriler Tablo 3'te yer almaktadır (134).

Tablo 3. Trabzon İlçeleri SEGE'ye Göre Sınıflaması

İlçe	Sıra	Skor	Kademe
Orta Hisar	56	1,807	1
Yomra	224	0,480	2
Akçaabat	236	0,405	2
Vakfikebir	265	0,268	3
Beşikdüzü	283	0,170	3
Sürmene	322	0,056	3
Çaykara	345	-0,023	3
Of	361	-0,060	3
Arsin	369	-0,083	3
Maçka	400	-0,150	3
Araklı	462	-0,240	4
Çarşıbaşı	517	-0,340	4
Dernekpazarı	534	-0,374	4
Tonya	605	-0,469	4
Köprübaşı	619	-0,482	4
Şalpazarı	658	-0,527	5
Düzköy	730	-0,616	5
Hayrat	768	-0,676	5

Araştırma yürütüleceği ilçeler T.C Teknoloji ve Sanayi Bakanlığı web sitesinden alınan veriler doğrultusunda Trabzon ilinin (SEGE) sosyoekonomik düzey sınıflarına göre dikkate alınarak belirlenmiştir.

Araştırmanın yürütüleceği ilçeler belirlenirken her SEGE düzeyinden en az 1 ilçe, 1. ve 2. SEGE kademesinden 1'er ilçe, 3. ve 4. SEGE kademelerden her kademe için 2 ilçe ve 5. SEGE kademesinden 1 ilçe seçilmiştir. 2 ve üzerinde SEGE kademeleri için en yüksek nüfusa sahip ilçeler belirlenerek, benzer nüfus büyüklüğüne sahip ilçeler varlığında ilçe seçimi en yüksek nüfus yoğunluğuna sahip ilçeler arasından rastgele kura yoluyla belirlenmiştir.

Araştırma 1.SEGE kademesinden Ortahisar ilçesi, 2.SEGE kademesinden Akçaabat ilçesi, 3. SEGE kademesinden Vakfıkebir, Maçka ilçesi, 4.SEGE kademesinden Araklı, Çarşıbaşı ve 5. SEGE Kademesinden Düzköy ilçesi olmak üzere 7 Trabzon İlçesinde yürütülmüştür.

3.3.Örneklem Sayısının Hesaplanması

Araştırmanın evrenini Trabzon ilinde yaşayan 20 yaş üstü 609222 birey oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünü hesaplamada Open Epi programı kullanılmıştır. Örneklem boyutu Türkiye Ulusal İstatistik Kurumu (TÜİK)'ten resmî web sitesi aracılığıyla 2023 yılına ait nüfus istatistiğinde ve 2022 Türkiye Sağlık Araştırması İstatistiğinde yer alan veriler doğrultusunda, araştırmanın öncelikli amacına yönelik olarak her gün tütün kullanımı prevalansı ve son 12 ayda alkol kullanımı prevalansı için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Evreni Trabzon ilinde ikamet eden 20 yaş üstü bireylerden oluşan örneklem tütün ürünleri kullanım prevalansı için beklenen prevalans %28,3, %2,5 sapma, 1 desen etkisi alınarak örneklem büyüklüğü %30 fire payı ile 1620 kişi olarak hesaplanmıştır (135).

Evreni Trabzon ilinde ikamet eden 20 yaş ve üzeri bireylerden oluşan örneklem son 12 ayda alkol kullanım prevalansı için beklenen prevalans %12,1, %2 sapma, 1 desen etkisi alınarak, örneklem büyüklüğü %30 fire payı ile 1326 kişi olarak hesaplanmıştır.

Tütün ürünleri kullanım prevalansı için hesaplanan örneklem sayısının alkol kullanımı prevalansı için hesaplanan örneklem sayısından daha fazla olması sebebiyle tütün ürünleri kullanımı prevalansı için hesaplanan örneklem sayısı dikkate alınarak araştırmamızda 1620 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir.

3.4.Örnekleme Yöntemi

Örnekleme büyüklüğünü hesaplamada ülkemizde Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na göre hanelerde ikamet eden bireylerin adı – soyadı, yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey gibi verilerine erişilememektedir. Bu nedenle araştırma örnekleminizin evreni yansıtabilmesi için Türkiye Ulusal İstatistik Kurumu (TUIK)'ten resmî web sitesi aracılığıyla 2023 yılına ait nüfus istatistikleri dair veriler kullanılmıştır. Araştırma kapsamına alınacak ilçeleri belirleyebilmek için öncelikle çalışmaya alınacak ilçeler T.C Teknoloji ve Sanayi Bakanlığı web sitesinde yer alan Trabzon ili sosyoekonomik gelişmişlik düzeyine göre bölge dağılım tablosundan yararlanılarak Trabzon İlçelerinin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi kademelerine göre belirlenmiştir (135).

Sosyoekonomik gelişmişlik düzeyine göre sınıflandırılan ilçelerde ulaşılması gereken örneklem sayısı, yaşa ve cinsiyete göre tabakalandırma ve ilçelerdeki yaş ve cinsiyet nüfus dağılımına göre ağırlıklandırma yapılarak belirlenmiştir. Seçilen ilçelerin Türkiye Ulusal İstatistik Kurumu (TUIK)'ten resmî web sitesinde yer alan 2023 yılına ait yaş ve cinsiyete göre belirlenen nüfus dağılım tablosundan yararlanılarak ilçelerde ulaşılması gereken örneklem sayısı tabakalandırma ve nüfusa göre ağırlıklandırma yapılarak ilçelere dağıtılmıştır.

Ağırlıklandırma için öncelikle her SEGE kademesinin Trabzon nüfusu genelindeki ve SEGE kademesi içindeki nüfus dağılım yüzdesi hesaplanmıştır. Her SEGE kademesinin Trabzon İli nüfusu genelinde hesaplanan nüfus dağılım yüzdesi (Trabzon nüfusu genelindeki payı) ile hesaplanan örneklem sayısı ($N=1620$) çarpılarak kademelerdeki örneklem sayısı belirlenmiştir.

Birden fazla ilçenin seçildiği SEGE kademelerinde ilçelerde ulaşılması gereken örneklem sayısı ise seçilen ilçenin her SEGE kademesinin nüfus dağılımı içindeki payı ile her SEGE kademesinde ulaşılması hesaplanan örneklem sayısı dikkate alınarak ilçelere dağıtılmıştır. Araştırmanın yürütüleceği ilçelerde hedeflenen örneklem sayısının ilçelere dağılımının belirlenmesinde TUIK Web sitesinde yer alan ilçe nüfus dağılımı verileri tablosundan yararlanılmıştır. Sosyodemografik gelişmişlik düzeyine göre belirlenen Trabzon ilçelerinin nüfus dağılımı ve ilçelerde ulaşılması gereken örneklem sayısı Tablo 4'te belirtilmektedir.

Trabzon genelinde ilçelerin SEGE kademelerine göre nüfus yüzdeleri ve ağırlıklandırma için kullanılan katsayılar Tablo 5’da belirtilmektedir.

Tablo 4. Trabzon İlçeleri Cinsiyete Göre Nüfus Dağılımı, Örneklem Sayısı

İlçe	SEGE Kategorisi	Erkek Nüfus	Kadın Nüfus	20 Yaş Üstü Erişkin Nüfus	Örneklem Sayıları
Ortahisar	1.Kademe	117821	125493	243314	645
Akçaabat	2.Kademe	46919	48249	95168	343
Vakıkebir	3.Kademe	10149	10739	20888	196
Maçka	3. Kademe	10326	9964	20290	192
Araklı	4. Kademe	17289	17409	34698	124
Çarşıbaşı	4.Kademe	6031	5801	11832	50
Düzköy	5.Kademe	5012	5241	10253	70
Seçilen ilçeler		212939	227434	439116	1620
Trabzon Geneli		299245	309977	609222	

Tablo 5. Trabzon İlçelerin SEGE’ye Göre Nüfus Dağılımları, Nüfus Yüzdeleri, Ağırlığı

	SEGE kademesi	20 Yaş Üstü Erişkin Nüfus	SEGE Kademesinin Nüfus Yüzdesi	Ağırlıklandırma katsayısı
Ortahisar	1. kademe	243314	%100	%39,9
Akçaabat	2.kademe	95168	%73,9	%21,1
Diğer ilçe	2.kademe	33754	%26,1	
Vakıkebir	3.kademe	20888	%14,3	%24,1
Maçka	3.kademe	20290	%13,8	
Diğer ilçeler	3.kademe	105563	%71,9	
Araklı	4. kademe	34698	%53,8	%10,6
Çarşıbaşı	4.kademe	11832	%18,4	
Diğer ilçeler	4.kademe	17931	%27,8	
Düzköy	5.kademe	10253	%39,8	%4,3
Diğer ilçeler	5.kademe	15529	%60,2	

Türkiye Ulusal İstatistik Kurumu (TÜİK)’ten resmî web sitesi aracılığıyla 2023 yılına ait nüfus istatistikleri dair veriler kullanılarak ilçelerde bulunan 20 yaş ve üzeri erişkin nüfusun bulunduğu ilçenin SEGE kademesine, ilçedeki yaş, cinsiyet nüfus dağılımına göre tabakalandırma ve ağırlıklandırma yapılarak belirlenen ilçelerde ulaşılması hedeflenen örneklem sayısının dağılımı Tablo 6’da belirtilmektedir.

Tablo 6.Örneklem Sayılarının Yaşa ve Cinsiyete Göre Tabakalandırılması

	Erkek						Kadın						Toplam örneklem sayısı
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	
Ortahisar	72	68	72	54	36	13	72	73	74	55	39	17	645
Akçaabat	34	33	34	30	24	16	33	33	32	29	25	20	343
Vakfikebir	18	17	17	17	17	13	18	17	17	17	17	13	196
Maçka	18	17	17	16	16	13	18	17	17	16	16	13	192
Araklı	12	12	12	10	10	5	12	11	10	11	10	8	124
Çarşıbaşı	5	5	4	4	4	3	5	5	4	4	4	4	50
Düzköy	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	5	70

Trabzon İlinde ilçelerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ve nüfusun yaş ve cinsiyete göre dağılımı dikkate alınarak belirlenen ulaşılabilecek gereken örneklem sayısından daha fazla sayıda katılımcıya ulaşılarak araştırmanın veri toplama süreci tamamlanmıştır. Araştırma sonucunda ulaşılan örneklem sayısının Trabzon ilçelerindeki yaş ve cinsiyete dağılımı Tablo 7’de yer almaktadır. Trabzon Genelinde İlçelerde ulaşılan örneklem sayısı Ortahisar ilçesinde 348 kadın, 317 erkek olmak üzere 665 Kişi, Akçaabat ilçesinde 175 kadın 193 erkek olmak üzere 376 kişi, Vakfikebir ilçesinde 107 kadın, 108 erkek olmak üzere 215 kişi, Maçka ilçesinde 107 kadın 103 erkek olmak üzere 210 kişi, Araklı ilçesinde 75 kadın, 62 erkek olmak üzere 137 kişi, Çarşıbaşı ilçesinde 32 kadın, 25 erkek olmak üzere 57 kişi, Düzköy ilçesinde 36 kadın, 42 erkek olmak üzere 78 kişi toplamda Trabzon ilinde %50,9’u (n=880) kadın, %49,1’i (n=850) erkek olmak üzere 1730 kişidir (Tablo 7).

Tablo 7. Trabzon İlinde Ulaşılan Örneklem Sayısı

	Kadın						Erkek					
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
Ortahisar	89	73	74	55	40	17	73	68	72	55	36	13
Akçaabat	33	33	35	29	25	20	42	37	39	30	29	16
Vakfikebir	24	19	17	17	17	13	26	18	17	17	17	13
Maçka	23	19	20	16	16	13	24	17	17	16	16	13
Araklı	24	11	10	11	11	8	12	12	12	10	10	6
Çarşıbaşı	7	6	7	4	4	4	5	5	4	4	4	3
Düzköy	7	6	6	6	6	5	10	6	6	6	7	5

3.5.Örneklem Seçimi ve Katılımcılara Ulaşılması

Araştırmaya dahil edilecek katılımcıların seçilen ilçelerde bulunan İlçe Sağlık Müdürlüğü/Toplum Sağlığı Merkezi'nin bulunduğu mahalle ve sokak başlangıç noktası kabul edilerek sokağın çevresindeki binalardaki haneler ziyaret edilerek belirlenmiştir. Binalarda ve hanelerde yaşayan kişilerin araştırmaya kabul edilme kriterlerini karşılamaması veya araştırmaya katılmak için onamlarının alınamaması durumunda binanın yakınında yaşayan diğer binadaki haneler ziyaret edilerek araştırmaya katılacak bireyler seçilmiştir. Araştırmanın yürütüleceği ilçelerden Ortahisar ve Akçaabat ilçesinde araştırmanın yürütüleceği mahalleler için ilçedeki en yüksek nüfusa sahip mahalleler arasından rastgele kura yoluyla seçim yapılarak belirlenmiştir. Ortahisar ilçesi için Üniversite, Kalkınma, Fatih, Kanuni, Gülbahar Hatun, 1 -2 Nolu Bostancı/Beşirli,1-2-3 Nolu Erdoğan mahalleleri, Akçaabat ilçesi içinse Orta, Söğütlü, Yenimahalle ve Yıldızlı Mahalleleri araştırmaya dahil edilecek mahalleler olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın yürütüleceği diğer ilçelerde ise araştırmaya dahil edilecek İlçe Sağlık Müdürlüğü/Toplum Sağlığı Merkezi'nin çevresinde yer alan mahalleler arasından seçilmiştir. Seçilen mahallelerde İlçe Sağlık Müdürlüğüne en yakın konumda yer alan sokak başlangıç kabul edilerek sokağın başındaki en küçük numaralı veya 1 Nolu binadan başlanarak sırasıyla birer bina atlanarak kişilere ulaşılmıştır. Seçilen 2 veya daha fazla katlı binalarda en fazla 1 hanede anketin uygulanması, binalarda yaşayan kişilerin araştırmaya kabul edilme kriterlerini karşılaması ve araştırmaya katılmak için sözlü/ yazılı onamlarının alınması şartıyla araştırmaya katılacak bireyler seçilmiştir. Seçilen 2 veya daha fazla katlı binalarda ziyaret edilecek olan hane numarası, random sayı hesaplama programı kullanılarak belirlendi. Hanede birden fazla 20 yaş üstü kişi olması durumunda araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan kişi random sayı hesaplama programıyla (hanedeki kişilerin yaşları küçükten büyüğe doğru sıralanarak) belirlenmiştir. Seçilen hanelerde yaşayan kişilerin araştırmaya kabul edilme kriterlerini karşılamaması veya araştırmaya katılmak için yazılı onamı alınamaması hanelerde yaşayan en yakınında hanelerde yaşayan binada yer alan random sayı hesaplama programı ile belirlenen hanelerde yaşayan kabul edilerek katılımcılara ulaşılmıştır. Her ilçe için hedeflenen sayıya ulaşıldığında o ilçedeki görüşmeler sonlandırılmıştır.

Saha çalışmasında görüşülen 20 yaş ve üzeri bireylerin çoğunluğunun evlerde ulaşılabilmesi durumunda, bulunduğu ilçede yaşayan halkı iyi tanıyan bilen muhtarlar ile görüşülerek bireylerin saha çalışmasına katılımları sağlanmıştır.

Bulunulan ilçede evlerin yanı sıra meslek gruplarında tütün kullanımı, alkol kullanımı, alkol kullanım bozukluğu prevalansını tespit etmeye yönelik esnaf, işyeri, ortak kamu alanlarındaki kişilere ulaşıp saha çalışmalarına katılımı sağlanmıştır.

3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Aracı

20 yaşının üzerinde olan, araştırmaya katılmayı kabul eden, konuşma ve işitme engeli olmayan, Türkçe okuma yazma bildiğini ifade eden, iletişim kurabilen bireylere tütün ürünleri, alkol kullanımı, alkol kullanım bozukluğu prevalansı ve etkileyen faktörlerin sorgulandığı bir anket, anket formu/ tablet/akıllı telefon yardımıyla yüz yüze uygulanmıştır. Anket literatür taranarak oluşturulmuştur. Trabzon ilinde ikamet eden 20 yaş üstü erişkinlere 3 bölüm 47 sorudan oluşan ankette yer alan sorular yöneltilmiştir.

Araştırma uygulanacak anketin birinci bölümünde ankete katılanlara yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, gelir durumu, mesleği, kişisel ve ailenizin toplam geliri, çocuğunun olup olmaması, herhangi bir kronik hastalık varlığı yönelik toplam 13 soru yöneltilmiştir. Araştırmanın uygulanacak anketin ikinci bölümünde Trabzon ilinde yaşayan 20 yaş ve üstü bireylerde tütün ürünleri kullanım prevalansı ve etkileyen faktörleri değerlendirmeye yönelik sorular yöneltilmiştir. İkinci bölümünde katılımcıların kullandıkları tütün ve tütün ürünleri, ne kadar süredir tütün ürünü kullandığı, tütün kullanımını bıraktıysa ne kadar zaman boyunca tütün ve ürünü kullandığı, tütün ve ürünleri kullanma ve kullanmama nedenleri, gelecekte tütün ve ürünlerini bırakma düşüncesi, bırakma konusunda profesyonel destek alma durumu, sigara bırakma konusunda profesyonel destek alımında kullandığı yöntemlerle ilgili konularda olmak üzere toplam 13 soru yöneltilmiştir. Tütün ürünleri kullanım sıklığının değerlendirilirken katılımcılara sigara, sarma sigara, pipo, puro, çiğnemelik tütün, enfiye tütün, e-sigara kullanım durumu ve sıklığıyla ilgili sorular yöneltilmiştir.

Araştırmada kullanılacak anketin üçüncü bölümünde kişinin alkol kullanımı alışkanlıklarına değerlendirmek için katılımcılara toplam 21 soru yöneltilmiştir. Anketin üçüncü bölümünde Alkol kullanım bozukluğunu tespit etmeye yönelik ‘‘Alkol Kullanımı Bozukluklarını Tanıma Ölçeği (AUDİT)’’e ait 10 soru ve alkol kullanma nedenleri, kullanmama nedenleri, çevresindeki kişilerin alkol kullanımı durumlarına ait 11 adet soru yer almaktadır. Alkol kullanım bozukluğunu değerlendirirken katılımcılara Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Ölçeği (AUDİT) soruları yöneltilmiştir. Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Ölçeği (AUDİT) alkol içme alışkanlığı, alkol tüketimi ve alkole ilişkin sorunları saptayan 10 maddelik bir ölçektir. İlk 3 sorudan elde edilen puanlar riskli alkol kullanımına, 4-5-6 alkol bağımlılığına, 7-8-9-10. sorular ise zararlı alkol kullanımına işaret etmektedir. Ölçek toplam 40 puan olup, popülasyon çalışmalarında 8-11 aralarında değişen farklı kesme noktaları bulunmakla birlikte önerilen kesme noktası 8’dir. Ölçekten alınan puan ne kadar yüksekse alkol kullanımı hasta için o kadar tehlikeli düzeyde olmaktadır (136). ‘‘Alkol Kullanım Bozukluk Tanısı’nı’’ değerlendirmek için literatürde kullanılan ölçeklerin karşılaştırılmasına dair bilgiler Tablo 13’te gösterilmiştir (137).

Tablo 8. Alkol Kullanım Bozukluğunu Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler

Ölçeğin Adı	Değerlendirdiği Konu	Soru Sayısı	Yılı	Diğer ölçeklerden farkı ve dezavantajı(137)
KESİ (CAGE)	Alkol Sorununun Varlığı	4	1984	KESİ alkol bağımlılığını tespit etmek için kullanılırken, AKBTT daha az şiddetli içme paternlerini de tespit edebilir.
MAST	Yaşam boyu alkol problemi varlığı	25	1995	Riskli alkol kullanımı için alkol tüketiminin sıklığı ve miktarı ölçümü, zararlı alkol kullanımı ve bağımlılık tanımlanması için duyarlı
SMAST	Alkol Sorununun varlığı	13	1995	Riskli alkol kullanımı için alkol tüketiminin sıklığı ve miktarı ölçümünde, zararlı alkol kullanımı ve bağımlılık tanımlanması için duyarlı.
TWEAK	Alkol Sorununun Varlığı	5	1998	İçerik olarak daha dar kapsamda tüketim alışkanlıkları sorgulamaktadır.
AUDIT	Alkol miktarını Alkol kullanım Tarzı Tehlikeli alkol kullanımı	10	2002	Riskli alkol kullanımı için alkol tüketiminin sıklığı ve miktarı ölçümü, zararlı alkol kullanımı ve bağımlılık tanımlanması için ise AUDIT daha duyarlı olduğu belirtilmektedir.

3.7.Araştırmanın Zamanı ve Takvimi

Tablo 9. Araştırmanın Zamanı ve Takvimi

	Ekim 2023	Kasım 2023	Aralık 2023	Ocak 2024	Şubat 2024	Mart 2024	Nisan 2024	Mayıs 2024	Haziran 2024	Ağustos 2025
Literatür Taraması	X	X	X	X						
Etik Kurul İzinlerinin Alınması		X	X	X	X					
Verilerin toplanması					X	X	X			
Veri Analizi					X	X	X			
Araştırma Raporunun Yazılması					X	X	X	X	X	X
Araştırmanın Yazımının Tamamlanması										X

3.8.Araştırmanın Bağımsız ve Bağımlı Değişkenlerinin Kategorizasyonu

Araştırmanın bağımlı değişkenleri tütün ürünleri kullanımı durumu, yaşamı boyunca alkol kullanımı durumu, son 1 yılda alkol kullanımı, alkol kullanımı bozukluğu durumu, ağır içicilik durumudur. Tütün ürünleri kullanımı için mevcut sigara, sarma sigara, E-sigara, nargile, puro pipo, çiğnemelik tütün, enfiye tütün, Maraş otu, ısıtılmış tütün ürünleri kullanımları değerlendirilmiştir. Araştırmamızda Trabzon ilçelerine, ilçelerin sosyodemografik gelişmişlik düzeyine, katılımcıların yaş ve cinsiyet dağılımları dair prevalanslar tüm bağımlı değişkenler için ayrı ayrı belirtilmiştir. Tütün kullanımının değerlendirilirken Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization; WHO) sigara içimine dair standardize tanımlamaları kullanılmıştır. Son 30 gün içinde her gün en az bir adet sigara için kişiler her gün düzenli içen, sigara içen ama son 30 günde her günden daha seyrek içen kişileri her günden seyrek içen ve ara sıra sosyal ortamlarda içenleri ara sıra içen, sigara içmeyen kişileri ise yaşamı boyunca hiç sigara içmeyen veya sigarayı bırakanlar şeklinde kategorize edilmiştir. Analiz edilirken tütün ürünlerini yaşamı boyunca hiç kullanmayanları, yaşamı boyunca birkaç denemek için kullananları ve bırakanlarını tütün ürününü kullanmıyor, halen kullananları tütün ürününü kullanıyor olarak iki grupta kategorize edilmiştir.

Araştırmada alkol kullanımı değerlendirilirken Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization; WHO) alkol kullanımına dair standardize tanımlamaları kullanılmıştır. Alkol kullanımı değerlendirilirken tüm katılımcılar alkol kullanım sürelerine ve yaşamı boyunca alkol kullanım alışkanlıklarına göre son 12 ayda alkol kullananlar, yaşamı boyunca hiç alkol kullanmayanlar, daha önce alkol kullanıp, fakat son 12 ayda alkol kullanmayanlar olarak kategorize edilmiştir. Analiz edilirken alkollü içki yaşamı boyunca hiç kullanmayanları yaşamı boyunca alkollü içki hiç kullanmadı, yaşamı boyunca birkaç denemek için kullananları, bırakanlarını, halen kullananları alkollü içkiyi yaşamı boyunca en az bir kez kullandı olarak iki grupta kategorize edilerek yaşamı boyunca en az bir kez alkollü içki kullanma prevalansı elde edilmiştir. Aynı zamanda katılımcıların son 1 yılda alkollü içki kullanımları sorgulanarak son 1 yılda alkollü içki kullanımı prevalansı ve etkileyen faktörler değerlendirilmiştir. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanıma Ölçeğinden (AUDIT) ‘ten aldıkları puanlara göre ölçekten 0-7 arasında puan alanlar alkol kullanım bozukluğu yok, 8 ve üzeri puan alanlar alkol kullanım bozukluğu var olarak 2 kategorik gruba ayrılmıştır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri Trabzon ilinde yaşanan yer, yaşanan ilçenin sosyo gelişmişlik düzeyi, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, gelir durumu, tütün ürünleri/alkol kullanım süreleri, sıklığı, miktarları, ailedeki ve sosyal çevredeki bireylerin tütün ürünleri/alkol kullanma durumları, hane tipi/ aile yapısı, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, kronik hastalık durumu, psikiyatrik hastalık durumudur.

Araştırmanın bağımlı değişkenlerinin kategorizasyonu Tablo 10’de, bağımsız değişkenlerinin kategorizasyonu Tablo 11, tütün ürünleri ve alkollü içki kullanma nedenlerinin kategorizasyonu Tablo 12, tütün ürünleri ve alkollü içki kullanmama nedenlerinin kategorizasyonu Tablo 13’te gösterilmiştir.

Tablo 10. Araştırmanın Bağımlı Değişkenlerinin Kategorizasyonu

Bağımlı Değişken	Bağımlı Değişkenin Kategorizasyonu
Tütün Ürünleri Kullanımı Sigara, Sarma Sigara Nargile, Puro Pipo. E-Sigara, Çiğnemelik Tütün Enfiye Tütün , Isıtılmış Tütün	Kullanıyor/Kullanmıyor Denemek İçin Kullandım=Kullanmıyor Daha Önce Kullandım , Bıraktım=Kullanmıyor Yaşamım Boyunca Kullanmadım=Kullanmıyor Halen Kullanıyorum=Kullanıyor
Yaşam Boyu Alkollü İçki En Az Bir Kez Kullanımı	Kullandı/Kullanmadı Denemek İçin Kullandım=Kullandı Daha Önce Kullandım , Bıraktım=Kullandı Halen Kullanıyorum=Kullandı Yaşamım Boyunca Kullanmadım=Kullanmıyor
Halen Alkollü İçki Kullanımı	Denemek İçin Kullandım=Kullandı Daha Önce Kullandım , Bıraktım=Kullandı Halen Kullanıyorum=Kullandı Yaşamım Boyunca Kullanmadım=Kullanmıyor
Son 1 Yılda Alkollü İçki Kullanımı	Son 12 Ayda Alkollü İçki Kullandı Son 12 Ayda Alkollü İçki Kullanmadı
Alkol Kullanım Bozukluğu	AUDİT Ölçeği <7 Ve 7 Puan=Alkol Kullanım Bozukluğu Yok 8 Ve >8 Puan=Alkol Kullanım Bozukluğu Var
Ağır Epizodik İçicilik Fazla	Son 1 Ayda Tek Seferde 6 Standart İçki (60 Gr) Alkol Kullanımı Olanlar=Ağır Epizodik İçici Alkol Kullanımı Olmayanlar =Ağır Epizodik Değil

Tablo 11. Araştırmanın Bağımsız Değişkenlerinin Kategorizasyonu

Bağımsız Değişken	Bağımsız Değişken Kategorisi
Sosyokültürel /Sosyoekonomik/ Sosyodemografik durumla ilgili faktörler	
Yaş	20-29,30-39,40-49,50-59,60+yaş
Cinsiyet	Kadın, Erkek
Eğitim Durumu	Okuryazar değil, Okuryazar, İlkokul=İlköğretim Ortaokul=İlköğretim Lise=Ortaöğretim Üniversite, Yüksek Lisans, Doktora=Üniversite ve Üzeri
Kişisel Gelir Durumu	<17.004 TL Asgari ücretin altı ve 17.004 =Asgari ücret >17.004 TL Asgari ücretin üzeri
Mesleği	ISCO – 08’e göre on meslek grubu =Meslek Sahibi on meslek grubu içinde olmayan=Meslek Sahibi Değil
Ailenin Toplam Geliri	<30 000 TL ve 30 000 =Ortanca ve altı >30 000 TL= Ortancanın üzeri
Psikolojik hastalığı	Psikolojik Hastalığı Var /Yok Depresyon, Yaygın Anksiyete bozukluğu, Panik bozukluk, Obsesif kompulsif bozukluk, Hiperaktivite bozukluğu, Bipolar Affektif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Erişkin dikkat eksikliği, Sosyal Fobi, Diğer
Kronik Hastalıkları	Kronik Hastalığı Var/Yok Şeker hastalığı (Diyabet), Yüksek tansiyon, Karaciğer hastalıkları, Böbrek hastalıkları, Mide hastalıkları, Kanser, Kas iskelet sistemi hastalıkları, Akciğer hastalıkları, Tiroit hastalıkları, Kalp hastalıkları, diğer
Yaşadıkları İlçe Sosyoekonomik Gelişmişlik Düzeyi (SEGE)	Ortahisar (1.SEGE) Akçaabat (2.SEGE) Vakfikebir- Maçka (3.SEGE) Araklı- Çarşıbaşı (4.SEGE) Düzköy (5.SEGE)
Aile Yapısı/Kimlerle birlikte yaşadığı	Yalnız, Eş, Anne, Baba, Kardeş, Çocuk, Büyükanne, Büyükbaba, Torun, Gelin, Damat, Diğer Akrabalarım, Arkadaş, Diğer hane halkı
Evlilik Durumu	Evli/Bekar
Çocuğunun Olup Olmaması	Var/Yok

Tablo 11. Araştırmanın Bağımsız Değişkenlerinin Kategorizasyonu (Devamı)

Tütün Ürünleri Kullanım Alışkanlıklarıyla İlgili Faktörler

Bağımsız Değişken	Bağımsız Değişken Kategorisi
Tütün Ürünleri Başlama Yaşı	<15 yaş, 15-24,25-34, >35yaş
Tütün Ürünleri Kullanma Süresi	Daha önce.....ay/yıl kullandım, bıraktım <1 yıl, 1-10 yıl, 11-20 yıl, 21-30 yıl ,31-40 yıl , 41-50 yıl, >50 yıl
Tütün Ürünü Sayısı	Hiçbir tütünü kullanmıyor, Tek bir tütün ürünü 2 adet tütün ürünü, 3 ve daha fazla tütün ürünü
Sigara Kullanım Miktarı.	Günde ortalama.....adet olarak kullandım <10 adet , 11-20 adet, 21-30 adet ,>30
Sigara Kullanım Miktarı (Paket-Yıl)	1-25 paket yıl, 26-50 paket yıl, >50 paket -yıl
Tütün Ürünleri Kullanma Sıklığı	Her gün Her günden seyrek kullanıyorum Ara sıra sosyal ortamda kullanıyorum Son 30 günde hiç içmedim
Tütün ve Ürünlerini Bırakma Düşüncesi	Evet, Hayır, Diğer
Gelecekte Tütün ve Ürünlerini Bırakma Planı	En çok bir ay içerisinde Gelecek yılda, diğer Gelecek 1-6 ay içerisinde
Profesyonel Destek Alım Durumu	Evet, Hayır
Profesyonel Destek Alımında Kullandığı Yöntemler	Üniversitelerdeki Sigara Bırakma Poliklinikleri Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM) ALO 171 Sigara Danışma Hattı 115 YEDAM Danışma Hattı Özel sağlık kuruluşu ve muayenahaneler
Çevresindeki Kişilerin Sigara Kullanımı	Kullanıyor=Kullanıyor Bıraktı/Hiç Kullanmadı/Belirtmedi =Kullanmıyor
Anne/Baba/Kardeş	
Özel arkadaş/Eş/sevgili/Nişanlı	
/Çocuk/Torun	
Büyükanne/Büyükbaba	
En yakın iş arkadaşı, En yakın arkadaş	

Tablo 11. Araştırmanın Bağımsız Değişkenlerinin Kategorizasyonu (Devamı)

Alkol Kullanım Alışkanlıklarıyla İlgili Faktörler	
Bağımsız Değişken.	Bağımsız Değişken Kategorisi
Alkol Kullanım Süresi	Alkollü içki.....ay/yıldır kullanıyorum. <1 yıl,1-10 yıl, 11-20 yıl, 21-30 yıl, 31-40 yıl, 41-50 yıl ,>50 yıl
Son 1 Yılda Alkol Kullanma Sıklığı	Hiçbir zaman, Ayda bir veya daha az Haftada bir veya daha az, Haftada 2-4 kez Haftada 5 kez veya daha fazla
Son 1 Yılda Günde Ortalama Aldığı Standart İçki Kullanım Sayısı	0, 1, 2, 3-4, 5-6, 7 veya daha fazla
Son 1 Yılda Bir Seferde 6 veya Daha Fazla Standart İçki İçme Sıklığı	Hiçbir Zaman, Ayda Birkezden Az, Her ay, Her hafta Her günden yaklaşık, Her gün
Son 1 Ayda 6 Standart İçkiden Fazla İçme Durumu	Evet/Hayır
Geçen Yılda Alkollü Bir İçki İçtikten Sonra Suçluluk veya Pişmanlık Duyma Sıklığı	Hiçbir zaman, Ayda Birkezden az, Her ay Her hafta, Her gün yaklaşık , Her gün
Alkol Alma Nedeniyle Yaralanma Durumu	Hayır, Evet fakat geçen yıl içinde değil Evet fakat geçen yıl içinde
Bir Arkadaşınızın, Bir Doktor veya Bir Sağlık Çalışanının Alkol Almayı Kesme Önerisi	Hayır, Evet, Fakat Geçen Yıl İçinde Değil Evet, Geçen Yıl İçinde
Çevresindeki Kişilerin Alkollü İçki Kullanımı	Kullanıyor=Kullanıyor Bıraktı/Hiç Kullanmadı/Belirtmedi =Kullanmıyor
Anne/Baba/Kardeş Özel arkadaş/Eş/sevgili/Nişanlı /Çocuk/Torun Büyükanne/Büyükbaba En yakın iş arkadaşı En yakın arkadaşı	

Tablo 12. Tütün Ürünleri ve Alkol Kullanma Sebepleri

Keyif alma/eğlenmek için	Aile bireylerinin vefatından duyduğum üzüntü
Stres/ Sıkıntı	Arkadaş/arkadaşlarımın vefatından duyduğum üzüntü
Kullananlara özenme	Ailemden uzakta kalmak
Sosyal ortama uyum sağlamak	Ekonomik sorunlarım olması
Çevremdeki kişilerin içmesi	Yaşadığım travmalar
Çevreden gelen ikram	Yaşadığım ortamın değişmesi
Gerginliğimi azaltmak	Endişelerimi unutmak
Özel bir nedeni yok	Diğer

Tablo 13. Tütün Ürünleri ve Alkol Kullanmama/Bırakma Sebepleri

Maddi imkanımın olmaması	Kokusunu sevmediğimden
Tütün ürünleri/alkollü içki satın alabileceğim yerlere ulaşamadığımdan	Toplumda rol model olmak istediğimden
Çevremdeki kişilerin içmemesi	Tütün ürünleri /Alkol kullanımına bağlı ciddi hastalığı olan yakınlarımdan etkilendiğimden
Sağlığıma zarar vermesi/olumsuz etkilemesi	Ailemde tütün ürünleri /alkol kullanımına bağlı vefat eden kişilerden etkilendiğimden
Tütün ürünleri/alkol fiyatlarının pahalı olması	Ailemden tütün ürünleri /alkol kullanımına bağlı sağlığı olumsuz etkilenen kişilerin olması
Bağımlı olmaktan korktuğumdan.	Çevremdeki kişilerin sağlığını
Gerekli görmediğimden.	korumak/zarar görmesini engellemek
Ailemin kullanmamı istememesi	Özel bir nedeni yok
Arkadaşlarımın kullanmamı istememesi	Diğer sebepler
Manevi inancıma uygun olmaması	
Sağlığımı korumak	
Tütün ürünlerine para harcamak istememem	

3.9. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizlerde SPSS 26.0 kullanıldı. Değerlendirme sonuçlarının tanımlayıcı istatistikleri; kategorik değişkenler için sayı, yüzde ve sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum olarak verilmiştir. Sayısal değişkenlerin normal dağılımı test etmek için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır.

Bağımsız sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında, normal dağılıma uyuyorsa T testi veya ANOVA, veriler normal dağılıma uymuyorsa Mann Whitney U veya Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Kategorik bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki kare ve Fisher testi kullanılmıştır. Tüm istatistik analizlerinde önemlilik değeri $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Yaş grupları, cinsiyet, eğitim durumu, kişisel gelir, ailenin ortalama geliri, yaşadıkları Trabzon ilçesinin sosyoekonomik düzeyi, çalışma durumu, mesleği, çocuğunun olup olmaması durumu, kronik hastalık varlığı, psikiyatrik hastalık varlığı, çevresindeki kişilerin tütün kullanımı ile bireylerin tütün ürünleri kullanımı arasındaki ilişkiler değerlendirilirken Ki Kare testi kullanılmıştır. Tütün ürünü tipi, tütün kullanım sıklığı, tütün ürünlerini bırakmak için profesyonel destek alma durumu ve uyguladıkları yöntemler bağımsız gruplarda kategorik veriler şeklinde biçimlendirilmiştir, sayı ve yüzde olarak tanımlanmıştır. Yaş grupları, cinsiyet, eğitim durumu, kişisel gelir, ailenin ortalama geliri, yaşadıkları Trabzon ilçesinin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi, çalışma durumu, mesleği, çocuğunun olup olmaması durumu, kronik hastalık varlığı, psikiyatrik hastalık varlığı, çevresindeki kişilerin alkol kullanım durumu ile alkol kullanım durumu, alkol kullanım bozukluğu, ağır içicilik durumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için Ki Kare testi kullanılmıştır. Alkol kullanım alışkanlıkları, kullandıkları alkol miktarı, alkole ilk başlama yaşı, ne kadar süre boyunca kullandığı, bıraktıysa kaç yıl önce bıraktığı bağımsız gruplarda kategorik veriler şeklinde biçimlendirildi, sayı ve yüzde olarak tanımlanmıştır. Bireyde alkol kullanımı, alkol kullanım bozukluğu, son 1 yılda alkol kullanımı varlığıyla tütün kullanımı durumunun ilgili olup olmadığını değerlendirirken Ki kare testi uygulanmıştır.

Verilerin uygunluğu durumunda iki durumu etkileyen faktörler açısından ki kare testinde anlamlılık düzeyi $p < 0,25$ olan değerler için çok değişkenli hiyerarşik lojistik regresyon modelleri kullanılmıştır. Halen tütün ürünleri kullanımı, yaşamı boyunca ve son 1 yılda alkollü içki kullanımı, alkol kullanımı bozukluğu sonuç değişkenlerinin her biri için 2'şer model oluşturulmuştur. Modellerdeki değişkenler Model 1 'de sosyodemografik, kişisel özellikler , kişinin tütün/alkol kullanımı alışkanlığı Model 2'de çevresel etkilenim /çevrenin bireydeki tütün ürünleri/alkol kullanımına etkisinin değerlendirilmesi için gruplandırılmıştır. Tütün ürünleri kullanımı prevalansı ve etkileyen faktörleri değerlendirmek için yapılan hiyerarşik regresyon modellerinde

Model 1'e yaşı, cinsiyet, medeni durum, çocuğunun olup olmaması durumu, eğitim durumu, kişisel gelir, çalışma durumu, meslek sahibi olma durumu, yaşadıkları Trabzon ilçesinin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi, kronik hastalık varlığı, kişinin alkol kullanımı durumu dahil edilirken Model 1 deki değişkenlere ek olarak annenin, babanın, çevresindeki diğer kişilerden en az birinin tütün ürünleri kullanımı durumu değişkenleri eklenerek Model 2 oluşturulmuştur. Alkol kullanımı, alkol kullanım bozukluğu prevalansı ve etkileyen faktörleri değerlendirmek için yapılan hiyerarşik regresyon modelinde Model 1'e yaşı, cinsiyet, medeni durum, çocuğunun olup olmaması durumu, eğitim durumu, kişisel gelir, çalışma durumu, meslek sahibi olma durumu, yaşadıkları Trabzon ilçesinin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi kronik hastalık varlığı, kişinin tütün ürünleri kullanımı durumu dahil edilirken Model 1 deki değişkenlere ek olarak annenin, babanın, çevresindeki diğer kişilerden en az birinin alkol kullanımı durumu değişkenleri eklenerek Model 2 oluşturulmuştur.

3.9.Araştırmanın Sınırlıkları

Araştırma kesitsel araştırma tasarımı olduğundan, tütün ürünleri, alkol kullanımı, alkol kullanımı bozukluğu prevalansı ve etkileyen faktörleri belirlemek için veriler aynı anda elde edilmiştir, neden sonuç ilişkileri sınırlı düzeyde saptanmış olabilir. Tütün ürünleri , alkol kullanımı, alkol bozukluğunun kronik ve psikiyatrik hastalıklar üzerine olan etkilerini net olarak belirleyebilmek için boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır.

3.10. Etik Kurul Onayı ve Kurum İzinleri

Araştırmanın etik onayı, KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan alınmıştır. (2023/253 protokol numaralı, 11.01.2024 tarih ve E-24237859-40 sayılı yazısı). Araştırma anketinin uygulanabilmesi için T.C. Trabzon Valiliğinden (07.07.2023 tarih ve E-34043641-000-46893 sayılı yazısı) araştırma izni alınmıştır. İzinler Ek 2 ve Ek 3'te sunulmuştur. Araştırmaya katılım için katılımcılardan sözlü onam alınmış ve anketin ilk sayfasında yer alan ilgili bölüm işaretlenmiştir.

3.11. Araştırmanın Maliyeti

Araştırma maliyeti için destek alınmamış, araştırmanın giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Trabzon İlinde Araştırmaya Katılan Örneklemin Özellikleri

Trabzon Geneline İlçelerde ulaşılan örneklem sayısı Ortahisar ilçesinde 348 kadın, 317 erkek olmak üzere 665, Akçaabat ilçesinde 175 kadın, 193 erkek olmak üzere 376 kişi, Vakfıkebir ilçesinde 107 kadın, 108 erkek olmak üzere 215, Maçka ilçesinde 107 kadın, 103 erkek olmak üzere 210, Araklı ilçesinde 75 kadın, 62 erkek olmak üzere 137, Çarşıbaşı ilçesinde 32 kadın, 25 erkek olmak üzere 57, Düzköy ilçesinde 36 kadın, 42 erkek olmak üzere 78 kişi, toplamda Trabzon ilinde %50,9'u (n=880) kadın, %49,1'i (n=850) erkek olmak üzere 1730 kişidir (Tablo 7).

Trabzon genelinde katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı değerlendirildiğinde; 20-29 yaş grubu tüm örneklemin %23,1'ini (n=399), 30-39 yaş grubu %19,1'ini (n=330), 40-49 yaş grubu %19,4'ünü (n=336), 50-59 yaş grubu %16,0'sını (n=276), 60-69 yaş grubu %13,8'sini, 70 yaş ve üzeri yaş grubu %8,6'sını (n=149) oluşturmaktadır. Katılımcıların %50,9'u kadın (n=880), %49,1'i (n=850) erkektir.

Eğitim durumuna göre tüm örneklemin %34,2'sini (n=592) ilköğretim düzeyinde eğitim düzeyine sahip katılımcılar oluştururken %33,1'ini (n=572) ortaöğretim, %32,7'sini (n=566) üniversite ve üzeri düzeyde eğitim düzeyine sahip katılımcılar oluşturmaktadır. Tüm katılımcıların %11,6'sı yalnız yaşamakta belirtirlerken %6,9'u ise çekirdek aile bulunmayan diğer kişilerle birlikte yaşamakta olduğu belirtmektedirler.

Katılımcıların %49,5'i (n=857) gelir getirici bir işte çalışırken, %50,5'i (n=873) gelir getirici bir işte çalışmamaktadır. 2024 Nisan ayı asgari ücret verileri 17.004 belirlendiğinden kişisel aylık gelir durumu göre katılımcılar 17.004 TL üzeri asgari ücretin üzeri, 17.004 TL altında kişisel aylık geliri olan katılımcılar asgari ücretin altı olarak değerlendirildi. Kişisel aylık geliri asgari ücretin üzerinde olan katılımcılar tüm katılımcıların %44,5 'ini, kişisel aylık geliri asgari ücretin altında olan katılımcılar tüm katılımcıların %55,5'ini oluşturmaktadır. Hane halkı geliri ortancanın üzerinde olan katılımcılar tüm katılımcıların %41,8'sini, hane halkı geliri ortancanın altında olan katılımcılar %58,2'sini oluşturmaktadır (Tablo 14).

Tablo 14.Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		n	%
Yaş	20-29	399	23,1
	30-39	330	19,1
	40-49	336	19,4
	50-59	276	16,0
	60-69	238	13,8
	70+	149	8,6
Cinsiyet	Kadın	880	50,9
	Erkek	850	49,1
Medeni Durum	Evli	1151	66,6
	Bekar	576	33,4
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	1120	65,0
	Hayır	604	35,0
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	25	1,4
	Okuryazar	34	2,0
	İlkokul Altı	313	18,1
	Ortaokul	220	12,7
	Lise	572	33,1
	Üniversite	505	29,2
	Yüksek Lisans	45	2,6
	Doktora	16	0,9
Yaşanılan İlçenin SEGE	SEGE-1	666	38,5
	SEGE-2	368	21,3
	SEGE-3	425	24,6
	SEGE-4	194	11,2
	SEGE-5	78	4,5
Hane Halkı Tipi	En Az Bir Çekirdek Aile ve Diğer Kişilerden Oluşan Çekirdek Aile	81	4,7
	İki Ebeveynli Çekirdek Aile	230	13,3
	Eş ve Çocuklardan Oluşan Çekirdek Aile	698	40,4
	Sadece Eşlerden Oluşan Çekirdek Aile	314	18,2
	Tek Ebeveynli Çekirdek Aile	28	1,6
	Dağılmış Aile	56	3,2
	Çekirdek Aile Bulunmayan Birden Fazla Kişiden Oluşan Hane Halkı	119	6,9
	Tek Kişilik Hane Halkı	200	11,6
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	873	50,5
	Çalışıyor	857	49,5
Meslek Sahibi Olma Durumu	Meslek Sahibi	1010	58,4
	Meslek Sahibi Değil	720	41,6
Kişisel aylık gelir	Asgari Ücretin Altı	956	55,5
	Asgari Ücretin Üzeri	766	44,5
Hane Halkı Ortalama Gelir	Ortancanın Altı	989	58,2
	Ortancanın üzeri	710	41,8
Hane Halkı	Birden Fazla	1526	88,4
	Tek Kişilik	200	11,6

Tablo 15. Katılımcıların Çalışma Hayatı Tanımlayıcı Özellikleri

		n	%
Meslek Grubu	Meslek Sahibi Değil	720	41,6
	Esnaf/Sanatkâr	304	17,6
	Profesyonel Meslek Grubu	204	11,8
	Büro Hizmetlerinde Çalışan	111	6,4
	Nitelik Gerektirmeyen İşlerde Çalışan	98	5,7
	Hizmet ve Satış Elemanı	91	5,3
	Tekniker, teknisyen	70	4,0
	Şoför/Makine Operatörü	55	3,2
	Nitelikli Tarım, Ormancılık, Balıkçılık Hizmetleri	32	1,8
	Yönetici	34	2,0
	Silahlı Kuvvetler Mensubu	6	0,3
	Diğer	5	0,3
Gelir getiren bir işte çalışma Durumu	Evet, aktif bir işte çalışıyor	724	41,8
	Ev Hanımı	328	19,0
	Emekli bir işte çalışmıyor	301	17,4
	Öğrenci bir işte çalışmıyor	174	10,1
	Emekli, bir işte çalışıyor	70	4,0
	İşsizim	70	4,0
	Öğrenci bir işte çalışıyor	35	2,0
	Geçici işçi	28	1,6

Meslek gruplarında sigara kullanımını değerlendirebilmek için araştırmanın veri toplama sürecinde kamuya açık işyerleri, ortak kullanılan kamu alanlarındaki kişilere anket uygulanmıştır. Araştırmanın veri toplama sürecinde yönetici pozisyonunda çalışan 34 kişiye, profesyonel meslek grubundan 204 kişi, tekniker ve teknisyenlik hizmetlerinde çalışan 70 kişiye, büro hizmetlerinde çalışan 111 kişi, hizmet ve satış elemanı olarak çalışan 91 kişiye esnaf ve sanatkâr olarak hizmet veren 304 kişi, nitelik gerektirmeyen işlerde çalışan 98 kişi ve meslek sahibi olmayan 720 sayıda kişiye ulaşılmıştır. Yönetici pozisyonunda çalışmakta olanlar araştırmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılar %2,0'sini, profesyonel meslek grubunda yer alanlar %11,8'sini, tekniker ve teknisyenlik hizmetlerinde çalışanlar %4,0'ü, büro hizmetlerinde çalışanlar %6,4'ünü, hizmet ve satış elemanı olarak çalışanlar %5,3'ünü, nitelikli tarım ormancılık, balıkçılık hizmetlerinde çalışanlar %1,8'ini, esnaf ve sanatkâr olarak hizmet vermekte olanlar %17,6'sını, şoför ve makine operatörü olarak hizmet verenler %3,2'sini, nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar %5,7'sini ve meslek sahibi olmayanlar tüm katılımcılar %41,6'sını oluşturmaktadır (Tablo 15).

Tablo 16.Katılımcıların Kronik ve Psikiyatrik Hastalıklarının Dağılımları

Kronik Hastalık Durumu		n	%
Kronik Hastalık	Yok	1163	67,2
	Var	568	32,8
Kronik Hastalık Türü *	Hipertansiyon	244	14,1
	Diyabet	201	11,6
	Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	127	7,3
	Kas İskelet Sistemi Hastalıkları	114	6,6
	Akciğer Hastalıkları	86	5,0
	Mide Hastalıkları	74	4,3
	Üriner Sistem Hastalıkları	58	3,4
	Tiroit Hastalıkları	50	2,9
	Kanser	28	1,6
	Karaciğer Hastalıkları	19	1,1
	Deri Ve Zührevi Hastalıklar	13	0,8
	Göz Hastalıkları	14	0,8
	Sinir Sistemi Hastalıkları	12	0,7
	Romatizmal Hastalıklar	5	0,3
	Anemi	6	0,3
	Diğer Solunum Sistemi Hastalıkları	2	0,1
Psikiyatrik Hastalık Durumu			
Psikiyatrik Hastalık	Yok	1604	92,7
	Var	127	7,3
Psikiyatrik Hastalık Türü *	Depresyon Hastalığı	74	4,3
	Panik Bozukluk	30	1,7
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	23	1,3
	Diğer Psikiyatrik Hastalıklar	17	0,9
Açıklama:*Verilerde katılımcıların öz bildirimleriyle tüm örneklemin kronik ve psikiyatrik hastalık tanısı almış olma durumu değerlendirilmiştir.			

Araştırmada veri toplama sürecinde kronik hastalığı ve psikiyatrik hastalığı olan bireylerde tütün ürünleri kullanımı, alkol kullanımı, alkol kullanım bozukluğu prevalansını değerlendirmek için araştırmaya katılan katılımcıların kronik hastalıkları ve psikiyatrik hastalıkları sorgulanmıştır. Sonuçta araştırmaya kabul eden katılımcılardan 244 kişi (%14,1) yüksek tansiyon, 201 kişi (%11,6) şeker, 86 kişi (%5,0) akciğer, 127 kişi (%7,3) kalp hastalığı, 114 kişi (%6,6) kas iskelet sistemi, 74 kişi (%4,3) mide, 19 kişi (%1,1) karaciğer, 13 kişi (%0,8) deri, 58 kişi (%3,4) üriner sistem hastalığı, 14 kişi (%0,8) göz, 5 kişi (%0,3) romatizmal hastalığı, 50 kişi (%2,9) Tiroit hastalığı, 6 kişi (%0,3) anemi rahatsızlığı, 12 kişi (%0,7) sinir sistemi hastalığı tanısı olduğunu belirtmektedirler. Araştırmaya kabul eden katılımcılardan 74 kişi (%4,3) depresyon, 23 kişi (%1,3) yaygın anksiyete, 30 kişi (%1,7) panik bozukluk hastalığı tanısı olduğunu belirtmektedirler (Tablo 16).

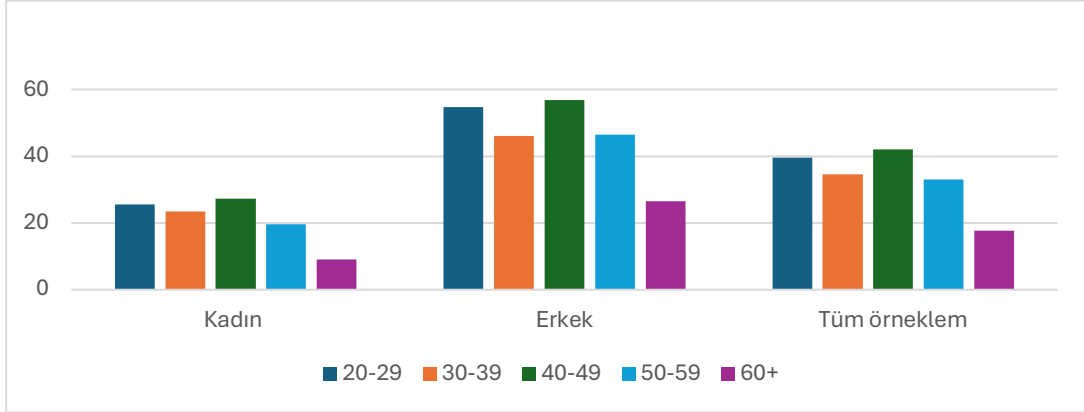
4.2. Trabzon İlinde Tütün Ürünleri Kullanımı Prevalansı ve Etkileyen Faktörler

4.2.1. Trabzon İlinde Tütün Ürünleri Kullanımı Prevalansı

Trabzon ilinde herhangi bir tütün ürünü kullanımı prevalansı %33,1 (%95 GA 30,9-35,3)'dir. Trabzon genelinde tütün ürünlerini kullananların prevalansı değerlendirildiğinde; sigara kullanım prevalansı %32,7 (%95 GA 30,5-34,9) iken nargile kullanımı prevalansı %5,3 (%95GA %4,3-6,4), sarma sigara kullanımı prevalansı %4,1 (%95 GA 3,2-5,1), puro pipo kullanımı prevalansı %2,0 (%95 GA 1,4-2,7), E-sigara kullanımı %1,3 (%95 GA 0,8-1,9), Maraş otu kullanımı %0,3 (%95 GA 0,1-0,6), çiğnemelik tütün ürünleri kullanımı %0,2 (%95 GA 0,0-0,5), enfiye tütün ürünleri kullanımı %0,2 (%95 GA 0-0,4), ısıtılmış tütün ürünleri kullanımı prevalansı %0,1 (%95 GA 0,1-0,4)'dir (Tablo 17). Trabzon genelinde tütün ürünlerinin bırakma prevalansları değerlendirildiğinde; sigara bırakma prevalansı %15,1 (%95 GA 13,5-16,9) iken diğer tütün ürünlerini bırakma prevalansları sarma sigara için %2,9 (%95 GA 2,2-3,8), nargile için %3,1 (%95 GA 2,4-4,0), puro pipo için %1,8 (%95 GA 1,2-2,5), E-sigara için %2,0 (%95 GA 1,4-2,7), Maraş otu için %0,4 (%95 GA 0,2-0,8), çiğnemelik tütün ürünleri için %0,3 (%95 GA 0,1-0,6), ısıtılmış tütün ürünleri için %0,3 (%95 GA 0,1-0,6), enfiye tütün ürünleri için %0,2 (%95 GA 0-0,4)'dir.

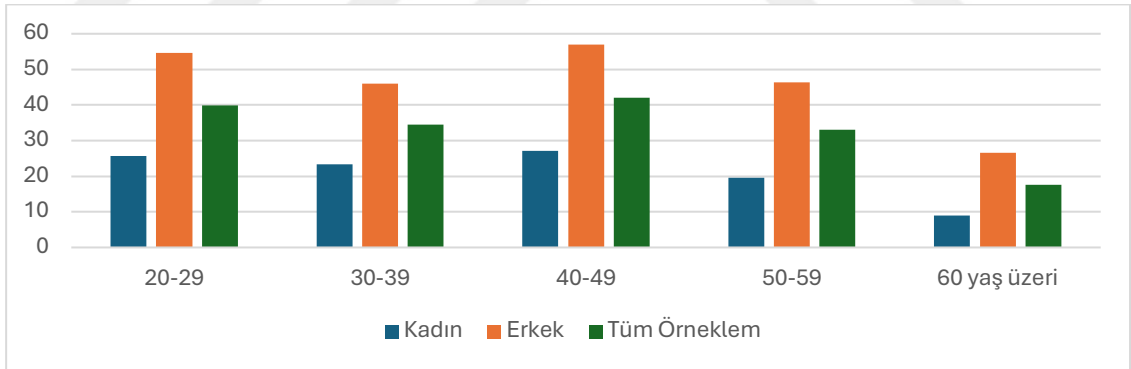
Tablo 17. Trabzon İlinde Tütün Ürünleri Kullanımı Prevalansı

	n	%	(%95GA)
Herhangi Bir Tütün Ürünü	573	33,1	(30,9- 35,3)
Sigara	565	32,7	(30,5-34,9)
Nargile	91	5,3	(4,3-6,4)
Sarma Sigara	71	4,1	(3,2-5,1)
Puro Pipo	34	2,0	(1,4-2,7)
E-sigara	22	1,3	(0,8-1,9)
Maraş Otu	5	0,3	(0,1-0,6)
Enfiye Tütün	3	0,2	(0-0,5)
Çiğnemelik Tütün	3	0,2	(0,0-0,5)
Isıtılmış Tütün	2	0,1	(0,1-0,4)



Şekil 3. Cinsiyete ve Yaş Gruplarına Göre Herhangi Bir Tütün Ürünleri Kullanımı Prevalansı

Herhangi bir Tütün Ürünleri Kullanımı		20-29	30-39	40-49	50-59	60+	Total
		%	%	%	%	%	%
Kadın		25,1	22,2	27,2	18,8	9,0	20,8
Erkek		54,2	46,0	56,9	46,4	26,6	45,9
Tüm Örneklem		39,6	34,5	42,0	33,0	17,6	33,1



Şekil 4. Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Herhangi Bir Tütün Ürünleri Kullanımı Prevalansı

Herhangi bir Tütün Ürünleri Kullanımı		20-29	30-39	40-49	50-59	60+	Total
		%	%	%	%	%	%
Kadın		25,1	22,2	27,2	18,8	9,0	20,8
Erkek		54,2	46,0	56,9	46,4	26,6	45,9
Tüm Örneklem		39,6	34,5	42,0	33,0	17,6	33,1

Herhangi bir tütün ürünü kullanımı prevalansı 20-29 yaş grubunda %39,6, 30-39 yaş grubunda %34,5, 40-49 yaş grubunda %42,0, 50-59 yaş grubunda %33,0, 60 yaş üzeri grupta %17,6'dır. Herhangi bir tütün ürünü kullanımı 20-29 yaş grubunda, 40-49 yaş grubunda istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,001$). Kadınlarda 60 yaş grubunda 20-29, 30-39, 40-49 yaş grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak herhangi bir tütün ürünleri kullanımı prevalansı daha düşüktür ($p<0,001$). Kadınlarda 60 yaş grubunda herhangi bir tütün ürünleri kullanımı prevalansı %9,0 iken diğer yaş grubu kadınlarda herhangi bir tütün ürünleri kullanımı daha yüksek sıklıkta görülmektedir. Erkeklerde herhangi bir tütün ürünleri kullanımı 60 yaş grubunda %26,6 iken yaş grupları için farklılıklarda kadınlarla benzer durum söz konusudur. Erkeklerde 60 yaş grubunda 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 yaş grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak herhangi bir tütün ürünleri kullanımı prevalansı daha düşüktür ($p<0,001$). Tüm katılımcılarda 60 yaş üzeri grupta herhangi bir tütün ürünleri kullanımı prevalansı %17,6 iken istatistiksel olarak anlamlı olarak diğer yaş gruplarına göre 60 yaş grubu daha düşük herhangi bir tütün ürünleri kullanımı prevalansı olan gruptur (Şekil 5, Tablo 18).

Tablo 18. Yaş ve Cinsiyete Göre Tütün Ürünleri Kullanımı Prevalansı

		20-29	30-39	40-49	50-59	60+	Total
		%	%	%	%	%	%
Herhangi bir Tütün Ürünleri Kullanımı	Kadın	25,6	23,4	27,2	19,6	9,0	20,8
	Erkek	54,7	46,0	56,9	46,4	26,6	45,9
	Tüm Örneklem	39,6	34,5	42,0	33,0	17,6	33,1
Sigara Kullanımı	Kadın	25,1	22,2	27,2	18,8	9,0	20,3
	Erkek	54,2	46,0	56,3	46,4	25,5	45,4
	Tüm Örneklem	39,1	33,9	41,7	32,6	17,1	32,7
Sarma Sigara Kullanımı	Kadın	0,5	3,0	1,8	1,4	1,0	1,5
	Erkek	5,7	7,4	11,4	5,1	4,8	6,8
	Tüm Örneklem	3,0	5,2	6,5	2,2	2,8	4,1
Puro Pipo Kullanımı	Kadın	0,5	0,6	1,2	1,4	0,0	0,7
	Erkek	5,2	3,7	4,2	2,9	0,5	3,3
	Tüm Örneklem	2,8	2,1	2,7	2,2	0,3	2,0
Nargile Kullanımı	Kadın	4,8	3,0	1,2	0,7	1,0	2,3
	Erkek	19,3	9,2	7,8	4,3	0,0	8,4
	Tüm Örneklem	11,8	6,1	4,5	2,5	0,5	5,3
E-Sigara Kullanımı	Kadın	1,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,3
	Erkek	5,2	3,1	0,6	2,2	0,0	2,2
	Tüm Örneklem	3,0	1,5	0,6	1,1	0,0	1,3

Yaş gruplarına göre sigara kullanımı prevalansı 20-29 yaş grubunda %39,1 , 30-39 yaş grubunda %33,9, 40-49 yaş grubunda %41,7, 50-59 yaş grubunda %32,6, 60 yaş ve üzeri grupta %17,1'dir. Trabzon ilinde belirlenen yaş gruplarına göre kadınlarda sigara halen kullananların prevalansı değerlendirildiğinde; Araştırmamıza katılan kadın katılımcılarda yaş gruplarına göre 20-29 yaş grubunda %25,1 'inin, 30-39 yaş grubunda %22,2 'sinin, 40-49 yaş grubunda %27,2'sinin, 50-59 yaş grubunda %18,8'inin, 60 yaş ve üzeri grubunda %9,0'unun sigara kullanmaktadır. Erkeklerde yaş gruplarına sigara kullanımı prevalansları değerlendirildiğinde erkeklerde 20-29 yaş grubunda yer alan katılımcıların %54,2'si, 30-39 yaş grubundaki katılımcıların %46,0'sı, 40-49 yaş grubundakilerin %56,3'ü, 50-59 yaş grubunkilerin %46,4'ü, 60 yaş ve üzeri grupta olanların %25,5'i sigara kullanmaktadır. Kadınlarda, erkeklerde ve tüm örnekleme 60 yaş üzeri grupta 20-29 ve 40-49 yaş gruba göre sigara kullanımı prevalansı daha düşüktür ($p<0,001$) (Tablo 18).

Yaş gruplarına göre nargile kullanım prevalansı 20-29 yaş grubu %11,8, 30-39 yaş grubunda %6,1, 40-49 yaş grubunda %4,5, 50-59 yaş grubunda %2,5, 60 yaş ve üzeri grupta %0,5'tir. 20-29, 30-39 yaş grubunda nargile kullanım prevalansı ($p<0,001$) istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek prevalanslarda görülürken 60 yaş ve üzeri yaş grupta nargile kullanmama durumu diğer gruplara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak ($p<0,001$) daha yüksek sıklıkta görülmektedir. Nargile kullanma prevalansı 20-29 yaş grubunda erkeklerde %19,3, kadınlarda %4,8 ; 30-39 yaş grubunda erkeklerde %9,2, kadınlarda %3,0, 40-49 yaş grubunda erkeklerde %7,8, kadınlarda %1,2; 50-59 yaş grubunda erkeklerde %4,3 kadınlarda %0,7; 60 yaş ve üzeri kadınlarda %1,0'dir (Tablo 18).

Trabzon ilinde yaş gruplarına göre sarma sigara kullanımı prevalansı 20-29 yaş grubunda %3,0, 30-39 yaş %5,2, 40-49 yaş grubunda %6,5, 50-59 yaş grubunda %2,2, 60 yaş ve üzeri grupta %2,8'dir. 20-29 yaş grubunda olan erkeklerin %5,7'si , kadınların %0,5'i; 30-39 yaş grubundaki erkek katılımcıların %8,6'sı, kadınların %3,0'ü ; 40-49 yaş grubunda erkek katılımcıların %11,4'ü, kadınların %1,8'i; 50-59 yaş grubunda erkeklerin %5,1'i, kadınların %1,4'ü; 60 yaş ve üzeri grubunda kadınların %1,0'i erkeklerin %4,8'si halen sarma sigara kullanmaktadır (Tablo 18).

Yaş gruplarına göre puro pipo kullanımı prevalansı 20 -29 yaş grubunda %2,8, 30-39 yaş grubunda %2,1, 40-49 yaş grubunda %2,,7 , 50-59 yaş grubunda %2,2, 60 yaş ve üzeri grupta %2,8'dir.Yaş gruplarına göre puro pipo kullanma prevalansı 20-29 yaş grubunda erkeklerde %5,2, kadınlarda %0,5 30-39 yaş grubunda erkeklerde %3,7, kadınlarda %0,6 ; 40-49 yaş grubunda erkeklerde %4,2, kadınlarda %1,2; 50-59 yaş grubunda erkeklerde %2,9, kadınlarda %1,4 ve 60 yaş ve üzeri grupta erkeklerde %0,5'dir (Tablo 18).

Yaş gruplarına göre E-sigara kullanımı prevalansı 20-29 yaş grubunda %3,0, 30-39 yaş grubunda %1,5, 40-49 yaş grubunda %0,6, 50-59 yaş grubunda %1,1'dir. Erkek katılımcılarda E-sigara kullanma prevalansı 20-29 yaş grubunda %5,2, 30-39 yaş grubunda %3,1, 40-49 yaş grubunda %0,6, 50-59 yaş grubunda %2,2'dir. Kadın katılımcılarda E-sigara halen kullananların prevalansı 20-29 yaş grubunda %1,0 , 40-49 yaş grubunda %0,6'dır (Tablo 18).

4.2.2.Tütün Ürünleri Kullanma, Bırakma ve Kullanmama Nedenleri

Tablo 19. Tütün Ürünleri Kullanma Nedenleri

	n	%
Keyif alma eğlenmek için	346	59,7
Stres sıkıntı	255	43,9
Gerginliğimi azaltmak	110	18,9
Çevremdeki kişilerin içmesi	83	14,4
Sosyal ortama uyum sağlamak	71	12,3
Endişelerimi unutmak	46	8,0
Çevreden gelen ikram	40	6,9
Kullananlara özenme	33	5,7
Ekonomik sorunlarım olması	34	5,7
Yaşadığım travmalar	32	5,5
Merak	10	1,7
Aile bireylerinin vefatımdan duyduğum üzüntü	17	2,9
Ailemden uzakta kalmak	9	1,6
Yaşadığım ortamın değişmesi	8	1,4
Arkadaşlarımın vefatımdan duyduğum üzüntü	5	0,9
Özel bir nedeni yok	41	7,1

Tablo 20.Tütün Ürünleri Bırakma Nedenleri

	n	%
Sağlığını Korumak	105	55,6
Sağlığına Zarar Vermesi/Olumsuz Etkilemesi	101	53,4
Tütün Ürünlerinin Pahalı Olması ve Para Harcamak İstememem	23	12,2
Ailemdeki Kişilerin İçmemi İstememesi	20	10,6
Gerekli Görmediğimden	17	9,0
Çevremdeki Kişilerin İçmemesi	10	5,3
Maddi İmkânının Olmaması	8	4,2
Arkadaşlarımın İçmemi İçmemesi	7	3,7
Bağımlı Olmaktan Korktuğumdan	7	3,7
Kokusunu Sevmediğimden	7	3,7
Tütün Ürünlerine Bağlı Ciddi Hastalığı Olan Yakınlarımdan Etkilendiğimden	6	3,2
Ailemden Tütün Ürünlerine Bağlı Sağlığı Olumsuz Etkilenen Kişilerin Olması	5	2,6
Çevremdeki Kişilerin Zarar Görmesini Engellemek ve Olanların Sağlığını Korumak	6	2,2
Toplumda Rol Model Olmak İstedğimden	4	2,1
Tütün Ürünlerini Sevmediğimden Hoşlanmadığımın Diyenler	3	1,6
Manevi İnancıma Uygun Olmaması	3	1,6
Ailemde Tütün Ürünleri Kullanımına Bağlı Vefat Eden Kişilerden Etkilendiğimden	1	0,5
Özel Bir Neden Yok Diyenler	18	9,5

Tablo 21. Tütün Ürünleri Hiç Kullanmayanların Kullanmama Nedenleri

	n	%
Sağlığını Korumak	502	57,1
Sağlığına Zarar Vermesi/Olumsuz Etkilemesi	328	37,3
Gerekli Görmediğimden	215	24,5
Manevi İnancıma Uygun Olmaması	190	21,6
Kokusunu Sevmediğimden	150	17,1
Tütün Ürünlerinin Pahalı Olması ve Para Harcamak İstememem	89	10,1
Ailemdeki Kişilerin İçmemi İstememesi	48	5,5
Çevremdeki Kişilerin İçmemesi	36	4,1
Bağımlı Olmaktan Korktuğumdan	31	3,5
Arkadaşlarımın İçmemi İçmemesi	26	3,0
Çevremdeki Kişilerin Zarar Görmesini Engellemek ve Olanların Sağlığını Korumak	16	1,8
Tütün Ürünlerini Sevmediğimden Hoşlanmadığımın Diyenler	15	1,7
Tütün Ürünlerine Bağlı Ciddi Hastalığı Olan Yakınlarımdan Etkilendiğimden	15	1,7
Ailemden Tütün Ürünlerine Bağlı Sağlığı Olumsuz Etkilenen Kişilerin Olması	15	1,7
Toplumda Rol Model Olmak İstedğimden	11	1,3
Ailemde Tütün Ürünleri Kullanımına Bağlı Vefat Eden Kişilerden Etkilendiğimden	10	1,1
Maddi İmkânının Olmaması	6	0,7
Özel Bir Neden Yok Diyenler	149	17,0

Tütün ürünleri kullanan kişilerin tütün ürünleri kullanma sebepleri değerlendirildiğinde tütün ürünleri kullanan katılımcıların %59,7'si tütün ürünleri keyif alma eğlenmek için kullandığı belirtirken, %43,9'u stres sıkıntı, %18,9 'u gerginliğini azaltmak, %14,4'ü çevresindeki kişilerin içmesi sebebiyle, %12,3 'ü sosyal ortama uyum sağlamak, %8,0 'i endişelerini unutmak için, %5,5 üzerinde oranlarda ise kullananlara özenme, ekonomik sorunların olması, yaşadığı travmalar nedeniyle tütün ürünü kullandıklarını belirtmektedirler.

Tütün ürünleri bırakanların %55,6'sı sağlığını korumak, %53,4'ü sağlıklarının zarar görmesi ve sağlıklarının olumsuz etkilenmesi, %12,2'si tütün ürünlerinin pahalı olması ve tütün ürünlerine para harcamak istememeleri sebebiyle, %10,6'sı ailesindeki kişilerin tütün ürünlerini kullanmalarını istememeleri, %5,3'ü çevresindeki kişilerin içmemesi sebebiyle, %3,7'si arkadaşlarının tütün ürünlerini kullanmalarını istememeleri, %3,7'si bağımlı olmaktan korktuğu için, %3,7'si kokusunu sevmemesi sebebiyle, %3,2'si tütün ürünlerine bağlı ciddi hastalığı olan yakınlarından etkilenmesi sebebiyle, %2,6'sı ailesinde tütün ürünlerine bağlı sağlığı olumsuz etkilenen kişilerin olması ve %0,5'i tütün ürünlerine bağlı vefat eden yakınları olması sebebiyle tütün ürünlerini bıraktıklarını belirtmektedirler.

Tütün ürünleri kullanmayanların %57,1'i sağlığını korumak, %37,3'ü sağlıklarının zarar görmesi ve sağlıklarının olumsuz etkilenmesi, %24,5'i gerekli görmediğinden, %21,6'sı manevi inancına uygun olmadığından, %17,1'i kokusunu sevmemesi sebebiyle, %10,1'i tütün ürünlerinin pahalı olması ve tütün ürünlerine para harcamak istememeleri sebebiyle, %5,5'i ailesindeki kişilerin tütün ürünlerini kullanmalarını istememeleri, %4,1'i çevresindeki kişilerin içmemesi sebebiyle, %3,5'i bağımlı olmaktan korktuğu için, %3,0'ü arkadaşlarının tütün ürünlerini kullanmalarını istememeleri, %1,7'si tütün ürünleri kullanımına bağlı ciddi hastalığı olan yakınlarından etkilenmesi sebebiyle, %1,7'si ailesinde tütün ürünleri kullanımına bağlı sağlığı olumsuz etkilenen kişilerin olması ve %1,1'i tütün ürünleri kullanımına bağlı vefat eden yakınları olması sebebiyle tütün ürünlerini yaşamı boyunca hiç kullanmadıklarını belirtmektedirler.

4.2.3. Tütün Ürünleri Kullanım Alışkanlıkları

Trabzon ilinde tütün ürünleri kullananların sigara kullanım süreleri, son 30 günde tütün ürünlerini kullanımı sıklıkları, kullandıkları tütün ürünleri sayısı, tütün ürünlerine ilk başlama yaşları, günde ortalama kullandıkları sigara adeti, tütün ürünlerini bırakmak için profesyonel yardım alma durumları ve profesyonel yardım almak için başvurdukları yollar incelenerek değerlendirilmektedir. Katılımcıların tütün ürünleri kullanımını alışkanlıklarına dair veriler Tablo 22’de gösterilmektedir.

Tablo 22. Tütün Ürünleri Kullanım Alışkanlıkları

		n	%
Tütün Ürünü Sayısı (n=1730)	Hiçbir Tütün Ürünü	1156	66,8
	Tek Bir Tütün Ürünü	443	25,6
	2 Adet Tütün Ürünü	84	4,9
	3 veya >3 Adet	47	2,7
Tütün Ürünlerine İlk Başlama Yaşı (n=544)	15 yaştan küçük	114	21,0
	15-24	317	58,3
	25-34	85	15,6
	35 yaşından büyük	28	5,1
Sigara Kullanım Süresi (n=563)	<1 yıl	5	0,9
	1-10 yıl	229	40,7
	11-20 yıl	148	26,3
	21-30 yıl	108	19,2
	31-40 yıl	38	6,7
	>41 yıl	35	6,2
Günde Kullanılan Sigara Adeti (n=558)	<10 adet	172	30,8
	11-20 adet	283	50,7
	21-30 adet	44	7,9
	>30 adet	59	10,6
Sigara Paket-Yıl (n=558)	<25 ve 25 paket yıl	435	78,0
	26-50 paket yıl	93	16,7
	>50 paket yıl	30	5,4
Profesyonel Yardım Alma Durumu (n=573)	Profesyonel yardım almayanlar	535	93,4
	Profesyonel destek alanlar	38	6,6

Açıklama:*** Sütun Yüzdesi

Sigara kullanıcılarının %0,9 (n=5)’u 1 yıldan az süredir sigara kullanmaktayken, %40,7 ‘si 1-10 yıllık, %26,3 ‘ü 11-20 yıllık, %19,2’si 21-30 yıllık, %6,7 ‘si 31-40 yıllık, %6,2’si 41 yıldan daha fazla süredir sigara kullanıcısıdır (Tablo 18). Sarma sigara kullanıcılarının %57,1’i 1-10 yıllık kullanıcıyken, %23,8’i 11-20 yıllık, %4,8’i 21-30 yıllık, %4,8’i 31-40 yıllık, %4,8’i 41-50 yıllık, %4,8’i 51-60 yıllık sarma sigara kullanıcısıdır.

Sigarayı kullanan kullanıcıların %30,8'i 172 kişi günde 10 adetten daha az sayıda sigara kullandıklarını belirtirlerken %50,7 'si 283 kişi 11-20 adet, %7,9'u 44 kişi 21-30 adet, %10,6'sı 59 kişi günde 30 adetten daha fazla sayıda sigara kullandıklarını belirtmektedirler. Sarma sigara kullananların %61,9'u (n=13) günde 10 adetten daha az sayıda sarma sigara kullanıyorken, %23,8'i (n=5) 11-20 adet, %4,8' i (n=1) 21-30 adet, %9,5'i(n=1) günde 30 adetten daha fazla sayıda sarma sigara kullandıklarını belirtmektedirler.

Tablo 23. Son 30 Günde Tütün Ürünleri Kullanım Sıklığı

	Her gün		Her günden Seyrek		Arasıra Sosyal		Daha önce kullandım bıraktım	
	n	%**	n	%**	n	%**	n	%**
Sigara	497	28,7	51	2,9	17	1,0	187	10,8
Nargile	3	0,2	10	0,6	78	4,5	43	2,5
Sarma Sigara	33	1,9	19	1,1	19	1,1	48	2,8
Puro Pipo	1	0,1	9	0,5	24	1,4	31	1,8
E-sigara	4	0,2	5	0,3	13	0,8	28	1,8

Son 30 günde sigara kullanım sıklıkları değerlendirildiğinde %28,7'si (n=497) her gün, %2,9'u (n=51) her günden seyrek, %1,0'i (n=17) arasıra sosyal ortamlarda, %0,1'i (n=2) son 30 günde sigara hiç içmediklerini, %10,7 'si sigarayı daha önce kullanıp bıraktığını belirtmektedirler. %0,2'si (n=3) her gün, %0,6'sı (n=10) her günden seyrek, %4,5'i (n=78) arasıra sosyal ortamlarda kullandıklarını belirtirlerken, %1,0'i (n=17) son 30 günde hiç nargile kullanmadıklarını , %1,5'i ise nargileyi daha önce kullanıp bıraktıklarını belirtmektedirler. %0,2'si (n=4) her gün kullanıyorken, %0,3'ü (n=5) her günden seyrek, %0,8'i (n=13) arasıra sosyal ortamlarda, %0,4'ü (n=7) son 30 günde hiç E-sigara kullanmadıklarını, %1,2'si ise e-sigarayı daha önce kullanıp bıraktıklarını belirtmektedirler. %0,1'i (n=1) her gün puro pipo kullanımı mevcutken, %0,5'i (n=9) her günden seyrek, %1,4 'ü (n=24) arasıra sosyal ortamlarda puro pipo kullandıklarını %0,6'sı (n=10) ise son 30 günde hiç puro pipo kullanmadıklarını, %1,2'si daha önce kullanıp bıraktıklarını belirtmektedirler (Tablo 23).

4.2.4.Sosyodemografik Faktörler, Çalışma Hayatı ve Tütün Ürünleri Kullanımı

Sosyodemografik faktörler, halen herhangi bir tütün ürünü kullanımı prevalansına dair karşılaştırmalar Tablo 24'te , sosyodemografik faktörler, çalışma hayatı sigara kullanımı Tablo 25'te, sosyodemografik faktörler, çalışma hayatı, nargile kullanımı, puro pipo, sarma sigara, E-sigara kullanımı dair karşılaştırma sonuçları Tablo 26'da yer almaktadır.

Tablo 24. Sosyodemografik Faktörler, Herhangi Bir Tütün Ürünleri Kullanımı

		Herhangi Bir Tütün Ürünü Kullananlar			
		N	n	%**	p*
Yaş	20-29 ^a	399	158	39,6	<0,001
	30-39 ^a	330	114	34,5	
	40-49 ^a	336	141	42,0	
	50-59 ^a	276	91	33,0	
	60+ ^b	387	68	17,6	
Cinsiyet	Kadın	880	183	20,8	<0,001
	Erkek	850	390	45,9	
Medeni Durumu	Evli	1151	342	29,7	<0,001
	Bekar	576	229	39,8	
Çocuk Durumu	Evet	1120	340	30,4	<0,001
	Hayır	604	231	38,2	
Eğitim Durumu	İlköğretim ^a	582	154	26,0	<0,001
	Ortaöğretim ^b	572	241	42,1	
	Üniversite ^a	566	178	31,4	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	873	192	22,0	<0,001
	Çalışıyor	857	381	44,5	
Meslek Sahibi Olma Durumu	Meslek Sahibi	1010	425	42,1	<0,001
	Meslek Sahibi Değil	720	148	20,6	
Kişisel Aylık Gelir	Asgari Ücret Altı	956	245	25,6	<0,001
	Asgari Ücret Üzeri	766	327	42,7	
Hane Halkı Ortalama Geliri	Ortancanın Altı	989	293	29,6	0,002
	Ortancanın Üzeri	710	271	38,2	
SEGE	1. SEGE ^a	665	237	35,6	0,046
	2.SEGE ^b	368	100	27,2	
	3.SEGE ^{a,b}	425	145	34,1	
	4. ve 5. SEGE ^{a,b}	272	91	33,5	
Hane Halkı Kişi Sayısı	Tek Kişilik	200	68	34,0	0,755
	Birden Fazla Kişi	1526	502	32,9	

Açıklama: Post hoc analiz sonuçlarına göre sütunda gösterilen farklı harfler arasında istatistiksel açıdan önemli fark vardır.*Chi-Square Test/Ki-Kare Testi, **Satır Yüzdesi

Herhangi bir tütün ürünleri kullanımı görülme sıklığı 20-29 yaş grubunda %39,6, 40-49 yaş grubunda %42,0, erkek katılımcılarda %45,9, kadın katılımcılarda %20,8, lise eğitim düzeyine sahip grupta %42,1, çalışanlarda %44,5, kişisel aylık geliri asgari ücreti üzerinde olan katılımcılarda %44,0, hane halkı geliri ortancanın üzerinde olan katılımcılarda %38,1, 1.SEGE düzeyinde ilçelerde yaşayanlarda %35,6, 2.SEGE düzeyi ilçelerde yaşayanlarda %27,2, 3.SEGE düzeyinde ilçelerde yaşayanlarda %34,1, 4. ve 5. SEGE düzeyi ilçelerde yaşayanlarda %33,5'tir.

Herhangi bir tütün ürünü kullanımı görülme sıklığı 20-29, 40-49 yaş grubunda ($p<0,001$), erkek katılımcılarda ($p<0,001$), lise eğitim düzeyine sahip bireylerde ($p<0,001$), çalışanlarda ($p<0,001$), kişisel aylık geliri asgari ücretin üzerinde olan katılımcılarda ($p<0,001$), hane halkı geliri ortancanın üzerinde olan katılımcılarda ($p=0,002$) istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek iken 2.SEGE düzeyi ilçelere yaşayanlarda istatistiksel olarak anlamlı olarak ($p=0,048$) daha düşüktür (Tablo 24).

20-29 yaş grubundaki katılımcıların %39,1, 40-49 yaş grubunda katılımcıların %41,7'si, erkek katılımcıların %45,6'sı, kadın katılımcıların %20,3'ü, lise eğitim düzeyinde olan katılımcıların %41,8'i, çalışanların %44,1'i, çalışmayanların %21,6'sı, kişisel aylık geliri asgari ücretin üzerinde olan katılımcıların %43,3'ü, hane halkı geliri ortancanın üzerinde olan katılımcıların %37,2'si, 1.SEGE düzeyi ilçelerde yaşayan katılımcıların %35,1'i, 2.SEGE düzeyi ilçelerde yaşayanların %26,6'sı, 3.SEGE düzeyi ilçelerde yaşayanların %33,9'u, 4.ve 5.SEGE düzeyi ilçelerde yaşayanların %33,5'i sigara kullanmaktadır.

Sigara kullanımı görülme sıklığı istatistiksel açıdan anlamlı olarak 20-29, 40-49 yaş grubunda ($p<0,001$), erkeklerde ($p<0,001$), ortaöğretim eğitim düzeyinde olan katılımcılarda ($p<0,001$), kişisel aylık geliri asgari ücretin üzerinde olanlarda, hane halkı geliri ortancanın üzerinde olanlarda daha yüksek iken 2. SEGE düzeyi ilçelerde yaşayanlarda istatistiksel olarak anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 25).

Tablo 25. Sosyodemografik Faktörler ve Sigara Kullanımı

		Sigara Kullananlar			
		N	n	%**	p*
Yaş	20-29 ^a	399	156	39,1	<0,001
	30-39 ^a	330	112	33,9	
	40-49 ^a	336	140	41,7	
	50-59 ^a	276	90	32,6	
	60+ ^b	387	66	17,1	
Cinsiyet	Kadın	880	179	20,3	<0,001
	Erkek	850	386	45,4	
Medeni Durum	Evli	1151	337	29,3	<0,001
	Bekar	576	226	39,2	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	1120	335	29,9	<0,001
	Hayır	604	228	37,7	
Eğitim Durumu	İlköğretim ^a	592	153	25,8	<0,001
	Ortaöğretim ^b	572	238	41,6	
	Üniversite Üzeri ^a	566	174	30,7	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	873	189	21,6	<0,001
	Çalışıyor	857	376	43,9	
Meslek Sahibi Olma Durumu	Meslek Sahibi	1010	421	41,7	<0,001
	Meslek Sahibi Değil	720	144	20,0	
Kişisel Gelir	Asgari Ücretin Altı	956	244	25,5	<0,001
	Asgari Ücret Üzeri	766	320	41,8	
Hane Halkı Ortalama Gelir	Ortancanın Altı	989	293	29,6	0,001
	Ortancanın Üzeri	710	263	37,0	
SEGE	1. SEGE ^a	665	232	34,9	0,047
	2. SEGE ^b	368	98	26,6	
	3. SEGE ^{a,b}	425	144	33,9	
	4. SEGE ve 5. SEGE ^{a,t}	272	91	33,5	
Hane Halkı	Tek Kişilik Hane Halkı	200	68	34,0	0,644
	Birden Fazla Kişi	1526	494	32,4	

Açıklama: Post hoc analiz sonuçlarına göre sütunda gösterilen farklı harfler arasında istatistiksel açıdan önemli fark vardır.

*Chi-Square Test/Ki-Kare Testi, **Satır Yüzdesi

Tablo 26. Sosyodemografik Faktörler, Nargile, Sarma Sigara, Puro Pipo, E-sigara Kullanımı

		N	Nargile Kullananlar			Sarma Sigara Kullananlar			Puro Pipo Kullananlar			E-sigara Kullananlar		
			n	%**	p*	n	%**	p*	n	%**	p*	n	%**	p*
Yaş	20-29	399	47	11,8 ^a	<0,001	12	3,0	0,054	11	2,8 ^a	0,087	12	3,0 ^a	0,003
	30-39	330	20	6,1 ^{a,b}		17	5,2		7	2,1 ^{a,b}		5	1,5 ^{a,b}	
	40-49	336	15	4,5 ^b		22	6,5		9	2,7 ^{a,b}		2	0,6 ^{a,b}	
	50-59	276	7	2,5 ^{b,c}		9	3,3		6	2,2 ^{a,b}		3	1,1 ^{a,b}	
	60+	387	2	0,5 ^c		11	2,8		1	0,3 ^b		0	0,0 ^b	
Cinsiyet	Kadın	880	20	2,3	<0,001	13	1,5	<0,001	6	0,7	<0,001	3	0,3	<0,001
	Erkek	850	71	8,4		58	6,8		28	3,3		19	2,2	
Medeni Durum	Evli	1151	34	3,0	<0,001	46	4,0	0,734	16	1,4	0,014	8	0,7	0,002
	Bekar	576	57	9,9		25	4,3		18	3,0		14	2,4	
Çocuk Durumu	Evet	1120	31	2,8	<0,001	46	4,0	0,775	21	1,9	0,027	7	0,6	<0,001
	Hayır	604	59	9,8		25	4,3		23	3,8		15	2,5	
Eğitim Durumu	İlköğretim	592	11	1,9 ^a	<0,001	27	4,6	0,761	7	1,2	0,140	4	0,7	0,028
	Ortaöğretim	572	45	7,9 ^b		23	4,0		16	2,8		5	0,9	
	Üniversite Üzeri	566	35	6,2 ^b		21	3,7		11	1,9		13	2,3	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	873	27	3,8	<0,001	22	3,1	0,058	6	0,8	<0,001	1	0,1	<0,001
	Çalışıyor	857	69	8,1		43	5,0		29	3,4		21	2,5	
Meslek Sahibi Olma Durumu	Meslek Sahibi	1010	64	6,3	0,018	49	4,9	0,063	28	2,8	0,004	20	2,0	0,002
	Meslek Sahibi Değil	720	27	3,8		22	3,1		6	0,8		2	0,3	
Kişisel Gelir	Asgari ücret altı	956	39	4,1	0,013	30	3,1	0,030	9	0,9	<0,001	9	0,9	0,165
	Asgari ücret üzeri	766	52	6,8		40	5,2		24	3,1		13	1,8	
Hane Halkı Gelir	Ortancanın altı	989	39	3,9	0,003	39	3,9	0,665	14	1,4	0,063	9	0,9	0,098
	Ortanca üzeri	710	51	7,2		31	4,4		19	2,7		13	1,8	
SEGE	1. SEGE	665	28	4,2	0,209	21	3,2 ^a	0,002	5	0,8 ^a	<0,001	6	0,9 ^a	0,049
	2. SEGE	368	24	6,5		25	6,8 ^b		11	3,0 ^b		10	2,7 ^a	
	3. SEGE	425	20	4,7		9	2,1 ^a		6	1,4 ^{a,b}		4	0,9 ^a	
	4. ve 5 SEGE	272	19	7,0		16	5,9 ^{a,b}		12	4,4 ^b		2	0,7 ^a	
Hane Halkı	Tek kişilik Halkı	200	9	4,5	0,629	10	5,0	0,471	6	3,0	0,265	0	0,0	0,087
	Birden Fazla Kişi	1526	81	5,3		60	3,9		28	1,8		22	1,4	

Açıklama:*Chi-Square Test/Ki-kare Testi,

Yapılan analizler sonucunda yaş gruplarına göre sigara ($p<0,001$), nargile ($p<0,001$), E-sigara kullanımı ($p=0,003$) görülme sıklığı anlamlı olarak farklılık göstermektedir. Post hoc analizlerde sigara kullanımı 20-29, 40-49 yaş grubunda, nargile kullanımı 20-29 yaş grubunda, E-sigara kullanımı 20-29 yaş grubunda anlamlı olarak daha yüksektir. Sigara kullanımı 60 yaş ve üzerinde, nargile kullanımı 50-59 yaş grubunda, e-sigara kullanımı 60 yaş üzerinde daha az sıklıkta görülmektedir (Tablo 25, Tablo 26).

Cinsiyete göre sigara kullanımı ($p<0,001$), sarma sigara kullanımı ($p<0,001$), nargile kullanımı ($p=0,001$), puro pipo kullanımı ($p<0,001$), E-sigara kullanımı ($p<0,001$) görülme sıklığı kadın ve erkeklerde anlamlı olarak farklılık göstermektedir. Tüm tütün ürünleri kullanımı görülme sıklığı erkeklerde kadınlarda tütün ürünleri kullanımı görülme sıklığından daha yüksektir (Tablo 25, Tablo 26).

Eğitim durumuna göre tütün ürünleri kullanımı arasındaki ilişkiler ise tütün ürünlerinin tipine göre farklılık göstermektedir. Sarma sigara ($p=0,993$) kullanımıyla ve puro pipo kullanımıyla eğitim durumunun ilişkisi bulunmazken, sigara kullanımı ile ($p<0,001$), nargile kullanımı ($p<0,001$), E-sigara kullanımı ($p=0,028$)'nın ilişkilidir. Eğitim durumuna ilişkin Post hoc analizlerde sigara kullanımının, nargile kullanımının, e-sigara kullanımı üniversite düzeyinde eğitim düzeyindeki kişilerde istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek sıklıkta görülmektedir (Tablo 25, Tablo 26).

Çalışma durumuna göre toplumu çalışıyor, çalışmıyor olarak iki gruba ayırdığımızda her iki grupta sigara ($p<0,001$), nargile ($p<0,001$), puro pipo ($p<0,001$), E-sigara ($p<0,001$) kullanımı görülme sıklığı istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklıdır. Sigara, nargile, puro pipo, E-sigara kullanımı görülme sıklığı istatistiksel açıdan gelir getirici bir işte çalışan grupta daha yüksektir.

Meslek sahibi olma durumuna göre meslek sahibi olan ve olmayan grupta sigara ($p <0,001$), nargile ($p=0,018$), puro pipo ($p=0,004$), E-sigara ($p=0,002$) kullanımı görülme sıklığı istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklıdır. Sigara, nargile, puro pipo, E-sigara kullanımı görülme sıklığı istatistiksel açıdan meslek sahibi olan grupta daha yüksektir (Tablo 25, Tablo 26).

Medeni durumu bekar olanlarda sigara kullanımı ($p<0,001$), nargile kullanımı ($p<0,001$), puro pipo kullanımı ($p=0,014$), e-sigara kullanımı ($p=0,002$) görülme sıklığı istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir.

Çocuğu olmayanlarda bireylerde sigara kullanımı ($p<0,001$), nargile kullanımı ($p<0,001$), puro pipo kullanımı ($p=0,027$), e-sigara kullanımı ($p<0,001$) görülme sıklığı istatistiksel açıdan anlamlı olarak çocuğu olan bireylere göre daha yüksektir (Tablo 25, Tablo 26).

Trabzon genelinde araştırmaya katılan katılımcıların yaşadıkları yer sosyoekonomik gelişmişlik düzeyine göre 1.SEGE, 2.SEGE, 3. SEGE, 4. ve 5. SEGE düzeyindeki ilçeler olarak gruplandırıldığında katılımcıların yaşadıkları ilçenin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyine göre sigara ($p=0,047$), sarma sigara ($p=0,002$), puro pipo ($p<0,001$), E-sigara ($p=0,049$) kullanımı görülme sıklıkları istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılık göstermektedir.

Sigara kullanımı 2.SEGE düzeyinde diğer SEGE bölgelerine daha az sıklıkta görülürken, sarma sigara kullanımının 2., 4.ve 5.SEGE bölgesinde, puro pipo kullanımı 4. ve 5. SEGE bölgesinde, E-sigara kullanımı 2. SEGE düzeyinde istatistiksel anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 25, Tablo 26)

Kişisel aylık gelire göre sigara kullanımı ($p<0,001$), sarma sigara kullanımı ($p=0,030$), nargile kullanımı ($p=0,013$), puro pipo kullanımı ($p<0,001$) görülme sıklığı anlamlı olarak farklılık göstermektedir. Kişisel aylık geliri asgari ücretin üzerinde olan katılımcılarda kişisel aylık geliri asgari ücretin altında olan katılımcılara göre sigara kullanımı, sarma sigara kullanımı, nargile kullanımı, puro pipo kullanımı görülme sıklığı istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 25, Tablo 26).

Hane halkı gelire göre sigara kullanımı ($p=0,001$), nargile kullanımı ($p=0,001$) anlamlı olarak farklılık göstermektedir. Hane halkı geliri ortancanın üzerinde olan katılımcılarda hane halkı geliri ortancanın altında olan katılımcılara göre sigara kullanımı, nargile kullanımı görülme sıklığı istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 25, Tablo 26)

Tablo 27. Aile, Sosyal Çevrede Bireylerin Herhangi Bir Tütün Ürünü Kullanımı

		Herhangi Bir Tütün Ürünü Kullananlar			
		N	n	%**	p*
Anne	Kullanmıyor	1619	508	31,4	<0,001
	Kullanıyor	111	65	58,6	
Baba	Kullanmıyor	1122	330	29,4	<0,001
	Kullanıyor	608	243	40,0	
Kardeş	Kullanmıyor	941	265	28,2	<0,001
	Kullanıyor	675	266	39,3	
Çocuk	Kullanmıyor	615	174	28,3	0,194
	Kullanıyor	289	94	32,5	
Torun	Kullanmıyor	570	160	28,1	0,519
	Kullanıyor	56	18	32,1	
Büyükanne	Kullanmıyor	570	160	28,1	0,519
	Kullanıyor	56	18	32,1	
Büyükbaba	Kullanmıyor	1070	338	31,6	0,226
	Kullanıyor	139	51	36,7	
En Yakın İş Arkadaşı	Kullanmıyor	393	92	23,5	<0,001
	Kullanıyor	607	318	52,6	
Özel Arkadaş Eş Sevgili Nişanlı	Kullanmıyor	977	270	27,8	<0,001
	Kullanıyor	483	207	42,8	
En Yakın Arkadaş	Kullanmıyor	657	96	14,6	<0,001
	Kullanıyor	910	432	47,5	
Çevredeki En Az Birinin Kullanımı	Kullanmıyor	414	69	16,7	<0,001
	Kullanıyor	1316	504	38,3	

Bireyin ailesinde ve sosyal çevresinde sigara veya sarma sigara kullanımıyla bireyin halen herhangi bir tütün ürünü kullanma durumu değerlendirildiğinde anne ($p<0,001$), baba ($p=0,001$), kardeş ($p<0,001$) en yakın iş arkadaşı ($p<0,001$), özel arkadaş, eş, nişanlı, sevgili ($p<0,001$), en yakın arkadaşında ($p<0,001$) sigara kullanımı olan grupta halen herhangi bir tütün ürünü kullanımı görülme sıklığı daha yüksektir (Tablo 27).

Tablo 28. Profesyonel Destek Alma Durumu ve Tütün Ürünleri Bırakmak İçin Başvurulan Yollar

	Kullananlar (n=573)		Bırakanlar (n=185)	
	n	%	n	%
Profesyonel Destek Alma ve Yöntem Belirtme Durumu				
Profesyonel Destek Alan Yöntem Belirten	28	4,9	15	8,1
Profesyonel Destek Alan Fakat Yöntem Belirtmeyen	10	1,7	0	0,0
Profesyonel Destek Alan	38	6,6	15	8,1
Profesyonel Destek Alan Yöntem Belirtenlerin Tütün Ürünleri Bırakmak İçin Başvurdukları Yol				
	Kullananlar		Bırakanlar	
	n	%	n	%
Alo 171 Sigara Danışma Hattı	12	42,9	5	33,3
TSM/İlçe Sağlık Müdürlüğü	2	7,1	4	26,7
Yeşilay Danışma Hattı (YEDAM)	4	14,3	3	20,0
Aile Hekimi/Doktor	3	10,7	-	-
Özel Sağlık Kuruluşları	2	7,1	1	6,7
Üniversite Sigara Bırakma Poliklinikleri	4	14,3	1	6,7
Başvurdukları 2 veya daha fazla yol olanlar	1	3,6	1	6,7

Katılımcıların tütün ürünleri kullanmak için başvurdukları yollar değerlendirildiğinde tütün ürünleri kullanan katılımcılarda tütün ürünlerini bırakmak için profesyonel yardım alanlardan başvurdukları yöntemleri belirtenlerin %42,9'u Alo 171 Sigara Danışma hattı, %14,3'ü Yeşilay Danışma Hattı (YEDAM), %7,1'i TSM/İlçe Sağlık Müdürlüğü, %7,1'i özel sağlık kuruluşları, %14,3 üniversite sigara bırakma polikliniklerini, %10,7'si aile hekimi veya diğer branş hekimlerine başvurdukları belirtmektedirler. Tütün ürünü bırakanlardan profesyonel yardım alanlardan yöntem belirtenlerin %33,3'ü Alo 171 Sigara Danışma hattı, %20,0'si Yeşilay Danışma Hattı (YEDAM), %26,7'si TSM/İlçe Sağlık Müdürlüğü, %6,7'si özel sağlık kuruluşları, %6,7'si üniversite sigara bırakma polikliniklerine başvurdukları belirtmektedirler (Tablo 28) %6,6 'si profesyonel destek aldığını belirtirken, %93,4'ü tütün ürünlerini bırakmak için herhangi profesyonel yardım almadıklarını belirtmektedirler. Bırakanların %8,1'i profesyonel yardım aldıklarını belirtirlerken, %91,9'u tütün ürünlerini bırakmak için herhangi bir profesyonel yardım almadıklarını belirtmektedirler (Tablo 28).

Çalışmamız sonucunda Trabzon genelinde 2008’den günümüze kadar olan analizde tütün ürünleri kullanımını açısından istatistiksel açıdan anlamlı olarak Trabzon genelinde azalmıştır. Trabzon genelinde yapılan analizde 2008 öncesinde sigara kullanan kullanıcıların %29,4’ü günümüzde artık sigara kullanmamaktadır, sigarayı bırakmıştır ($p<0,001$).

4.2.5. Tütün Ürünleri Bırakma Sıklıkları

Trabzon ilinde cinsiyet ve yaş gruplarına göre ve tüm katılımcılarda tütün ürünleri bırakma sıklıkları Tablo 29’da belirtilmektedir.

Tablo 29. Tütün Ürünleri Bırakma Sıklıkları

		20-29	30-39	40-49	50-59	60+	Toplam
		%	%	%	%	%	%
Sigara	Kadın	10,1	13,2	13,6	10,1	9,0	11,1
	Erkek	16,1	11,7	14,4	17,4	35,1	19,3
	Tüm Örneklem	13,0	12,4	14,0	13,8	21,7	15,1
Sarma Sigara	Kadın	1,4	3,6	1,8	0,0	1,5	1,7
	Erkek	6,8	3,1	1,8	4,3	4,8	4,2
	Tüm Örneklem	4,0	3,3	1,8	2,2	3,1	2,9
Nargile	Kadın	3,4	3,0	1,8	0,7	0,5	1,9
	Erkek	8,9	4,3	5,4	0,7	1,6	4,4
	Tüm Örneklem	6,0	3,6	3,6	0,7	1,0	3,1
Puro Pipo	Kadın	1,9	1,2	0,6	0,0	0,5	0,9
	Erkek	3,6	2,5	3,0	2,2	2,1	2,7
	Tüm Örneklem	2,8	1,8	1,8	1,1	1,3	1,8
E-sigara	Kadın	1,9	1,2	0,6	0,0	0,0	0,8
	Erkek	6,3	4,3	2,4	0,7	1,6	3,2
	Tüm Örneklem	4,0	2,7	1,5	0,4	0,8	2,0

Tüm katılımcılarda yaş gruplarına göre sigara bırakma sıklıkları 20-29 yaş grubunda %13,0, 30-39 yaş grubunda %12,4, 40-49 yaş grubunda %14,0, 50-59 yaş grubunda %13,8, 60 yaş üzeri grupta %21,7’dir. Tüm katılımcılarda yaş gruplarına göre sarma sigara bırakma sıklıkları 20-29 yaş grubunda %4,0, 30-39 yaş grubunda %3,3, 40-49 yaş grubunda %1,8 , 50-59 yaş grubunda %2,2, 60 yaş üzeri grupta %3,1’dir. Tüm katılımcılarda yaş gruplarına göre nargile bırakma sıklıkları 20-29 yaş grubunda %6,0, 30-39 yaş grubunda %3,6, 40-49 yaş grubunda %3,6 , 50-59 yaş grubunda %0,7 60 yaş üzeri grupta %1,0’dir. Tüm katılımcılarda yaş gruplarına göre e-sigara bırakma sıklıkları 20-29 yaş grubu %4,0, 30-39 yaş grubunda %2,7, 40-49 yaş grubunda %1,5 , 50-59 yaş grubunda %0,4, 60 yaş üzeri grupta %0,8’dir. Sigara, sarma sigara, nargile, puro pipo ve e-sigara

için her iki cinsiyetin yaş gruplarına göre bırakma sıklıkları Tablo 29’da gösterilmektedir. En yüksek bırakma sıklıklarının erkek katılımcılarda sigara bırakma sıklıkları olduğu gözlenmektedir. Erkeklerde sigara bırakma sıklıkları 20-29 yaş grubunda %16,1, 30-39 yaş grubunda %11,7, 40-49 yaş grubunda %14,4, 50-59 yaş grubunda %17,4, 60 yaş üzeri grupta %35,1’dir (Tablo 29).

4.2.6.Sağlık, Hastalık Öyküsü ve Tütün Ürünleri Kullanımı

Tablo 30.Tütün Ürünleri Kullanımı ve Kronik Hastalık Durumu

		Kronik Hastalık Yok		Kronik Hastalık Var		
		n	%***	n	%***	p*
Herhangi Bir Tütün Ürünü	Kullanmıyor	742	64,3	411	72,4	<0,001
	Kullanıyor	412	35,7	157	27,6	
Sigara	Kullanmıyor	745	64,6	416	73,2	<0,001
	Kullanıyor	409	35,4	152	26,8	
Sarma Sigara	Kullanmıyor	1110	96,2	541	95,2	0,356
	Kullanıyor	44	3,8	27	4,8	
Puro Pipo	Kullanmıyor	1127	97,7	561	98,8	0,120
	Kullanıyor	27	2,3	7	1,2	
Nargile	Kullanmıyor	1072	92,9	559	98,4	<0,001
	Kullanıyor	82	7,1	9	1,6	
E -sigara	Kullanmıyor	1135	98,4	565	99,5	0,052
	Kullanıyor	19	1,6	3	0,5	
Açıklama : *Chi-Square Test/Ki-Kare Testi, ***Sütun Yüzdesi						

Kronik hastalığı olan bireyleri %27,6’sı herhangi bir tütün ürünü kullanmaya devam etmektedirler. Kronik hastalığı olan bireylerin tütün ürünleri kullanımı görülme sıklığı değerlendirildiğinde kronik hastalığı olan bireylerin %26,8 ‘i sigara, %4,8’ i sarma sigara, %1,2 ‘si puro pipo, %1,6’sı nargile, %0,5 ‘i ise E- sigarayı halen kullanmaktadır.

Kronik hastalığı olmayan bireylerin %35,4 ‘i sigara, %3,8’i sarma sigara, %2,3’ü puro pipo, %7,1 ‘i nargile, %1,6’sı ise E-sigara kullanmaktadır. Kronik hastalığı olmayan bireylerde sigara ($p<0,001$), nargile($p<0,001$) kullanımı görülme sıklığı istatistiksel açıdan kronik hastalığı olan bireylere göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Kronik hastalığı olan bireylerde tütün ürünlerini bırakma, yaşamı boyunca deneyimleme durumu daha yüksek sıklıkta görülmektedir (Tablo 30).

Tablo 31. Tütün Ürünleri Kullanımı ve Psikiyatrik Hastalık Durumu

		Psikiyatrik Hastalık Yok		Psikiyatrik Hastalık Var		p*
		n	%***	n	%***	
Herhangi Bir Tütün Ürünü	Kullanmıyor	1076	67,1	82	64,6	0,562
	Kullanıyor	528	32,9	45	35,4	
Sigara	Kullanmıyor	1084	67,6	81	63,8	0,374
	Kullanıyor	519	32,4	46	36,2	
Sarma Sigara	Kullanmıyor	1539	96,0	120	94,5	0,406
	Kullanıyor	64	4,0	7	5,5	
Puro Pipo	Kullanmıyor	1569	97,9	127	100,0	0,097
	Kullanıyor	34	2,1	0	0,0	
Nargile	Kullanmıyor	1516	94,6	123	96,9	0,268
	Kullanıyor	87	5,4	4	3,1	
E- Sigara	Kullanmıyor	1576	98,3	126	99,2	0,613
	Kullanıyor	21	1,3	1	0,8	

Açıklama:*Chi-Square Test/Ki-Kare Testi ,***Sütun Yüzdesi

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerde yaşamı boyunca herhangi bir tütün ürünü kullanımı görülme sıklığı %58,3, psikiyatrik hastalığı olmayan bireylerde %41,7'dir ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak psikiyatrik hastalığı olan bireylerde yaşamı boyunca herhangi bir tütün ürünü kullanımı görülme sıklığı daha yüksektir (p=0,034).

Psikiyatrik hastalığı olan ve olmayan bireylerde halen herhangi bir tütün ürünü kullanımı görülme sıklığı açısından ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,562). Psikiyatrik hastalığı olan bireylerde tütün ürünleri kullanımı görülme sıklığı değerlendirildiğinde; psikiyatrik hastalığı olan bireylerin %36,2'si sigara, %5,5' i sarma sigara, %3,1'i nargile, %0,8 i ise E-sigara kullanmaktadır.

Psikiyatrik hastalığı olmayan bireylerin ise %32,4'ü sigara, %4,0'ü sarma sigara, %2,1'i puro pipo, %5,4' ü nargile, %1,3'ü ise E-sigara kullanmaktadır (Tablo 31). Sigara kullanımı açısından değerlendirildiğinde psikiyatrik hastalığı olan grupta kullanma (%36,2), bırakma (%15,0) ve yaşamı boyunca birkaç kez sigara deneme görülme sıklığı (%7,1) istatistiksel açıdan psikiyatrik hastalığı olmayan gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,043) .

Tablo 32. Kronik, Psikiyatrik Hastalığı Olanlarda Herhangi Bir Tütün Ürünü Kullanımı

Kronik Hastalık Tanısı	Herhangi Bir Tütün Ürünü Kullananlar	
	n	%**
Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	45	35,4
Akciğer Hastalıkları	30	34,9
Karaciğer Hastalıkları	6	31,6
Diyabet	46	22,9
Hipertansiyon	54	22,1
Kanser	5	17,9
Psikiyatrik Hastalık Tanısı		
Panik Bozukluk	12	40,0
Depresyon	28	37,8
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	7	30,4
Açıklama:**Satır Yüzdesi		

Kronik ve psikiyatrik hastalığı olan bireylerde hastalık tanılarına göre herhangi bir tütün ürünü kullanımı görülme sıklığı panik bozukluğu tanısı olanlarda %40,0, depresyon hastalarında %37,8, travma sonrası stres bozukluğu hastalarının %33,3, kalp hastalığı tanısı olanlarda %35,4, akciğer hastalığı tanısı olanlarda %34,9, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı olanlarda %30,4, diyabet hastalarında %22,9, hipertansiyon hastalarında %22,1, kanser hastalarında %17,9'dur (Tablo 32).

Depresyon hastalarının %13,5' i, yaygın anksiyete tanısı olan hastaların %21,7' si, panik bozukluk tanısı olan hastaların %10,0 'u, travma sonrası stres bozukluğu tanılı hastaların %33,3' ü sigarayı kullanıp bıraktıklarını belirtmektedirler.

Akciğer hastalığı tanısı olanların %35,7'si (n=30), kardiyovasküler hastalık tanısı olanların %35,2'si (n=44), karaciğer hastalık tanısı olanların %31,6'sı (n=6), şeker hastalarının %23,0'ü (n=45), yüksek tansiyon hastalığı olan bireylerin %22,4'ü (n=53), ve kanser hastalarının %18,5'i (n=5) sigara kullanmakta olduklarını belirtmektedirler.

Kanser hastalarının %33,3'ü (n=9), karaciğer hastalık tanısı olanların %26,3'ü (n=5) ve tanılı akciğer hastalığı olanların %22,6'sı (n=19), kardiyovasküler hastalık tanısı olanların %19,2'si (n=24), yüksek tansiyon hastalığı tanısı olanların %14,8'i (n=35), şeker hastalarının %13,3'ü (n=26) sigarayı kullanıp bıraktıkları belirtmektedirler.

4.2.7. Tütün Ürünleri Kullanımı, Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modelleri

Tütün ürünleri kullanımı prevalansını etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizlerinde Model 1'e yaş, cinsiyet, medeni durumu, hane halkı tipi, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek sahibi olma durumu, kişisel aylık gelir, katılımcının yaşadığı sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi, kronik hastalık durumu, alkollü içki kullanımı durumu Model 2'ye ise tüm bu değişkenlere ek olarak annenin tütün ürünleri kullanımı, babanın tütün ürünleri kullanımı ve çevresinde en az bir kişinin tütün ürünleri kullanımı durumuyla ilgili kategorik değişkenler eklenmiştir. Tütün ürünleri kullanımı erkeklerde kadınlara göre Model 2'ye göre (OR =2,38, %95GA 1,83-3,10) kat daha yüksek sıklıkta görülmektedir. Model 1'e göre ilköğretim eğitim seviyesine sahip bireylere göre üniversite düzeyinde eğitim gören bireylerde (OR= 2,13, %95GA 1,59-2,85) kat, ortaöğretim düzeyinde eğitim düzeyine bireylerde (OR=1,91,%95GA 1,32-2,74) kat tütün ürünleri kullanımı prevalansı daha yüksek sıklıkta görülmektedir. Model 2'de ilköğretim eğitim seviyesine sahip bireylere göre üniversite düzeyinde eğitim gören bireylerde (OR=2,19, %95GA 1,63-2,93) kat, ortaöğretim düzeyinde eğitim düzeyine bireylerde (OR=1,87, %95GA 1,29-2,71) kat tütün ürünleri kullanımı prevalansı daha yüksek sıklıkta görülmektedir. Meslek sahibi olan bireylerde meslek sahibi olmayan bireylere göre tütün ürünleri kullanım prevalansı Model 1'e göre (OR=1,62,%95GA 1,08-2,41) kat daha yüksektir. Yaşadığı ilçenin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyine göre katılımcılarda tütün ürünleri kullanımı prevalansı sorgulandığında Model 1'e göre 4. ve 5. SEGE düzeyinde yer alan ilçelerde yaşayan katılımcılara göre 2.SEGE düzeyinde ilçelerde yaşayanlarda (OR=0,64, %95GA0,43-0,94,p=0,025) kat daha az sıklıkta tütün ürünleri kullanımı görülmektedir. Alkollü içki kullanan katılımcılarda alkollü içki kullanmayan katılımcılara göre tütün ürünleri kullanım prevalansı Model 1'e göre (OR= 4,63, %95GA 3,38-6,34), Model 2'ye göre ise (OR =3,93, %95GA 2,85-5,42) kat daha yüksektir. Annede tütün ürünleri kullanımı olan bireylerde tütün ürünleri kullanımı riski (OR=2,28,%95GA 1,42-3,66) kat daha fazla iken, çevresinde en az 1 kişide tütün ürünleri kullanımı olan bireylerde tütün ürünleri kullanımı prevalansı (OR=2,53,%95GA 1,84-3,49) kat daha fazladır. Tütün ürünleri kullanımı için her iki modelde anlamlı olup, Model 1 için Hosmer Lemeshow p değeri=0,202, Nagelkerke R Square p değeri=0,263, Model 2 için Hosmer Lemeshow p değeri=0,431, Nagelkerke R Square p değeri= 0,302'dir (Tablo 33).

Tablo 33. Tütün Ürünleri Kullanımı Prevalansı Etkileyen Faktörler, Regresyon Modelleri(N=1696)

		Model 1 OR (%95GA)	p	Model 2 OR(%95GA)	p
Yaş (Ref:60 yaş ve üzeri)	20-29	3,91 (2,25-6,80)	<0,001	3,19(1,80-5,63)	<0,001
	30-39	2,66 (1,65-4,30)	<0,001	2,39(1,47-3,91)	<0,001
	40-49	3,23 (2,11-4,95)	<0,001	3,01 (1,95-4,65)	<0,001
	50-59	2,24 (1,48-3,37)	<0,001	2,25 (1,48-3,41)	<0,001
Cinsiyet (Ref: Kadın)	Erkek	2,20 (1,70-2,84)	<0,001	2,38 (1,83-3,10)	<0,001
Medeni Durum (Ref: Evli)	Bekar	1,70 (1,06-2,72)	0,027	1,65 (1,02-2,68)	0,041
Çocuk Sahibi Olma Durumu (Ref: Var)	Yok	0,63 (0,39-1,02)	0,064	0,70 (0,43-1,15)	0,162
Hane Halkı Tipi (Ref: Birden Fazla Kişiden Oluşan Hane halkı)	Tek Kişilik Hane Halkı	1,00 (0,66-1,52)	0,965	0,93 (0,61-1,42)	0,541
Eğitim Durumu (Ref: İlköğretim)	Ortaöğretim	1,91 (1,32-2,74)	<0,001	1,87 (1,29-2,71)	<0,001
	Üniversite	2,13 (1,59-2,85)	<0,001	2,19 (1,63-2,95)	<0,001
Çalışma Durumu (Ref: Çalışmıyor)	Çalışıyor	1,18 (0,79-1,75)	0,410	1,21 (0,81-1,81)	0,335
Meslek Sahibi Olma Durumu	Meslek sahibi	1,62 (1,08-2,41)	0,018	1,49 (0,99-2,24)	0,052
Kişisel aylık geliri (Ref: Asgari ücretin altı)	Asgari ücret üzeri	1,17 (0,86-1,57)	0,300	1,14 (0,84-1,54)	0,392
Yaşadığı ilçenin SEGE Kategorisi (Ref: 4. ve 5.SEGE)	1.SEGE	0,96 (0,67-1,36)	0,817	1,09(0,76-1,55)	0,638
	2.SEGE	0,64 (0,43-0,94)	0,025	0,69 (0,46-1,03)	0,073
	3.SEGE	0,91 (0,63-1,32)	0,624	1,10 (0,75-1,61)	0,627
Kronik hastalık varlığı (Ref: Yok)	Kronik Hastalığı Var	1,29 (0,97-1,72)	0,080	1,21 (0,90-1,62)	0,188
Alkol kullanımı (Ref: Alkollü İçki Kullanmıyor)	Alkollü İçki Kullanıyor	4,63 (3,38-6,34)	<0,001	3,93 (2,85-5,42)	<0,001
Annenin tütün ürünleri kullanımı (Ref: Kullanmıyor)	Tütün Ürünleri Kullanıyor			2,28 (1,42-3,66)	<0,001
Babanın tütün ürünleri kullanımı (Ref: Kullanmıyor)	Tütün Ürünleri Kullanıyor			1,25 (0,97-1,61)	0,077
Çevrede en az bir diğer kişilerin tütün ürünleri kullanımı (Ref: Hayır)	Evet			2,53 (1,84-3,49)	<0,001
Hosmer and Lemeshow Test			0,202		0,431
Nagelkerke R Square			0,263		0,302

4.3. Alkol Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu Prevalansı ve Etkileyen Faktörler

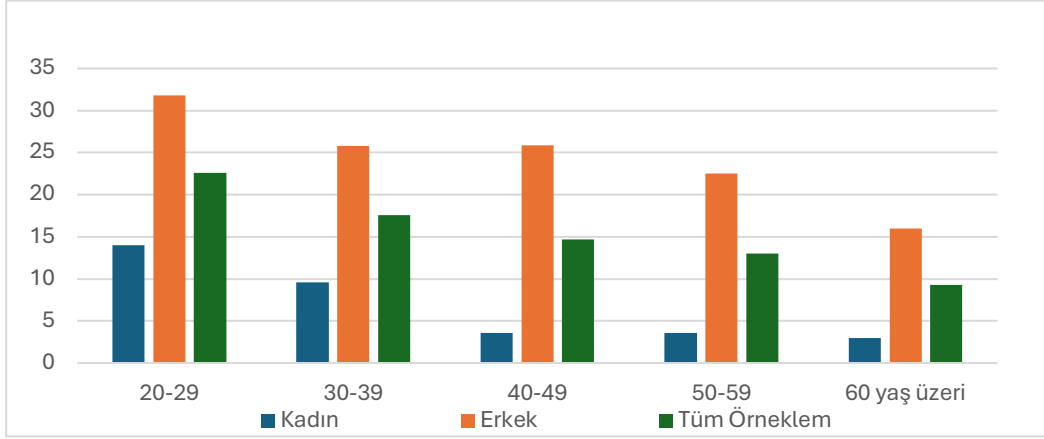
4.3.1. Trabzon İlinde Alkol Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu Prevalansı

Trabzon genelinde alkollü içkiyi halen kullananların prevalansı %15,6 (n=269, %95 GA=13,9-17,3), alkollü içkiyi bırakma prevalansı ise %5,2 (n=90,%95 GA=4,2-6,3), yaşamı boyunca birkaç kez denemek için kullananların prevalansı %5,0 (n=87, %95GA 4,1-6,1), yaşamı boyunca hiç alkollü içki kullanmayanların prevalansı %74,2 (n=1282, %95GA 72,1-76,2), yaşamı boyunca en az bir kez kullanım prevalansı %25,8 (n=446,%95GA 23,8-27,9) 'dir. Son 1 yılda alkollü içki kullanımı prevalansı %16,0 (%95 GA=14,3-17,3), alkol kullanım bozukluğu prevalansı ise %4,4 (%95GA=3,6-5,5)'tür. Alkol kullanan katılımcılardan (n=269) %64,1'i (%95 GA=58,1-69,8) ağır içici olarak sınıflandırılmazken, alkol kullanan katılımcılardan 93 kişi %35,9'u (%95GA=30,2-41,9) ağır içicidir (Tablo 34).

Tablo 34. Trabzon İlinde Yaşam Boyu, Son 1 Yılda Alkollü İçki Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu, Ağır Epizodik İçicilik Prevalansı

	n	%	%95GA
Yaşamım Boyunca Hiç Kullanmadı	1282	74,2	(72,1-76,2)
Kullanıyor	269	15,6	(13,9-17,3)
Kullandı, Bıraktı	90	5,2	(4,2-6,3)
Birkaç Kez Denedi	87	5,0	(4,1-6,1)
Yaşamı Boyunca En Az Bir kez Kullandı	446	25,8	(23,8-27,9)
Son 1 Yılda Kullandı	277	16,0	(14,3-17,8)
Alkol Kullanım Bozukluğu Olanlar	77	4,4	(3,6-5,5)
Ağır Epizodik İçici Olanlar	93	35,9	(30,2-41,9)

20-29 yaş grubunda erkeklerin %31,8'i, kadınların %14,0'ü; 30-39 yaş grubundaki erkeklerin %25,8'i, kadınların %9,6'sı; 40-49 yaş grubundaki erkeklerin %25,9'u, kadınların %3,6'sı; 50-59 yaş grubundaki erkeklerin %22,5'i, kadınların %3,6'sı; 60 yaş ve üzeri grupta olan erkeklerin %16,0'sı , kadınların %3,0'ü halen alkollü içki kullanmaktadır. (Tablo 35).

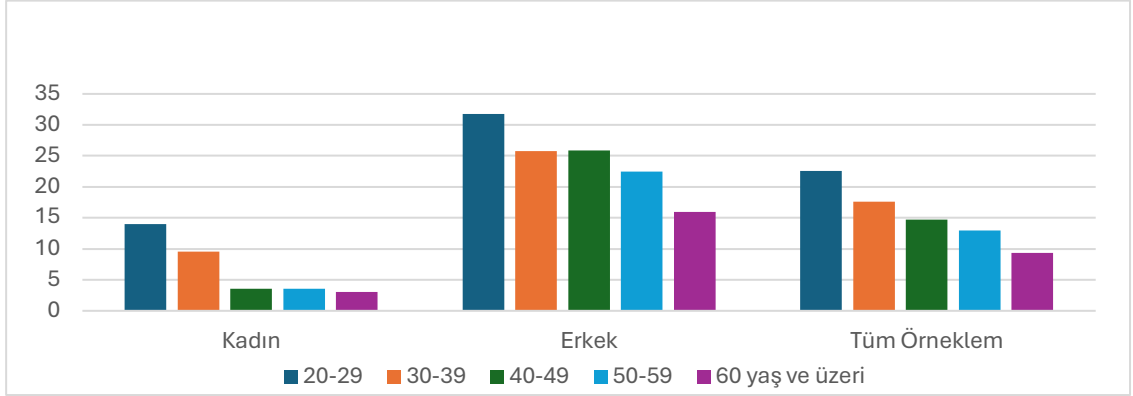


Şekil 5. Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Halen Alkollü İçki Kullanımı Prevalansı

Halen Alkollü İçki Kullanımı		20-29	30-39	40-49	50-59	60+	Total
	Kadın	14,0	9,6	3,6	3,6	3,0	7,1
	Erkek	31,8	25,8	25,9	22,5	16,0	24,4
	Tüm Örneklem	22,6	17,6	14,7	13,0	9,3	15,6

Kadınlarda 20-29 yaş grubunda halen alkollü içki kullanma prevalansı 40-49, 50-59, 60 yaş ve üzeri grubundan istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklıdır ($p<0,001$). Kadınlarda 20-29 yaş grubunda halen alkollü içki kullanma prevalansı %14,0 ile en yüksek sıklıkta görülmektedir. Erkeklerde 20-29 yaş grubunda halen alkollü içki kullanımı prevalansı 60 yaş grubundan istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek sıklıkta görülmektedir ($p=0,009$).

Erkeklerde alkollü içki kullanma prevalansı 20-29 yaş grubunda %31,8, 60 yaş grubu erkeklerde %16,0'dır. Tüm örneklemde 20-29 yaş grubunda ve 30-39 yaş grubunda halen alkollü içki kullanma prevalansı 60 yaş grubu tüm katılımcılardan istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksektir ($p<0,001$). Tüm örneklemde 20-29 yaş grubunda halen alkollü içki kullanma prevalansı %22,6 iken 30-39 yaş grubunda %17,6'dır. Tüm örneklemde 60 yaş grubu %9,3 halen alkollü içki kullanma prevalans oranıyla en düşük alkollü içki kullanımı prevalansı olan gruptur (Şekil 6).



Şekil 6.Cinsiyete ve Yaş Gruplarına Göre Halen Alkollü İçki Kullanımı Prevalansı

Tablo 35. Yaş ve Cinsiyete Göre Yaşam Boyu, Son 1 Yılda Alkollü İçki Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu, Ağır Epizodik İçicilik Prevalansı

		20-29	30-39	40-49	50-59	60+	Toplam
Yaşamı Boyunca En Az Bir Kez Alkollü İçki Kullanımı	Kadın	20,8	14,4	14,3	12,3	8,5	14,2
	Erkek	42,7	39,9	39,8	33,3	33,0	37,8
	Tüm Örneklem	31,3	27,0	26,9	22,8	20,4	25,8
Halen Alkollü İçki Kullanımı	Kadın	14,0	9,6	3,6	3,6	3,0	7,1
	Erkek	31,8	25,8	25,9	22,5	16,0	24,4
	Tüm Örneklem	22,6	17,6	14,7	13,0	9,3	15,6
Alkol Kullanım Bozukluğu	Kadın	1,9	1,2	0,0	1,4	0,5	1,0
	Erkek	13,0	9,2	7,8	4,3	4,8	8,0
	Tüm Örneklem	7,3	5,2	3,9	2,9	2,6	4,5
Alkollü İçki İçenlerde Ağır Epizodik İçicilik	Kadın	21,9	13,3	40,0	40,0	40,0	24,2
	Erkek	48,3	52,8	25,6	38,7	25,9	39,6
	Tüm Örneklem	39,1	41,2	27,1	38,9	28,1	35,9
Son 1 Yılda Alkollü İçki Kullanımı	Kadın	15,9	9,6	3,6	3,6	2,5	7,4
	Erkek	32,3	27,0	26,9	22,6	16,0	25,0
	Tüm Örneklem	23,8	18,2	15,2	13,1	9,0	16,0

20-29 yaş grubundakilerin %7,3'ünde, 30-39 yaş grubunda %5,2'sinde, 40-49 yaş grubunda %3,9'unda, 50-59 yaş grubunda %2,9'unda, 60 yaş ve üzeri grubunda %2,6'sında alkol kullanım bozukluğu vardır. 20-29 yaş grubundakilerin erkeklerin %13,0'ü, kadınların %1,9'u; 30-39 yaş grubundaki erkeklerin %9,2'si ,kadınların %1,2'si ; 40-49 yaş grubundaki erkeklerin %7,8'i, 50-59 yaş grubundaki erkeklerin %4,3'ü, kadınların %1,4'ü; 60 yaş ve üzeri gruptaki erkeklerin %4,8'inde, kadınların %0,5 'inde alkol kullanım bozukluğu vardır (Tablo 35).

20-29 yaş grubundaki katılımcılarda ($p= 0,012$) ve 20-29 yaş grubundaki erkek katılımcılarda ($p=0,017$) alkol kullanım bozukluğu prevalansı istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek sıklıkta görülmektedir. Alkollü içki içen katılımcılarda ağır içicilik prevalansı 20-29 yaş grubunda %39,1, 30-39 yaş grubunda %41,2, 40-49 yaş grubunda %27,1, 50-59 yaş grubunda %38,9, 60 yaş ve üzeri grupta %28,1'dir. Alkollü içki içen 20-29 yaş grubundaki erkek katılımcıların %48,3'ü, kadın katılımcıların %21,9'u ; 30-39 yaş grubundaki erkeklerin %52,8'i, kadınların %13,3'ü; 40-49 yaş grubundaki erkeklerin %25,6'sı ,kadınların %40,0'ı ; 50-59 yaş grubundaki erkeklerin %38,7'si, kadınların %40, 0'ı; 60 yaş grubundaki erkeklerin %25,9'u, kadınların %40,0'ı ağır içicidir (Tablo 35).

4.3.2. Alkollü İçki Kullanma, Bırakma ve Kullanmama Nedenleri

Tablo 36. Alkol Kullanma Nedenleri

	n	%
Keyif alma eğlenmek için	209	77,7
Stres sıkıntı	72	26,8
Sosyal ortama uyum sağlamak	59	21,9
Gerginliğimi azaltmak	35	13,0
Çevremdeki kişilerin içmesi	29	10,8
Çevreden gelen ikram	24	8,9
Endişelerimi unutmak	24	8,6
Yaşadığım travmalar	17	5,9
Ekonomik sorunlarım olması	12	4,5
Kullananlara özenme	11	4,1
Yaşadığım ortamın değişmesi	7	2,6
Ailemden uzakta kalmak	6	2,2
Merak	6	2,2
Aile bireylerinin vefatımdan duyduğum üzüntü	5	1,9
Arkadaşlarımdan vefatımdan duyduğum üzüntü	5	1,9
Özel bir nedeni yok	18	3,3

Tablo 37. Alkollü İçkiyi Bırakanların Bırakma Nedenleri

	n	%
Sağlığıma Zarar Vermesi/Olumsuz Etkilemesi	25	27,8
Sağlığını Korumak	21	23,3
Gerekli Görmediğimden	15	16,7
Manevi İnancıma Uygun Olmaması	14	15,6
Ailemdeki Kişilerin İçmemi İstememesi	8	8,9
Çevremdeki Kişilerin İçmemesi	7	7,8
Alkollü İçkinin Pahalı Olması ve Para Harcamak İstememem	5	5,6
Maddi İmkânımın Olmaması	3	3,3
Arkadaşlarımın İçmemi İstememesi	2	2,2
Bağımlı Olmaktan Korktuğumdan	2	2,2
Toplumda Rol Model Olmak İstedğimden	2	2,2
Kokusunu Sevmediğimden	2	2,2
Çevremdeki Kişilerin Zarar Görmesini Engellemek/Sağlığını Korumak	1	1,1
Ailemden Alkollü İçkiye Bağlı Sağlığı Olumsuz Etkilenen Kişilerin Olması	1	1,1
Özel Bir Neden Yok Diyenler	18	20,0

Tablo 38. Yaşamı Boyunca Hiç Alkollü İçki Kullanmayanların Kullanmama Nedenleri

	n	%
Manevi İnancıma Uygun Olmaması	800	62,4
Sağlığını Korumak	616	48,0
Sağlığıma Zarar Vermesi/Olumsuz Etkilemesi	361	28,2
Gerekli Görmediğimden	269	21,0
Kokusunu Sevmediğimden	87	6,8
Alkollü İçkinin Pahalı Olması ve Para Harcamak İstememem	84	6,6
Ailemdeki Kişilerin İçmemi İstememesi	55	4,3
Bağımlı Olmaktan Korktuğumdan	49	3,8
Çevremdeki Kişilerin İçmemesi	40	3,1
Arkadaşlarımın İçmemi İstememesi	38	3,0
Toplumda Rol Model Olmak İstedğimden	29	2,3
Alkollü İçkiye Bağlı Ciddi Hastalığı Olan Yakınlarımdan Etkilendiğimden	16	1,2
Alkollü İçkileri Sevmediğimden Hoşlanmadığımdan Diyenler	11	0,9
Maddi İmkânımın Olmaması	10	0,8
Çevremdeki Kişilerin Zarar Görmesini Engellemek/Sağlığını Korumak	10	0,8
Ailemden Alkol Kullanımına Bağlı Sağlığı Olumsuz Etkilenen Kişilerin Olması	7	0,5
Ailemde Alkollü İçki Kullanımına Bağlı Vefat Eden Kişilerden Etkilendiğimden	5	0,4
Özel Bir Neden Yok Diyenler	100	7,8

Alkollü içki kullanan kişilerin alkollü içki kullanma sebepleri değerlendirildiğinde alkollü kullanan katılımcıların %77,7'si alkollü içkiyi keyif alma eğlenmek için kullandığı belirtirken, %26,8'i stress sıkıntı, %21,9 'u sosyal ortama uyum sağlamak %13,0'ü gerginliğini azaltmak, %10,8'i çevresindeki kişilerin içmesi sebebiyle, %8,9'u çevreden gelen ikram, %8,6'sı endişelerini unutmak için, %4,1'i kullananlara özenme, %4,5'i ekonomik sorunların olması, %5,9'u yaşadığı travmalar nedeniyle alkollü içki kullandıklarını belirtmektedirler.

Alkollü içkiyi bırakanların %23,3'sı sağlığını korumak, %27,8'i sağlıklarının zarar görmesi ve sağlıklarının olumsuz etkilenmesi, %16,7'si gerekli görmediğinden, %8,9'u ailesindeki kişilerin alkollü içki kullanmalarını istememeleri, %7,8'i çevresindeki kişilerin içmemesi sebebiyle, %5,6'sı alkollü içkilerin pahalı olması ve alkollü içkilere para harcamak istememeleri sebebiyle, %2,2'si arkadaşlarının alkollü içki kullanmalarını istememeleri, %2,2'si bağımlı olmaktan korktuğu için, %2,2'si kokusunu sevmemesi sebebiyle, %1,1'i ailesinde alkollü içki kullanımına bağlı sağlığı olumsuz etkilenen kişilerin olması alkollü içki kullanımını bıraktıklarını belirtmektedirler.

Alkollü içki kullanmayanların %62,4'ü manevi inancına uygun olmaması, %48,0'i sağlığını korumak, %28,2'si sağlıklarının zarar görmesi ve sağlıklarının olumsuz etkilenmesi, %21,0'i gerekli görmediğinden, %6,8'i kokusunu sevmemesi sebebiyle, %6,6'sı alkollü içkilerin pahalı olması ve alkollü içkiye para harcamak istememeleri sebebiyle, %4,3'ü ailesindeki kişilerin alkollü içki kullanmalarını istememeleri, %3,8'si bağımlı olmaktan korktuğu için, %3,1'i çevresindeki kişilerin içmemesi sebebiyle, %3,0'ü arkadaşlarının alkollü içkiyi kullanmalarını istememeleri, %1,2'si alkollü içki kullanımına bağlı ciddi hastalığı olan yakınlarından etkilenmesi sebebiyle, %0,5'i ailesinde alkollü içki kullanımına bağlı sağlığı olumsuz etkilenen kişilerin olması ve %0,4'ü alkollü içki kullanımına bağlı vefat eden yakınlarının olması sebebiyle yaşamı boyunca hiç alkollü içki kullanmadıklarını belirtmektedirler.

4.3.3. Alkol Kullanım Alışkanlıkları

Alkol kullanım alışkanlıkları değerlendirmek için alkollü içkiyi halen kullananların alkollü içki kullanım süreleri, alkollü içki ilk başlama yaşları, son 1 yılda alkollü içki kullanım sıklıkları, son 1 yılda standart içki cinsinden alkollü içki kullanım miktarları incelenerek değerlendirildi ve buna dair veriler Tablo 39'da belirtilmektedir.

Tablo 39. Alkol Kullanımı Bozukluğu Tanıma Ölçeğine Verilen (AUDİT)

Cevaplar ve Alkollü İçki Kullanım Alışkanlıkları.

Alkollü İçki Kullananlar

		n	%***
Alkol Kullanım Süreleri	<1 yıl	2	0,7
	1-10 yıl	131	49,1
	11-20	70	26,2
	21-30	37	13,9
	31-40 yıl	15	5,6
Alkollü İçkiye İlk Başlama Yaşı	<15	21	7,7
	15-24	200	73,3
	25-34	43	15,8
	>35 yaş	9	3,3
Son 1 Yılda Alkollü İçecekleri Kullanım Sıklığı	Ayda 1 veya Daha Az	146	56,2
	Haftada 1 veya Daha Az	61	23,5
	Haftada 2-4 Kez	36	13,8
	Haftada 5 Kez veya Daha Fazla	17	6,5
Son 1 Yılda Günde Ortalama Aldığı Standart İçki Miktarı	1	36	13,7
	2	60	22,9
	3-4	94	35,9
	5-6	48	18,3
	7 veya Daha Fazla Standart İçki	24	9,2
Son 1 Yılda Bir Seferde 6 veya Daha Fazla Standart İçki İçme Sıklığı	Hiçbir Zaman	133	50,8
	Ayda Birkezden Az	91	34,7
	Her Ay	18	6,9
	Her Hafta	15	5,7
	Her Gün Yaklaşık Her gün	5	1,9
Son 1 Ayda 6 Standart İçkiden Fazla İçme Durumu	Hayır	160	63,7
	Evet	91	36,3
Geçen Yılda Alkollü Bir İçki İhtikden Sonra Suçluluk veya Pişmanlık Duyma Sıklığı	Hiçbir Zaman	205	78,5
	Ayda Birkezden Az	26	10,0
	Her Ay	12	4,6
	Her Hafta	9	3,4
	Her Gün Yaklaşık Her gün	9	3,4
Alkol Alma Nedeniyle Yaralanma Durumu	Hayır	247	94,6
	Evet, Fakat Geçen Yıl İçinde Deği	5	1,9
	Evet, Geçen Yıl İçinde	9	3,4
Bir Arkadaşınızın, Bir Doktor veya Bir Sağlık Çalışanının Alkol Almayı Kesme Önerisi	Hayır	203	77,5
	Evet, Fakat Geçen Yıl İçinde Deği	16	6,1
	Evet, Geçen Yıl İçinde	43	16,4

Açıklama:***Sütun Yüzdesi

4.3.4.Sosyodemografik Faktörler, Çalışma Hayatı ve Alkol Kullanımı

Tablo 40. Sosyodemografik Faktörler, Yaşam Boyu ve Son 1 Yılda Alkollü İçki Kullanımı Prevalansı

		Yaşam Boyu En Az Bir Kez Alkollü İçki Kullananlar				Son 1 Yılda Alkollü İçki Kullananlar		
		N	n	%***	p*	n	%***	p*
Yaş	20-29	399	125	31,3 ^a	0,007	95	23,8 ^a	<0,001
	30-39	330	89	27,0 ^{a,b}		60	18,2 ^{a,b}	
	40-49	336	90	26,9 ^{a,b}		*51	15,2 ^{b,c}	
	50-59	276	63	22,8 ^{a,b}		*36	13,1 ^{b,c}	
	>60	387	79	20,4 ^b		35	9,0 ^c	
Cinsiyet	Kadın	880	125	14,2	<0,001	65	7,4	<0,001
	Erkek	850	321	37,8		212	25,0	
Medeni Durum	Evli	1151	261	22,7	<0,001	138	12,0	<0,001
	Bekar	576	184	31,9		139	24,1	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	1120	251	22,5	<0,001	134	12,0	<0,001
	Hayır	604	192	31,8		140	23,2	
Hane Halkı	Birden Fazla Kişi	1526	394	25,9	0,681	242	15,9	0,819
	Tek Kişi	200	49	24,5		33	16,5	
Eğitim Durumu	İlköğretim	592	105	17,8 ^a	<0,001	55	9,3 ^a	<0,001
	Ortaöğretim	571	167	29,2 ^b		103	18,0 ^b	
	Üniversite Üzeri	566	174	30,7 ^b		119	21,0 ^b	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	873	161	18,5	<0,001	83	9,5	<0,001
	Çalışıyor	857	285	33,3		194	22,6	
Meslek Sahibi Olma Durumu	Meslek Sahibi	1010	338	33,5	<0,001	209	20,7	<0,001
	Meslek Sahibi Deği	720	108	15,0		68	9,4	
Kişisel Gelir	Asgari ücret altı	956	201	21,0	<0,001	105	11,0	<0,001
	Asgari ücret üzeri	766	243	31,8		170	22,2	
Hane Halkı Ortalama Geli	Ortancanın altı	989	215	21,8	<0,001	124	12,6	<0,001
	Ortancanın üzeri	710	221	31,2		147	20,7	
SEGE	1. SEGE	665	212	31,9 ^a	<0,001	114	17,2 ^{a,b}	0,014
	2. SEGE	368	92	25,1 ^{a,b}		48	13,0 ^{a,b}	
	3. SEGE	425	99	23,3 ^{b,c}		83	19,5 ^b	
	4. ve 5. SEGE	272	43	15,8 ^c		32	11,8 ^a	

Açıklama: Post hoc analiz sonuçlarına göre sütunda gösterilen farklı harfler arasında istatistiksel açıdan önemli fark vardır. *Chi-Square Test/ Ki-Kare Test,***Satır Yüzdesi
Tabloda Son 1 yılda alkollü içki kullanımı için N değeri hesaplanmıştır.

Tablo 41. Sosyodemografik Faktörler, Alkol Kullanım Bozukluğu, Ağır İçicilik Prevalansı

		Alkol Kullanım Bozukluğu Olanlar				Ağır Epizodik İçici Olanlar			
		N	n	%**	p*	N	n	%**	p*
Yaş	20-29	399	29	7,3 ^a	0,012	92	36	39,1	0,458
	30-39	330	17	5,2 ^{a,b}		51	21	41,2	
	40-49	336	13	3,9 ^{a,b}		48	13	27,1	
	50-59	276	8	2,9 ^{a,b}		36	14	38,9	
	>60	387	10	2,6 ^b		32	9	28,1	
Cinsiyet	Kadın	880	9	1,0	<0,001	62	15	24,2	0,027
	Erkek	850	68	8,0		197	78	39,6	
Medeni Durum	Evli	1151	34	3,0	<0,001	129	43	33,3	0,390
	Bekar	576	43	7,5		130	50	38,5	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	1120	35	3,1	<0,001	125	43	34,4	0,708
	Hayır	604	41	6,8		131	48	36,6	
Eğitim Durumu	İlköğretim	592	21	3,5	0,399	52	19	36,5	0,624
	Ortaöğretim	572	27	4,7		97	38	39,2	
	Üniversite Üzeri	566	29	5,1		110	36	32,7	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	873	20	2,3	<0,001	80	21	26,3	0,030
	Çalışıyor	857	57	6,7		179	72	40,2	
Meslek Sahibi Olma Durumu	Meslek Sahibi	1010	60	5,9	<0,001	194	75	38,7	0,111
	Meslek Sahibi Değil	720	17	2,4		65	18	27,7	
Kişisel Gelir	Asgari ücret altı	956	28	2,9	<0,001	99	33	33,3	0,474
	Asgari ücret üzeri	766	49	6,4		159	60	37,7	
Hane Halkı Ortalama Gelir	Ortancanın altı	989	36	3,6	0,037	119	43	36,1	0,889
	Ortancanın üzeri	710	41	5,8		136	48	35,3	
SEGE	1. SEGE	665	33	5,0	0,877	105	36	34,3	0,855
	2. SEGE	368	15	4,1		43	17	39,5	
	3. SEGE	425	18	4,2		79	27	34,2	
	4. ve 5. SEGE	272	11	4,0		32	13	40,6	
Hane Halkı Durumu	Tek Kişi	200	12	6,0	0,262	31	14	45,2	0,260
	Birden Fazla Kişi	1526	65	4,3		227	79	34,8	

Açıklama: Post hoc analiz sonuçlarına göre sütunda gösterilen farklı harfler arasında istatistiksel açıdan önemli fark vardır. *Chi-Square Test/ Ki -kare Test, **Satır Yüzdesi

Yaş gruplarına ($p<0,001$), cinsiyete ($p<0,001$), medeni durumuna ($p<0,001$), çocuk sahibi olma durumuna ($p<0,001$), eğitim durumuna ($p<0,001$), çalışma durumuna ($p<0,001$), meslek sahibi olma durumuna ($p<0,001$), kişisel gelir durumuna ($p<0,001$), hane halkı ortanca gelir durumuna ($p<0,001$), katılımcıların yaşadıkları ilçelerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyine ($p=0,014$), hane halkı tipine ($p<0,001$) göre son 1 yılda alkollü içki kullanım prevalansları her kategoride birbirinden istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklıdır (Tablo 40). Yapılan post hoc değerlendirmeler sonucunda son 1 yılda alkollü içki kullanımı prevalansının 20-29 yaş grubundaki bireylerde, üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip bireylerde, erkeklerde, bekarlarda, çocuk sahibi olmayan katılımcılarda, gelir getirici bir işte çalışanlarda, meslek sahibi olanlarda, kişisel aylık geliri asgari ücretin üzerinde olan katılımcılarda, hane halkı ortanca geliri ortancanın üzerinde olan katılımcılarda ve 3.SEGE bölgesinde bireylerde istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek sıklıkta görülmektedir (Tablo 40).

Sosyodemografik faktörlerle alkol kullanım bozukluğu prevalansının ilişkisi değerlendirildiğinde yaş gruplarına göre ($p=0,012$), cinsiyete ($p<0,001$), ve çalışma durumuna göre ($p<0,001$), meslek sahibi olma durumuna göre ($p<0,001$), kişisel gelirin ($p<0,001$), hane halkı gelir durumuna ($p=0,037$) göre alkol kullanım bozukluğu görülme sıklığı istatistiksel açıdan anlamlı olarak grupların birbirinden farklıdır. Yapılan post hoc analizler sonucunda 20-29 yaş grubunda, erkeklerde, ortaöğretim ve üniversite eğitim durumuna sahip bireylerde, gelir getirici bir işte çalışanlarda, meslek sahibi olanlarda alkol kullanım bozukluğu daha yüksek sıklıkta görülmektedir (Tablo 41).

Trabzon ilçelere ve SEGE kategorilerine göre alkollü içki kullanma prevalansı değerlendirildiğinde 1. SEGE düzeyinde ilçelerde yaşayan kişilerde %17,2'si, 2. SEGE düzeyinde ilçelerde yaşayanların %13,0'ü , 3. SEGE düzeyi ilçelerde yaşayanların %19,5'i, 4.SEGE ve 5. SEGE düzeyinde ilçelerde yaşayanların %11,8'i son 1 yılda alkollü içki kullanmıştır (Tablo 40). 1. SEGE düzeyinde ilçelerde yaşayan kişilerin %8,0'i ($n=53$), 2. SEGE düzeyinde ilçelerde yaşayanlardan %5,7'si ($n=21$), 3. SEGE düzeyi ilçelerde yaşayanların %2,4'ü ($n=10$), 4. ve 5 SEGE düzeyinde ilçelerde yaşayanların %2,2'si ($n=6$) alkollü içki kullanıp bıraktıklarını belirtmektedirler.

Aile, sosyal çevre ve alkol kullanımı prevalansı arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde iki ebeveynli hane halkı ve çekirdek aile bulunmayan birden fazla kişiden oluşan hane halkı tipinde istatistiksel açıdan anlamlı olarak alkollü içki kullanımı görülme sıklığı daha yüksektir. Medeni durumu bekar olanların %24,1'i, çocuğu olan bireylerin %12,0'si, çocuğu olmayan bireylerin %23,2'sinde son 1 yılda alkollü içki kullanımı mevcuttur (Tablo 40). Alkollü içki kullanımı prevalansı bekar olanlarda ($p<0,001$), çocuğu olmayan bireylerde ($p<0,001$) istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir. Bireyin ailesinde ve sosyal çevresinde alkol kullanımıyla bireyin alkol kullanma durumu değerlendirildiğinde anne ($p=0,003$), baba ($p<0,001$), kardeş ($p<0,001$), çocuk ($p<0,001$), büyükbaba ($p<0,001$), en yakın iş arkadaşı ($p<0,001$), özel arkadaş, sevgili, eş, nişanlı ($p<0,001$) ve en yakın arkadaşında ($p<0,001$) alkol kullanımı olan grupta istatistiksel açıdan anlamlı olarak alkol kullanımı görülme sıklığı daha yüksektir.

Tablo 42. Ailesinde, Sosyal Çevresinde ve Bireylerde Alkollü İçki Kullanımı

Ailede veya Sosyal Çevrede Alkollü İçki Kullanımı		Yaşam Boyu En Az Bir kez Alkollü İçki Kullananlar				Son 1 Yılda Alkollü İçki Kullananlar			
		N	n	%**	p*	N	n	%**	p*
Anne	Kullanmıyor	1709	435	25,5	0,004	1708	269	15,7	<0,001
	Kullanıyor	21	11	52,4		21	8	38,1	
Baba	Kullanmıyor	1498	354	22,8	<0,001	1497	210	13,5	<0,001
	Kullanıyor	178	92	51,7		178	67	37,6	
Kardeş	Kullanmıyor	1440	297	20,7	<0,001	1439	174	12,1	<0,001
	Kullanıyor	219	124	56,6		219	86	39,3	
Çocuk	Kullanmıyor	842	157	18,7	<0,001	842	79	9,4	<0,001
	Kullanıyor	58	29	50,0		58	19	32,8	
Büyükbaba	Kullanmıyor	1270	283	22,3	<0,001	1269	178	14,0	<0,001
	Kullanıyor	45	29	64,4		45	20	44,4	
En Yakın İş Arkadaşı	Kullanmıyor	692	127	18,4	<0,001	692	68	9,8	<0,001
	Kullanıyor	364	194	53,3		363	129	35,5	
Özel Arkadaş Sevgili Nişanlı	Kullanmıyor	1349	279	20,7	<0,001	1348	148	11,0	<0,001
	Kullanıyor	187	106	56,7		187	89	47,6	
En Yakın Arkadaş	Kullanmıyor	1122	148	13,2	<0,001	1121	58	5,2	<0,001
	Kullanıyor	532	281	52,8		204	204	38,3	
Çevrede En Az Birinin Kullanımı	Kullanmıyor	1003	104	10,4	<0,001	1003	44	4,4	<0,001
	Kullanıyor	727	342	47,0		726	233	32,1	

Açıklama:*Chi-Square Test/Ki-Kare Testi, **Satır Yüzdesi

Meslek gruplarına göre alkollü içkiyi halen kullananlar değerlendirildiğinde; Yönetici pozisyonunda çalışan %26,5'i (n=9), profesyonel meslek grubunun %18,2'si (n=20), büro hizmetlerinde çalışan %18,2'si (n=20), hizmet ve satış elemanı olarak çalışanların %20,9'u (n=19), nitelikli tarım, ormancılık, balıkçılık hizmetlerinde çalışanlarının %18,8'i (n=6), esnaf ve sanatkâr olarak hizmet veren katılımcıların %18,2'si (n=55), şoför ve makine operatörü olarak hizmet veren kişilerin %27,3'ü (n=15), nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların %21,6'sı (n=21) ve meslek sahibi olmayan 50 kişilerin %7,8'i (n=50) halen alkollü içki kullanmaktadır.

Meslek gruplarına göre yönetici pozisyonunda çalışan katılımcıların %5,9'u (n=2), profesyonel meslek grubunda yer alan katılımcıların %5,1'i (n=10), tekniker ve teknisyenlik hizmetlerinde çalışan %7,2'si (n=5), büro hizmetlerinde çalışanların %11,6 'sı (n=13), hizmet ve satış elemanı olarak çalışanların %5,5'i (n=3), nitelikli tarım, ormancılık, balıkçılık hizmetlerinde çalışanların %6,3'ü (n=2), esnaf ve sanatkâr olarak hizmet veren kişilerin %5,6'sı (n=17), şoför ve makine operatörü olarak hizmet veren katılımcıların %10,9'u (n=6), nitelik gerektirmeyen işlerde çalışan kişilerin %16,5 (n=16)'i ve meslek sahibi olmayan kişinin %1,7'si (n=11) alkollü içkiyi kullanıp bıraktıkları belirtmektedir.

4.3.5.Sağlık, Hastalık Öyküsü ve Alkol Kullanımı

Tablo 43.Alkol Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu, Ağır Epizodik İçicilik ve Kronik Hastalık

		Kronik Hastalık Yok		Kronik Hastalık Var		p*
		n	%***	n	%***	
Alkollü İçki Kullanma Durumu	Hiç Kullanmadı	839	72,8	437	77,1 ^a	<0,001
	Kullanıyor	213	18,5	55	9,7 ^b	
	Kullandı, Bıraktı	46	4,0	43	7,6 ^b	
	Denemek İçin Kullandı	55	4,8	32	5,6 ^a	
Yaşamı Boyunca En Az Bir Kez	Kullanmadı	839	72,8	437	77,1	0,055
	Kullandı	314	27,2	130	22,9	
Son 1 Yılda Alkollü İçki Kullanım	Kullanmadı	933	80,8	512	90,3	<0,001
	Kullandı	221	19,2	55	9,7	
Alkollü İçki Kullanımı	Halen Kullanmıyor	940	81,5	512	90,3	<0,001
	Halen Kullanıyor	213	18,5	55	9,7	
Alkol Kullanım Bozukluğu	Yok	1093	94,7	552	97,2	0,020
	Var	61	5,3	16	2,8	
Ağır Epizodik İçicilik	Yok	127	62,0	38	71,7	0,188
	Var	78	38,0	15	28,3	

Açıklama: *Chi-Square Test(Ki-Kare Test) ***Sütun Yüzdesi

Kronik hastalığı olan bireylerin %9,7'si halen alkollü içki kullanmakta iken, %7,6'sının daha önce alkollü içkiyi kullanıp bırakmışlardır, %5,6'sı ise yaşamı boyunca birkaç kez denemek için alkollü içki kullanmışlardır. Kronik hastalığı olan bireylerin %2,8'inde alkol kullanım bozukluğu mevcuttur. Kronik hastalığı olmayan bireylerde alkol kullanım bozukluğu görülme sıklığı %5,3'tür (Tablo 43).

Psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylerin %12,6'sı alkollü içkiyi halen kullanmakta olduğunu belirtirken, %8,7'si alkollü içkiyi kullanıp bıraktıklarını, %9,4'ü yaşamı boyunca birkaç kez denemek için kullandığını ve %69,3'ü yaşamı boyunca hiç alkollü içki kullanmadığını belirtmektedirler.

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin %2,4'ünde alkol kullanım bozukluğu, psikiyatrik hastalığı olmayan bireylerin %4,6'sında alkol kullanımı bozukluğu mevcuttur. Alkollü içki içen psikiyatrik hastalığı olan bireylerin %26,7'si ağır epizodik içici olarak sınıflandırılırken, alkollü içki içen psikiyatrik hastalık tanısı olmayan bireylerde ağır içicilik görülme sıklığı %36,5'tir (Tablo 44).

Tablo 44. Alkol Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu, Ağır İçicilik ve Psikiyatrik Hastalık

		Psikiyatrik Hastalık		Psikiyatrik Hastalık		
		Yok		Var		
		n	%***	n	%***	p *
Alkollü İçki Kullanma Durumu	Hiç Kullanmadı	1194	74,6	88	69,3 ^a	0,022
	Kullanıyor	253	15,8	16	12,6 ^a	
	Denemek İçin Kullandı	75	4,7	12	9,4 ^b	
	Kullandı, Bıraktı	79	4,9	11	8,7 ^a	
Yaşamı Boyunca	Kullanmadı	1194	74,6	88	69,3	0,190
En Az Bir kez	Kullandı	407	25,4	39	30,7	
Son 1 Yılda	Kullanmadı	1341	83,7	111	87,4	0,275
Alkollü İçki Kullanımı	Kullandı	261	16,3	16	12,6	
Alkollü İçki Kullanımı	Halen Kullanmıyor	1348	84,2	111	87,4	0,338
	Halen Kullanıyor	253	15,8	16	12,6	
Alkol Kullanım	Yok	1530	95,4	124	97,6	0,236
Bozukluğu	Var	74	4,6	3	2,4	
Ağır Epizodik İçicilik	Yok	155	63,5	11	73,3	0,442
	Var	89	36,5	4	26,7	
Açıklama: *Chi-Square Test(Ki-Kare Test) ***Sütun Yüzdesi						

Tablo 45.Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Alkollü İçki Kullanma Prevalansı

	Hiç kullanmadı		Denemek için kullandı		Kullandı, bıraktı		Kullanıyor	
	n	%**	n	%**	n	%**	n	%**
Yüksek Tansiyon (n =243)	199	81,9	11	4,5	14	5,8	19	7,8
Şeker Hastalıkları (n=201)	160	79,6	10	5,0	13	6,5	18	9,0
Akciğer Hastalıkları (n=89)	60	69,8	6	7,0	9	10,5	11	12,8
Kalp Hastalıkları (n=127)	86	67,7	10	7,9	11	8,7	20	15,7
Kas İskelet Sistemi (n=114)	89	78,1	8	7,0	5	4,4	12	10,5
Mide Hastalıkları (n=74)	54	73,0	7	9,5	5	6,8	8	10,8
Kanser (n=28)	19	67,9	3	10,7	4	14,3	2	7,1
Karaciğer Hastalıkları(n=19)	11	57,9	1	5,3	4	21,1	3	15,8

Tanılı kardiyovasküler sistem hastalığı var olan bireylerin %15,7'si (n=20), karaciğer hastalarının %15,8'si (n=3), akciğer hastalarının %12,8'i (n=11), şeker hastalığı tanısı var olan bireylerin %9,0'u (n=18), yüksek tansiyon hastalarının %7,8'i (n=19) ve kanser hastalarının %7,1'i (n=2) alkollü içki kullanmaktadır.

Karaciğer hastalarının %21,1'i (n=4) ve kanser hastalıklarının %14,3'ü (n=4), tanılı akciğer hastalığı var olan katılımcıların %10,5'i (n=9), kardiyovasküler sistem hastalığı var olan bireylerin %8,7'si (n=11), şeker hastalığı tanısı var olan bireylerin %6,5'i (n=13), yüksek tansiyon hastalarının %5,8'i (n=14), alkollü içkiyi kullanıp bıraktıkları belirtmektedir (Tablo 45).

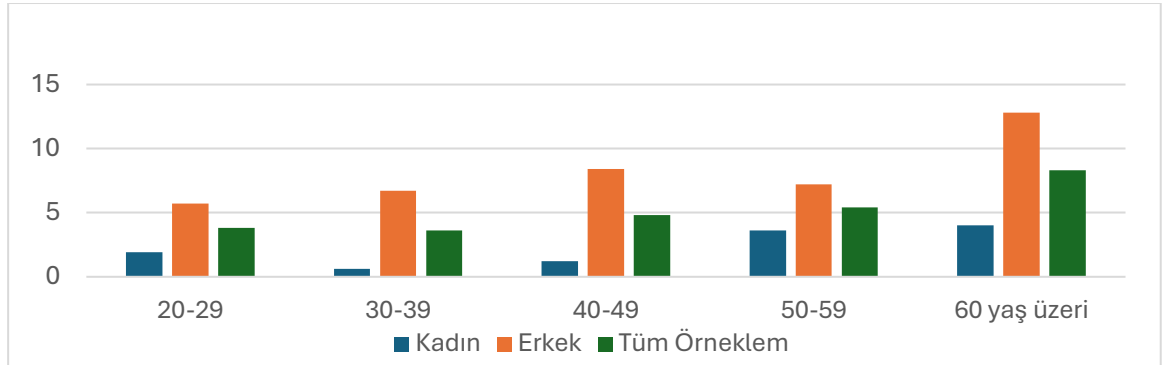
Kalp hastalığı olanların %4,7'sinde, akciğer hastalarının %3,5'inde, kanser hastalarının %3,6'sında, yüksek tansiyon hastalığı olan bireylerin %2,5'inde, şeker hastalığı olanların %2,5'inde, üriner sistem hastalığı olanların %1,7'sinde alkol kullanım bozukluğu mevcuttur. Alkol kullanan kanser hastalarının %50,0'si, şeker hastalığı olanlardan %35,3'ü, karaciğer hastalığı olanların %33,3'ü, yüksek tansiyon hastalığı olan bireylerden %33,3'ü, akciğer hastalarının %27,3'ü, kalp hastalığı olanların %20'si ağır epizodik içicidir. Obsesif kompulsif bozukluğu hastalarının %33,3'ü (n=2), panik bozukluğu hastalarının %13,3'ü (n=4), yaygın anksiyete hastalarının %13,0'ü (n=3), depresyon hastalığı tanısı olan %6,8'i (n=5), alkolü içki kullanmaktadırlar.

Travma sonrası stres bozukluğu hastalarının %33,3'ü (n=1), depresyon hastalarının %9,5'i (n=7), panik bozukluk hastalarının %6,7'si (n=2), yaygın anksiyete hastalarının %4,3'ü (n=1) alkollü içkiyi kullanıp bıraktıklarını belirtmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu hastalarının %50,0'sinde (n=1), panik bozukluk hastalığı olan hastaların %40,0'ında (n=2) alkol kullanım bozukluğu mevcuttur. Alkol kullanan yaygın anksiyete hastalarının %50,0'si (n=1), panik bozukluğu var olan hastaların %40,0'ı (n=2), depresyon hastalarından %20,0'si (n=1), ağır epizodik içicidir.

4.3.6. Alkollü İçki Bırakma Sıklıkları

Yaş ve cinsiyete göre alkollü içki bırakma sıklıkları 20-29 yaş grubunda kadınlarda %1,9, erkeklerde %5,7; 30-39 yaş grubu kadınlarda %0,6, erkeklerde %6,7; 40-49 yaş grubu kadınlarda %1,2, erkeklerde %8,4; 50-59 yaş grubunda kadınlarda %3,6, erkeklerde %7,2; 60 yaş üzeri kadınlarda %4,0 , erkeklerde %12,8'dir.

Tüm örnekleme alkollü içki bırakma sıklığı 20 -29 yaş grubunda %3,8, 30-39 yaş grubunda %3,6, 40-49 yaş grubunda %4,8, 50-59 yaş grubunda %5,4, 60 yaş grubunda %8,3'tür. Kadın cinsiyete sahip katılımcıların için alkollü içki bırakma sıklığı %2,3, erkek cinsiyetteki katılımcılar için %8,2, tüm katılımcılar için alkollü içki bırakma sıklığı ise %5,2'dir.



Şekil 7. Yaş ve Cinsiyete Göre Alkollü İçki Bırakma Prevalansı

Alkollü İçki Bırakma Prevalansı		20-29	30-39	40-49	50-59	60+	Total
	Kadın	1,9	0,6	1,2	3,6	4,0	2,3
	Erkek	5,7	6,7	8,4	7,2	12,8	8,2
	Tüm Örneklem	3,8	3,6	4,8	5,4	8,3	5,2

4.3.7.Yaşam Boyu ve Son 1 Yılda Alkollü İçki Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu Prevalansı ve Etkileyen Faktörler, Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modelleri

Yaşam boyu alkollü içki kullanımı, son 1 yılda alkollü içki kullanımı, alkol kullanımı prevalansını etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizlerinde Model 1'e yaş cinsiyet, medeni durumu, hane halkı tipi, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek sahibi olma durumu, kişisel aylık gelir, katılımcının yaşadığı sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi, kronik hastalık durumu, kişinin halen tütün ürünü kullanımı durumu Model 2'ye ise tüm bu değişkenlere ek olarak annenin alkollü içki kullanımı, babanın alkollü içki kullanımı ve çevresinde en az bir kişinin alkollü içki kullanımı durumuyla ilgili kategorik değişkenler eklenmiştir.

Yaşamı boyunca alkollü içki kullanımı prevalansı Model 1'e göre erkek katılımcılarda kadın katılımcılara göre (OR=2,48,%95GA 1,88-3,27) kat, Model 2'e ye göre (OR =2,19, %95GA 1,62-2,96) kat daha yüksek sıklıkta görülmektedir. Model 1 'e göre ilköğretim eğitim seviyesine sahip bireylere göre üniversite düzeyinde eğitim gören bireylerde (OR=1,73,%95GA 1,19-2,51) kat, ortaöğretim düzeyinde eğitim düzeyine bireylerde (OR=1,54, %95GA 1,09-2,17) kat yaşam boyu alkollü içki kullanımı daha yüksek sıklıkta görülmektedir (Tablo 46). Model 2'de ilköğretim eğitim seviyesine sahip bireylere göre üniversite düzeyinde eğitim gören bireylerde (OR=1,81, %95GA 1,21-2,71) kat, ortaöğretim düzeyinde eğitim düzeyine bireylerde (OR=1,56, %95GA 1,08-2,26) kat yaşam boyu alkollü içki kullanımı daha yüksek sıklıkta görülmektedir. Meslek sahibi olan bireylerde meslek sahibi olmayan bireylere göre yaşamı boyunca alkollü içki kullanım prevalansı Model 1 'e göre (OR=1,85, %95GA 1,23-2,79) kat, Model 2'ye göre (OR=1,92, %95GA 1,23-2,99) kat daha yüksektir (Tablo 46). Yaşadığı ilçenin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyine göre katılımcılarda yaşam boyu alkollü içki kullanımı prevalansı sorgulandığında Model 1'e göre 4. ve 5. SEGE düzeyinde yer alan ilçelerde yaşayan katılımcılara göre 1.SEGE düzeyinde ilçelerde yaşayan katılımcılarda (OR=2,53, %95GA 1,67-3,81), 2.SEGE düzeyinde ilçelerde yaşayanlarda (OR=2,02, %95GA 1,29-3,17, p=0,002), 3.SEGE düzeyi ilçelerde yaşayanlarda (OR=1,60, %95GA 1,03-2,47, p=0,035) kat daha yüksek sıklıkta yaşam boyu alkollü içki kullanımı görülmektedir.

Tütün ürünleri kullanan katılımcılarda tütün ürünü kullanamayan katılımcılara göre yaşamı boyunca alkollü içki kullanım prevalansı Model 1 'e göre (OR=3,61, %95GA 2,80-4,65, $p<0,001$), Model 2'ye göre ise (OR =3,16, %95GA 2,39-4,18) kat daha yüksektir. (Tablo 46). Yaşamı boyunca alkollü içki kullanımı için yapılan lojistik regresyon modelinde sadece Model 2 'ye eklenen değişkenlerden olan annenin alkollü içki kullanımı için (OR=1,88, %95GA 0,64-5,48, $p=0,244$)'dir. Babada alkollü içki kullanımı olan bireylerde yaşamı boyunca alkollü içki kullanımı riski (OR=2,69, %95GA 1,82-3,98, $p<0,001$) kat daha fazla iken, çevresinde alkollü içki kullanımı olan bireylerde yaşamı boyunca alkollü içki kullanımı prevalansı (OR=5,27, %95GA 4,00-6,95, $p<0,001$) kat daha fazladır. Yaşamı boyunca alkollü içki kullanımı için her iki modelde anlamlı olup , Model 1 için Hosmer Lemeshow p değeri=0,343, Nagelkerke R Square p değeri= 0,239, Model 2 ' için Hosmer Lemeshow p değeri=0,862, Nagelkerke R Square p değeri= 0,385'tir (Tablo 46).

Son 1 yılda alkollü içki kullanımı prevalansı Model 1'e göre erkek katılımcılarda kadın katılımcılara göre (OR=2,74, %95GA 1,95-3,85, $p<0,001$) kat, model 2'ye göre (OR =2,44, %95GA 1,68-3,55, $p<0,001$) kat daha yüksek sıklıkta görülmektedir. Model 1 'e göre ilköğretim eğitim seviyesine sahip bireylere göre üniversite düzeyinde eğitim gören bireylerde (OR= 1,90, %95GA 1,21-2,98, $p=0,005$) kat son 1 yılda alkollü içki kullanımı prevalansı daha yüksek sıklıkta görülmektedir. Model 2'de ilköğretim eğitim seviyesine sahip bireylere göre üniversite düzeyinde eğitim gören bireylerde (OR=2,05, %95GA 1,26-3,32, $p=0,003$) kat son 1 yılda alkollü içki kullanımı prevalansı daha yüksek sıklıkta görülmektedir(Tablo 47). Yaşadığı ilçenin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyine göre katılımcılarda son 1 yılda alkollü içki kullanımı prevalansı sorgulandığında Model 1'e göre 4. ve 5. SEGE düzeyinde yer alan ilçelerde yaşayan katılımcılara göre 1.SEGE düzeyinde ilçelerde yaşayan katılımcılarda (OR=1,63, %95GA 1,01-2,64, $p=0,044$), 3.SEGE düzeyi ilçelerde yaşayanlarda (OR=1,96, %95GA 1,20-3,23, $p=0,007$) kat daha yüksek sıklıkta son 1 yılda alkollü içki kullanımı görülmektedir (Tablo 48).Tütün ürünleri kullanan katılımcılarda tütün ürünü kullanamayan katılımcılara göre son 1 yılda alkollü içki kullanım prevalansı Model 1 'e göre (OR= 4,75, %95GA 3,49-6,46, $p<0,001$), Model 2'ye göre ise (OR =4,29, %95GA 3,07-6,01, $p<0,001$) kat daha yüksektir (Tablo 48).Son 1 yılda alkollü içki kullanımı için yapılan lojistik regresyon modelinde sadece

Model 2 ‘ye eklenen değişkenlerden olan annenin alkollü içki kullanımı için (OR=1,57, %95GA 0,51-4,81, $p=0,425$)’dir. Ki-kare sonuçlarına göre annenin alkollü içki kullanımı istatistiksel açıdan anlamlı olarak son 1 yılda alkollü içki kullanımını etkilerken lojistik regresyon analizlerinde riski arttığı fakat bu risk artışının anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir. Babada alkollü içki kullanımı olan bireylerde son 1 yılda alkollü içki kullanımı riski (OR= 3,06, %95GA 1,99-4,71, $p<0,001$) kat daha fazla iken, çevresinde alkollü içki kullanımı olan bireylerde son 1 yılda alkollü içki kullanımı prevalansı (OR=6,69, %95GA 4,61-9,72, $p<0,001$) kat daha fazladır. Son 1 yılda alkollü içki kullanımı için her iki modelde anlamlı olup , Model 1 için Hosmer Lemeshow p değeri=0,157, Nagelkerke R Square p değeri=0,262, Model 2 için Hosmer Lemeshow p değeri=0,426, Nagelkerke R Square p değeri= 0,408’dur (Tablo 47).

Alkol kullanım bozukluğu prevalansı ve etkileyen faktörler için yapılan çok değişkenli lojistik regresyon modellerinde Model 1’e göre alkol kullanım bozukluğu prevalansı erkek katılımcılarda kadın katılımcılara göre (OR=5,34, %95GA 2,53-11,25, $p<0,001$) kat, model 2’e ye göre (OR =4,61, %95GA 2,15-9,86, $p<0,001$) kat daha yüksek sıklıkta görülmektedir (Tablo 48).Tütün ürünleri kullanan katılımcılarda tütün ürünü kullanmayan katılımcılara göre alkol kullanım bozukluğu prevalansı Model 1 ‘e göre (OR= 2,87, %95GA 1,68-4,91, $p<0,001$), Model 2’e ye göre ise (OR =2,32, %95GA1,34-4,02, $p=0,003$) kat daha yüksektir (tablo 48). Alkol kullanım bozukluğu için yapılan regresyon modelinde sadece Model 2 ‘ye eklenen değişkenlerden babada alkollü içki kullanımı olan bireylerde alkol kullanımı bozukluğu gerçekleşme ihtimali (OR= 2,37, %95GA 1,30-4,33, $p=0,005$) kat daha fazla iken, çevresinde alkollü içki kullanımı olan bireylerde alkol kullanımı bozukluğu prevalansı (OR=5,90, %95GA 2,84-12,27, $p<0,001$) kat daha fazladır (Tablo 48). Alkol kullanımı bozukluğu prevalansı ve etkileyen faktörleri değerlendirmek için yapılan her iki modelde istatistiksel açıdan anlamlı olup , Model 1 için Hosmer Lemeshow p değeri=0,370, Nagelkerke R Square p değeri=0,180, Model 2 için Hosmer Lemeshow p değeri=0,638, Nagelkerke R Square p değeri= 0,264’tür. (Tablo 48).

Tablo 46. Yaşam Boyu Alkol Kullanım Prevalansını Etkileyen Faktörler, Regresyon Modelleri(N:1699)

		Model 1 OR(%95GA)	p	Model 2 OR (%95GA)	p
Yaş (Ref:20-29 yaş)	30-39	1,01(0,66-1,54)	0,946	1,01 (0,63-1,60)	0,965
	40-49	1,10 (0,68-1,77)	0,682	1,20 (0,71-2,02)	0,479
	50-59	1,12 (0,66-1,92)	0,660	1,24 (0,69-2,24)	0,459
	60+	1,57 (0,89-2,76)	0,118	1,81 (0,97-3,37)	0,061
Cinsiyet (Ref: Kadın)	Erkek	2,48 (1,88-3,27)	<0,001	2,19 (1,62-2,96)	<0,001
Medeni Durum (Ref: Evli)	Bekar	1,33 (0,82-2,16)	0,235	1,14 (0,67-1,96)	0,615
Çocuk Sahibi Olma Durumu (Ref: Var)	Yok	1,31 (0,81-2,13)	0,260	1,57 (0,91-2,69)	0,100
Hane Halkı Tipi (Ref: Birden Fazla Kişi)	Tek Kişilik Hane Halkı	0,78 (0,51-1,21)	0,282	0,63 (0,39-1,02)	0,061
Eğitim Durumu (Ref: İlköğretim)	Ortaöğretim	1,54 (1,09-2,17)	0,014	1,56 (1,08-2,26)	0,017
	Üniversite	1,73 (1,19-2,51)	0,004	1,81 (1,21-2,71)	0,004
Çalışma Durumu (Ref: Çalışmıyor)	Çalışıyor	0,92 (0,61-1,37)	0,688	0,90 (0,58-1,40)	0,665
Meslek Sahibi Olma Durumu	Meslek Sahibi	1,85 (1,23-2,79)	0,003	1,92 (1,23-2,99)	0,004
Kişisel aylık geliri (Ref: Asgari ücretin altı)	Asgari ücret üzeri	0,82 (0,60-1,12)	0,218	0,67 (0,48-0,94)	0,022
Yaşadığı ilçenin SEGE Kategorisi (Ref: 4.SEGE ve 5.SEGE)	1.SEGE	2,53 (1,67-3,81)	<0,001	2,72 (1,74-4,23)	<0,001
	2.SEGE	2,02 (1,29-3,17)	0,002	2,27 (1,37-3,61)	<0,001
	3.SEGE	1,60 (1,03-2,47)	0,035	1,73 (1,07-2,78)	0,023
Kronik hastalık varlığı (Ref: Yok)	Var	1,08 (0,79-1,46)	0,615	1,03 (0,74-1,44)	0,824
Tütün Ürünleri kullanımı (Ref: Tütün Ürünleri Kullanmıyor)	Tütün Ürünleri Kullanıyor	3,61 (2,80-4,65)	<0,001	3,16 (2,39-4,18)	<0,001
Annenin alkol kullanımı (Ref: Kullanmıyor)	Alkol Kullanıyor			1,88 (0,64-5,48)	0,244
Babanın alkol kullanımı (Ref: Kullanmıyor)	Alkol Kullanıyor			2,69 (1,82-3,98)	<0,001
Çevresinde en az 1 kişinin alkol kullanımı	Alkol Kullanıyor			5,27 (4,00-6,95)	<0,001
Hosmer and Lemeshow Test			0,343		0,862
Nagelkerke R Square			0,239		0,385

Tablo 47. Son 1 Yılda Alkollü İçki Kullanımı Prevalansı ve Etkileyen Faktörler, Regresyon Modelleri (N:1699)

		Model 1 OR (%95GA)	p	Model 2 OR(%95GA)	p
Yaş (Ref:20-29 yaş)	30-39	0,97 (0,60-1,57)	0,925	0,94 (0,56-1,59)	0,836
	40-49	0,93 (0,53-1,62)	0,814	0,99 (0,54-1,82)	0,986
	50-59	1,14 (0,61-2,14)	0,671	1,35 (0,68-2,70)	0,386
	60+	1,35 (0,68-2,67)	0,387	1,54 (0,73-3,26)	0,252
Cinsiyet (Ref: Kadın)	Erkek	2,74 (1,95-3,85)	<0,001	2,44 (1,68-3,55)	<0,001
Medeni Durum (Ref: Evli)	Bekar	1,96 (1,10-3,49)	0,022	1,78 (0,92-3,45)	0,085
Çocuk Sahibi Olma Durumu (Ref: Var)	Yok	1,05 (0,58-1,89)	0,858	1,19 (0,61-2,32)	0,598
Hane Halkı Tipi (Ref: Birden Fazla Kişi)	Tek kişilik Hane Halkı	0,69 (0,41-1,15)	0,163	0,51 (0,29-0,91)	0,023
Eğitim Durumu (Ref: İlköğretim)	Ortaöğretim	1,39 (0,91-2,12)	0,118	1,37 (0,87-2,15)	0,168
	Üniversite	1,90 (1,21-2,98)	0,005	2,05 (1,26-3,32)	0,003
Çalışma Durumu (Ref: Çalışmıyor)	Çalışıyor	1,18 (0,71-1,96)	0,510	1,23 (0,71-2,11)	0,448
Meslek Sahibi Olma Durumu (Ref: Meslek Sahibi Değil)	Meslek Sahibi	0,91 (0,54-1,53)	0,746	0,84 (0,48-1,47)	0,552
Kişisel aylık geliri (Ref: Asgari ücretin altı)	Asgari ücret üzeri	1,40 (0,97-2,04)	0,072	1,18 (0,79-1,76)	0,409
Yaşadığı ilçenin SEGE Kategorisi (Ref: 4. SEGE ve 5. SEGE)	1. SEGE	1,63 (1,01-2,64)	0,044	1,58 (0,94-2,64)	0,082
	2. SEGE	1,30 (0,76-2,23)	0,324	1,34 (0,75-2,38)	0,319
	3. SEGE	1,96 (1,20-3,23)	0,007	2,16 (1,26-3,71)	0,005
Kronik hastalık varlığı (Ref: Yok)	Var	0,70 (0,47-1,03)	0,073	0,64 (0,42-0,97)	0,036
Tütün Ürünleri kullanımı (Ref: Tütün Ürünleri Kullanmıyor)	Tütün Ürünleri Kullanıyor	4,75 (3,49-6,46)	<0,001	4,29 (3,07-6,01)	<0,001
Annenin alkol kullanımı (Ref: Kullanmıyor)	Alkol Kullanıyor			1,57 (0,51-4,81)	0,425
Babanın alkol kullanımı (Ref: Kullanmıyor)	Alkol Kullanıyor			3,06 (1,99-4,71)	<0,001
Çevrede en az bir diğer kişilerin alkol kullanımı (Ref: Hayır)	Evet			6,69 (4,61-9,72)	<0,001
Hosmer and Lemeshow Test			0,157		0,426
Nagelkerke R Square			0,262		0,408

Tablo 48. Alkol Kullanım Bozukluğu Prevalansı ve Etkileyen Faktörler, Regresyon Modeli(N:1699)

		Model 1 OR(%95GA)	p	Model 2 OR (%95GA)	p
Yaş (Ref: 20-29 yaş)	30-39	0,79 (0,37-1,66)	0,535	0,72 (0,34-1,55)	0,410
	40-49	0,55(0,22-1,37)	0,200	0,52 (0,20-1,33)	0,175
	50-59	0,50 (0,17-1,48)	0,216	0,52(0,17-1,55)	0,244
	60+	0,75 (0,23-2,37)	0,624	0,73 (0,23-2,37)	0,611
Cinsiyet (Ref: Kadın)	Erkek	5,34 (2,53-11,25)	<0,001	4,61 (2,15-9,86)	<0,001
Medeni Durum (Ref: Evli)	Bekar	2,31(0,90-5,93)	0,082	1,90 (0,70-5,17)	0,205
Çocuk Sahibi Olma Durumu (Ref: Var)	Yok	0,74 (0,28-1,94)	0,550	0,83 (0,30-2,25)	0,718
Hane Halkı Tipi (Ref: Birden Fazla Kişi)	Tek Kişilik Hane Halkı	1,03 (0,47-2,22)	0,938	0,82 (0,37-1,82)	0,629
Eğitim Durumu (Ref: İlköğretim)	Ortaöğretim	0,70 (0,36-1,37)	0,310	0,63 (0,31-1,26)	0,197
	Üniversite	0,73 (0,35-1,50)	0,398	0,72 (0,34-1,50)	0,384
Çalışma Durumu (Ref: Çalışmıyor)	Çalışıyor	1,71 (0,71-4,q0)	0,229	1,76 (0,72-4,28)	0,207
Meslek Sahibi Olma Durumu (Ref: Meslek Sahibi Değil)	Meslek Sahibi	0,88 (0,36-2,15)	0,791	0,82 (0,33-2,08)	0,689
Kişisel Aylık Geliri (Ref: Asgari Ücretin Altı)	Asgari Ücret Üzeri	1,27 (0,68-2,36)	0,439	1,13 (0,60-2,12)	0,706
Yaşadığı İlçenin SEGE Kategorisi (Ref: 4. SEGE ve 5.SEGE)	1.SEGE	1,39 (0,66-2,93)	0,380	1,21 (0,56-2,59)	0,624
	2.SEGE	1,15 (0,50 -2,65)	0,732	1,06 (0,45-2,49)	0,893
	3.SEGE	1,07 (0,48-2,40)	0,858	1,00 (0,43-2,28)	0,999
Kronik Hastalık Varlığı (Ref: Yok)	Var	0,82 (0,42-1,61)	0,574	0,87 (0,43-1,75)	0,702
Tütün Ürünleri Kullanımı (Ref: Tütün Ürünleri Kullanmıyor)	Tütün Ürünleri Kullanıyor	2,87 (1,68-4,91)	<0,001	2,32 (1,34-4,02)	0,003
Annenin Alkol Kullanımı (Ref: Kullanmıyor)	Alkol Kullanıyor			1,22 (0,23-6,41)	0,809
Babanın Alkol Kullanımı (Ref: Kullanmıyor)	Alkol Kullanıyor			2,37 (1,30-4,33)	0,005
Çevrede En Az Bir Diğer Kişilerin Alkol Kullanımı (Ref: Hayır)	Evet			5,90 (2,84-12,27)	<0,001
Hosmer and Lemeshow Test			0,370		0,638
Nagelkerke R Square			0,180		0,264

4.4.Alkol kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu, Ağır İçicilik ve Tütün Ürünleri Kullanımı

Tablo 49. Tütün Ürünleri Kullanımı ve Alkol kullanımı Arasındaki Bağıntı

		Alkollü İçki Kullanmayanlar		Alkollü İçki Kullananlar		
		n	%**	n	%**	p*
Herhangi bir Tütün Ürünü	Kullanmıyor	1077	92,7	84	7,3	<0,001
	Kullanıyor	387	67,7	185	32,3	
Sigara	Kullanmıyor	1077	92,4	88	7,6	<0,001
	Kullanıyor	375	66,5	189	33,5	
Sarma Sigara	Kullanmıyor	1410	85,0	248	15,0	<0,001
	Kullanıyor	42	59,2	29	40,8	
Puro Pipo	Kullanmıyor	1438	84,8	257	15,2	<0,001
	Kullanıyor	14	41,2	20	58,8	
Nargile	Kullanmıyor	1411	86,1	227	13,0	<0,001
	Kullanıyor	41	45,1	50	54,9	
E sigara	Kullanmıyor	1445	84,7	262	15,3	<0,001
	Kullanıyor	7	31,8	15	68,2	
Açıklama: *Chi-Square Test/Ki-Kare Test, **Satır Yüzdesi						

Herhangi bir tütün ürünü kullananların %32,3'ü alkollü içkiyi halen kullanmaktadır ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak herhangi bir tütün ürünü kullanan grupta alkollü içki kullanımı görülme sıklığı daha yüksektir. Sigara kullanan bireylerin %33,5'inin, sarma sigara kullanan bireylerin %40,8'i, puro pipo kullananların %58,8'i, nargile kullananların %54,0'ü, E-sigara kullanan bireylerin %68,2'si son 1 yılda alkollü içki kullanmıştır. Tütün ürünleri kullanmayan bireylerde alkol kullananların sıklığı değerlendirildiğinde; Sigara kullanmayan bireylerin %7,3'ü, sarma sigara kullanmayan bireylerin %15,0'i, puro pipo kullanmayanların %15,2'si, nargile kullanmayanların %13,0'ü, E-sigara kullanmayan bireylerin %15,3'ü son 1 yılda alkollü içki kullanmıştır. Sigara kullananlarda ($p<0,001$), sarma sigara kullananlarda ($p<0,001$), puro pipo kullananlarda ($p<0,001$), nargile kullananlarda ($p<0,001$), E-sigara kullananlarda ($p<0,001$) alkollü içki kullanımı görülme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 49).

Tablo 50.Tütün Ürünleri Kullanımı ve Alkol Kullanım Bozukluğu, Ağır İçicilik Prevalansı, Bağıntılar

		Alkol Kullanım Bozukluğu Olmayanlar		Alkol Kullanım Bozukluğu Olanlar		p*	Ağır Epizodik İçici Olmayan		Ağır Epizodik İçici olan		p*
		n	%**	n	%**		n	%**	n	%**	
Herhangi Bir Tütün Ürünü	Kullanmıyor	1134	97,9	24	2,1	<0,001	58	71,6	23	28,4	0,089
	Kullanıyor	520	90,8	53	9,2		108	60,7	70	39,3	
Sigara	Kullanmıyor	1143	98,1	22	1,9	<0,001	60	74,1	21	25,9	0,024
	Kullanıyor	512	90,3	55	9,7		106	59,6	72	40,4	
Sarma Sigara	Kullanmıyor	1595	96,1	64	3,9	<0,001	148	64,1	82	35,7	0,810
	Kullanıyor	58	81,7	13	18,3		18	62,1	11	37,9	
Puro Pipo	Kullanmıyor	1627	95,9	69	4,1	<0,001	157	65,4	83	34,6	0,114
	Kullanıyor	26	76,5	8	23,5		9	47,4	10	52,6	
Nargile	Kullanmıyor	1583	96,6	56	3,4	<0,001	146	69,2	65	31,9	<0,001
	Kullanıyor	70	76,9	21	23,1		20	41,7	28	50,9	
E- sigara	Kullanmıyor	1638	95,9	70	4,1	<0,001	163	66,5	82	33,5	<0,001
	Kullanıyor	15	68,2	7	31,8		3	21,4	11	78,6	

Açıklama:*Chi-Square Test/Ki-Kare Test ,**Satır Yüzdesi

Herhangi bir tütün ürünü kullananların %9,2'sinde alkol kullanım bozukluğu mevcuttur ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak herhangi bir tütün ürünü kullanan grupta alkol kullanım bozukluğu görülme sıklığı daha yüksektir.

Sigara kullanan bireylerin %9,7'sinin, sarma sigara kullanan bireylerin %18,3'ünde, puro pipo kullananların %23,5' inde, nargile kullananların %23,1'inde, E- sigara kullanan bireylerin %31,8' inde alkol kullanım bozukluğu mevcuttur. Sigara kullananlarda (p=0,001), sarma sigara kullananlarda (p<0,001), puro pipo kullananlarda (p<0,001), nargile kullananlarda(p<0,001), E- sigara kullananlarda (p<0,001) alkol kullanım bozukluğu görülme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksektir.

Sigara kullanan bireylerin %40,4'ü, sarma sigara kullanan bireylerin %37,9'u, puro pipo kullananların %52,6'sı, nargile kullananların %50,9'u, E-sigara kullanan bireylerin %78,6'sı ağır içici olarak sınıflandırılmaktadır. Sigara kullananlarda (p=0,024), nargile kullananlarda(p=ü<0,001), E-sigara kullananlarda (p <0,001) ağır içicilik görülme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 50).

5.TARTIŞMA

Dünya genelinde tütün ürünleri ve alkol kullanımı sağlık açısından çok sayıda fiziksel, mental hastalıklara ve hastalıklara bağlı ölümlere yol açan, yaşamı boyunca kişiyi sağlık başta olmak üzere eğitim, iş, aile, sosyal çevre gibi sosyal birçok alanda yaşamını, yaşam kalitesini ve iyilik halini etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Bu çalışma yaş grupları ve sosyodemografik gelişmişlik düzeyi bakımından Trabzon ilini temsil etmesi, tütün ürünleri ve alkol kullanımının kontrolüne yönelik olarak pandeminin etkilerinin durağanlaştığı bir dönem sonrasında COVID 19 pandemisinden sonra, bir dönem tütün yetiştiriciliğinde önemli merkez konumunda olan Trabzon ilinde gerçekleştirilmesi nedeniyle literatüre güncel verilerle katkı sağlamaktadır.

Araştırmamızda sigarayla birlikte sarma sigara, pipo, puro, çiğnemelik tütün, enfiye tütün, ısıtılmış tütün, e- sigara gibi tüm tütün ürünleri prevalansı ve yaşam boyu alkol kullanımı, alkol kullanımı bozukluğu, ağır içicilik, son 1 yılda alkol kullanımı prevalansı ve etkileyen faktörler değerlendirilerek güncel durum ortaya konmuştur.

5.1.Tütün Ürünleri Kullanımı Prevalansı ve Etkileyen Faktörler

5.1.1.Tütün Ürünleri Kullanımı Prevalansı

Araştırmamızda Trabzon genelinde herhangi bir tütün ürünleri kullanımı prevalansı %33,1'dir. Araştırmamızda en çok kullanılan tütün ürünü %32,7 kullanım prevalansı ile sigara ve %5,3 kullanım prevalansı ile nargiledir. Son 30 yılda küresel düzeyde sigara içme prevalansı önemli ölçüde azalmıştır.

Dünya genelinde 2022 yılının verilerine göre tütün kullanım oranı yetişkin nüfus arasında tütün kullanımı küresel olarak yaklaşık %24,9 düzeyine inmiştir. Bu, 2000 yılında üç yetişkinden biri yaklaşık %33'ü tütün kullanırken, 2022'de bu oranın beş yetişkinden birine düştüğünü görülmektedir (138). 2030 projeksiyonlarına göre zaman geçtikçe küresel tütün kullanımının daha da azalması beklenmektedir; fakat bölgesel farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin, WHO Avrupa Bölgesi'nin 2030'da hâlâ yaklaşık %23 ile en yüksek kullanım oranına sahip olması öngörülmektedir (139). Trabzon genelinde prevalans, mevcut küresel prevalansın %24,9 olduğu düşünüldüğünde küresel tütün kullanım prevalansı ortalamasından daha yüksek olduğu görülmektedir.

OECD'nin en güncel zaman eğilim analizine göre, OECD ülkelerinde 15 yaş ve üzeri bireyler arasında günlük sigara içme oranı 2011'de %20,6 iken 2021'de %15,9'a düşmüştür. Ancak, ülkeler arasında günlük sigara içme oranlarında önemli farklılıklar gözlemlenmiştir: bazı ülkelerde bu oran %25'in üzerine çıkarken, İzlanda, Kosta Rika, Norveç, Meksika, Kanada, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Yeni Zelanda ve İsveç gibi ülkelerde %10'un altına düşmüştür. Genel sigara içme oranı için OECD ortalaması %15,9'dur. Türkiye'de genel popülasyonda sigara içme alışkanlığının boyutları konusunda yapılmış kapsamlı 2007 yıllarında yapılan çalışmalarda sigara içme sıklıkları değişik grup ve cinsiyetlere göre %8,5 ile %62,8 arasında değişmektedir (140). Bu çalışmalardan elde edilen prevalansların karşılaştırılmasında en önemli sorun ise çalışmalarda ortak bir yöntem kullanılmamış olmasıdır. Bu konuda toplum tabanlı tütün ürünleri kullanımı prevalansını değerlendiren çalışmalar çok az sayıdadır ve nadir örnekleri bulunmaktadır.

Barış ve arkadaşları tarafından 2011 yılında Kocaeli'nin 12 ilçesinde 18 yaş üstü 2721 kişide gerçekleştirilen bir çalışmada aktif sigara içme sıklığı %32,3 (n= 902) olarak bulunmuştur (141).

Akbay ve arkadaşları tarafından 2017 yılında gerçekleştirilen Kahramanmaraş merkez ilçede ikamet eden aile bireylerinin sigara ve Maraş otu kullanıcılarının sosyoekonomik ve demografik karakteristiklerini içeren bir çalışmada bireylerin yaklaşık %67'si sigara kullanırken, %33'ü ise kullanmamakta olduğu tespit edilmiştir (142).

2003,2009,2012,2017 yıllarında Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KGTA) çalışmasına göre gençlerin genelinde en az bir defa sigara tüketimini deneyenlerin oranı 2003;2009;2012;2017 yıllarına göre sırasıyla %26,3;%29,6;%32,4;%28,0 olarak saptanmıştır. Gençlerde halen tütün tüketim oranı ise 2003;2009;2012;2017 yıllarında sırasıyla %8,4;%11,9;%16,8;%17,9 olarak gerçekleştiği görülmüştür (143). 1990- 2017 arasındaki çalışmalarda genel popülasyonda sigara kullanım prevalansları genel olarak azalma göstermiştir. Sigara kullanım prevalansları toplumun genelinde Dünya ülkelerinde azalma eğiliminde olsa da tütün endüstrisi yeni tütün ürünlerini kullanıcılara alternatif bir tütün ürünleri bırakma yöntemi veya kullanıcılar için daha zararsız bir alternatif olduğunu düşündürülmesini sağlayarak diğer tütün ürünlerini

kullanıcılara sunmuştur. Bu algı nargile, elektronik sigara başta olmak üzere yeni ve diğer tütün ürünlerinin kullanımı prevalansında artış ile sonuçlanmış olabilir.

Ülkemizdeki bu değişimleri net olarak anlamak için Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Türkiye Sağlık Araştırması, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Raporları ve Sağlık Bakanlığı verileri gibi güvenilir kaynaklara dayanan zaman serileri incelendiğinde; 2000'li yılların başında sigara kullanımı %30-35 seviyelerinde iken 2008 yılında Türkiye Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi'ni (FCTC) uygulamaya başlanması ve 2010 yılında kapalı alanlarda sigara yasağı ile birlikte günümüzde önemli bir düşüş gözlemlendiği görülmektedir, sigaranın kamu kullanım oranları azalmıştır.

2000'lerin başında nargile kullanımı daha az yaygın olmakla birlikte kültürel faktörlerin etkileşimi nedeniyle artış göstermeye başladığı bilinmektedir. 2010 sonrası dönemde özellikle gençler ve üniversite öğrencileri arasında nargile kullanımı popüler olmuştur ve 2018-2019 aralığındaki dönemde Sağlık Bakanlığı verilerine göre nargile kullanan gençlerin sayılarında artış görülmeye başlanmıştır. Türkiye'de nargile kullanımı prevalansı değerlendirildiğinde 2020 yılında COVID 19 döneminde sigara tüketilen mekanlara ve nargile kafelere kısıtlamalarla birlikte sigara ve nargile kullanımı prevalansında düşüş yaşandığı gözlenmektedir. 2020 sonrası pandemi dönemiyle birlikte nargile kafelere kısıtlamalar getirilmesi nargile kullanımında geçici düşüşe neden olsa çalışmamızda Trabzon genelinde nargile kullanımı prevalansı erkeklerde %8,4 kadınlarda ise %2,3 tüm popülasyonda %5,3'tür. Akl ve ark. yaptığı çalışmada Orta Doğu Bölgesinin, üniversite öğrencileri arasında mevcut nargile sigara içmenin yüksek prevalansına sahip bölgeler arasında olduğu GCC ülkelerinde nargile kullanımı prevalansının %6'dan %15 değişiklik gösterebildiği ve Suriye ve Lübnan'da %28 olduğu belirtilmektedir. Sosyal ortamlarda ve gençler arasında nargile kullanımı Lübnan ve Mısır gibi ülkelerde yaygın kullanılmaktadır. Farklı ülkelerde ve çalışmalarda nargile içme prevalansı ayrı ayrı bildirilmiştir. Örneğin, Lübnan'da üniversite öğrencileri arasında nargile içme prevalansı %21,1 olarak, Suudi Arabistan'da %8, Pakistan'da yaşam boyu kullanım %54 ve mevcut kullanım %33 olarak, ABD'de yaşam boyu kullanım %41 ve son ay kullanımı %10 olarak, Birleşik Krallık'ta ise yaşam boyu kullanım %38 ve düzenli kullanım %8 olarak bildirilmiştir (144).

ABD'de 152 üniversite arasında yapılan bir ankete göre, mevcut nargile sigara içmenin yaygınlığı %8,9'dur ve dünyanın birçok ülkesinde nargile kullanımı prevalansı sadece sigara içmekten sonra ikinci sıradadır. Yetişkin yaygınlığı da ülkeler arasında değişiklik gösterir. 2011 yılında yapılan bir araştırmaya göre, mevcut yetişkin nargile kullanıcıları Orta Doğu ülkelerinde daha yaygındır: Lübnan'da %15, Suriye'de %9-12 ve Arap Körfezi ülkelerinde %4-12 olarak değişim gösteren nargile kullanma prevalansları mevcuttur (144).

Çalışmamızda Trabzon genelinde nargile kullanımı prevalansının %5,3, nargile bırakma prevalanslarının ise %3,1'dir. Yeni ürünlerin sigaraya alternatif ürün olarak sunulması ve daha az zararlı algısının oluşturulması etkili olması, yeni tütün ürünlerinin hedef kitlesinin daha çok 13 yaş ve üstü olması gençler arasında nargile kullanımı gibi çok hızlı yayılmasına tütün kontrol çalışmalarının kapsamının genişlemesine, bıraktırmaya yönelik müdahalelerin zorlaşmasına ve bu alanda müdahale başarılarının azalmasına neden olmaktadır.

Tütün ürünlerinin üretimini ve satışını yapan firmalar tarafından piyasaya sürülen yeni ürünlerden en popüler olanları Elektronik Nikotin Olan/Olmayan Dağıtım Sistemleri (ENDS/ENNDS) ve Isıtılmış Tütün Ürünleri' (HTPs)'dir. Dünya genelinde yeni tütün ürünleri olarak değerlendirilen e-sigara ve ısıtılmış tütün ürünleri kullanımı prevalansının özellikle gençler arasında yükseldiğine dair literatürde bilgiler mevcuttur. Fakat 20 yaş üzeri nüfusta tüm yaş gruplarını kapsayacak şekilde e-sigara ve ısıtılmış tütün ürünleri kullanımı prevalansı ve bırakma prevalanslarını değerlendiren çalışmalar sınırlı sayıdadır.

Çalışmamızda Trabzon genelinde ısıtılmış tütün ürünleri kullanımı ise %0,1, E-sigara kullananların prevalansı %1,3 bulunmuştur. Yeni ürünlerin bu kadar hızlı yayılmasında, görüntülerinin gençleri cezbedecek şekilde tasarlanması, sigaraya alternatif ürün olarak sunulması ve daha az zararlı algısının oluşturulması etkili olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda bu ürünlerin zararsız olmadığı ortaya koyulmaktadır. DSÖ bu konuda zararın azaltılmasının insan sağlığı açısından riski azaltmadığını bildirmektedir.

Ülkelerin bu yeni ürünlere bakış açısının ve yasal düzenlemelerinin birbirinden farklı olması kullanımı etkileyen ikinci en önemli faktördür. Bazı ülkeler yasaklarken bazı ülkeler de tütün ürünlerinin satışına izin vermektedirler. Hindistan gibi bazı ülkeler e-sigarayı tamamen yasaklarken, Avustralya gibi bazı ülkeler sadece reçete ile temin edilmesine izin vermektedirler.

Avrupa Birliği'nin bazı ülkelerinde ve ABD'de farklı uygulamalar olsa da birçok ülkede e-sigara bir tüketim malı olarak serbestçe satılabilmektedir (145). ABD'de 18 yaş üstü 4.107 kişi ile yapılan çalışmada, çalışmaya katılan kişilerin %5,2'sinin, mevcut sigara içenlerin %9,9'nun ısıtılmış tütün ürünlerinden haberi olduğu görülmektedir. ABD yapılan bir çalışmada sigara içenlerin %2,7'sinin ve toplamda %0,7'sinin ısıtılmış tütün ürünleri kullanmaktadırlar (146).

Diğer tütün ürünlerini değerlendirdiğimizde çalışmamızda Trabzon genelinde çiğnemelik tütün ürünleri kullanımı prevalansı %0,2, enfiye tütün ürünleri kullanım prevalansı %0,2, Maraş otu kullananların prevalansı %0,3'tür. 204 ülkede yapılan çalışmada sadece Yemen'de 1990 ile 2019 yılları arasında erkekler arasında çiğnemelik tütün ürünleri kullanım prevalansında anlamlı bir azalma olduğu görülmektedir (%0,94, %95GA %1,72 – %0,14). Kadınlar arasında ise, bu 12 ülkenin hiçbirinde çiğneme tütün ürünleri kullanımında anlamlı bir azalma gözlemlenmediği belirtilmektedir (147).

Dünya genelinde dumansız tütün ürünleri yaygınlığının %4,7 olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde çiğnemelik tütün ürünleri kullanımı, enfiye tütün ürünleri kullanımı, Maraş otu kullanımı prevalansı bölgeler arası değişiklikler göstermekle beraber bu tütün ürünleri için kullanım prevalansı için literatürde yer alan çalışmalara göre Trabzon genelinde gerçekleştirdiğimiz çalışmamızda daha düşük kullanım prevalansları elde edilmiştir ve bu ürünlerin ülkemizdeki kullanım prevalansları ise diğer ülkelerdeki ortalama kullanım prevalanslarından daha düşüktür. Yapılan çalışmalarda bölgeler arası tütün ürünleri kullanım prevalanslarındaki farklılıkların demografik, sosyoekonomik, kültürel karakterlerden kaynaklanabileceği belirtilmektedir.

Ülkemiz DSÖ'nün Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi kapsamında politika paketini başarılı bir şekilde uygulamış ve bunun sonucunda MPOWER önlemlerini en yüksek başarı düzeyinde tam olarak uygulayan iki ülkeden biri olmuştur. Ülkemiz 2004 yılında Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini imzalamış, sözleşmenin maddeleri dikkate alınarak Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planları hazırlanmıştır. İlk eylem planı 2008-2012 dönemleri için olmak üzere 2015-2018, 2018-2023, son eylem planı ise 2024-2028 yıllarını kapsayacak şekilde hazırlanmıştır (148). Tütün kontrolünün sağlanması ve tütün ürünleriyle ilgili mücadelede ülkeler ve ülkemiz bilene ek olarak yeni yaklaşımlar geliştirme çabasındadırlar. Sadece tütün ürünlerine yeni başlayanlara değil, tütün ürünleri kullanıcılarının mevcut tütün ürünleri kullanımını bıraktırma yolunda da müdahaleler geliştirmektedirler ve sosyal alan ve işyerlerinde tütün kontrolüne yönelik önlemler tedbirlerin uygulanması için yasal düzenlemeler yapmaktadırlar.

Ülkemizde 4207 sayılı yasayla birlikte kamu ve özel hukuk kişilerine ait tüm binaların kapalı alanları toplu taşıma araçları, eğitim kurumlarının, dershanelerin, kültür ve sosyal hizmet binalarının kapalı alanları ile açık alanları, kapalı ortak kullanım alanları neredeyse bireylerin yaşadıkları tüm sosyal alanlarının kapsayacak şekilde bireylerin tütün ürünlerinin tüketimi yasaklanmasına dair bir uygulama gerçekleştirilmesiyle Türkiye'de tütün ürünleri kullanımı prevalansı açısından önemli azalmalar olduğu görülmektedir.

Ülkemizin tütün ürünlere bakış açısının ve yasal düzenlemelerinin konusundaki uyguladığı önlemler ve müdahalelerin toplumda tütün ürünleri kullanımı etkileyen ve ülkemizin MPOWER önlemlerini en yüksek başarı düzeyinde tam olarak uygulayan iki ülkeden biri olmasını sağlayan en önemli faktördür. Fakat COVID 19 pandemisinin sağlık, aile yaşamı, sosyal yaşam, iş yaşamı ve eğitim yaşamı üzerinde yarattığı olumsuz etkiler Dünya genelinde tütün ürünleri kullanımı prevalansı trendlerinin değişimine katkıda bulunmuş olabilir.

5.1.2.Tütün Ürünleri Kullanma ve Kullanmama Nedenleri

Literatürde yer alan çalışmalarda tütün kullanımının her bir kültür ve yaşam koşulu, yasalar, aile ve akran ilişkileri, psikolojik ve fiziksel etkilerle ilgili inançlar,

inançlar, bilincin gerekçesi ve rolü gibi kategoriler içeren sosyo-kültürel yapı ve inançları içeren birçok sebeple ilişkili olabileceği belirtilmektedir.

Bangladeş'te yapılan bir çalışmada dumansız tütün ürünleri kullanımı sebebi olarak aile üyelerinin etkisi, başlangıç faktör için ana sebep olduğu belirtilmektedir. İnsanların bağımlılık nedeniyle (%52) ve yaşam tarzlarının bir parçası olarak (%23) dumansız tütün ürünleri kullanmaya devam ettiklerine dair inançları da tütün ürünleri kullanmalarının bir sebebi olarak gösterilmektedir.

Hayatın her toplumda bir dizi gelenek ve rutini olması, sosyal yapı gelenekleri, aile üyelerinin iletişimi ve diğer insanlar arasındaki iletişimin tütün ürünleri kullanımına olan etkisi sebebiyle birçok tüketici, ebeveynler ve bazen akranlar ve arkadaşlar gibi diğer aile üyelerinden etkilenerek kullanmaya başlarlar (149). Birçok tüketici için sosyal ortamda tüketimin nedeninin yakın iletişim arkadaş ve sınıf arkadaşları gruplarındaki tütün ürünleri kullanan kişiler olmasından literatürde yer alan çalışmalarda bahsedilmektedir.

Bir norm olarak kabul edildiğinden tütün ürünleri çoğu zaman grup içi iletişimin etkisiyle sosyal ortama uyum sağlamak için kişiler tarafından kullanılmaktadır. 10 ila 13 yaş arası tüketim prevalansı ve ergenlerde kullanım için bir model olarak ebeveynlerin ve yetişkinlerin rolünü değerlendiren bir çalışmada ebeveyn rolünün ergenlerde kullanıma başlatan faktörlerinden biri olduğu gösterilmiştir.

Geçmiş geleneklerle ilgili geleneksel inançlar ve bazen dumansız tütün kullanımına ilişkin etnik inançlar, insanları tüketime devam etmeye güçlü bir şekilde teşvik eden bir sosyal inanç biçimi olabilir. Kültürel inançlar, bir davranışı gözlemleyerek kolayca çıkarılan nesiller arasında da aktarılabilir tütün ürünleri kullanıcıları arasında yüksek ve düşük zarar algıları varlığı bazı tüketicilerde, tütün ürünlerinin zararlılığının ve riskinin tamamen farkında olsalar da kullanmaya devam etmelerine sebep olabilir. Yüksek zarar algıları olsa bile kişi bağımlılıkları sebebiyle kendileri tütün ürünlerini kullanmalarına engel olamayabilirler bu durum bırakmalarını zorlaştırabilir. Tütün ürünleri kullananlar tarafından tütün ürünleri bırakmanın zor olarak algılanması ve bağımlılık düzeyi yüksek kişilerde düşük zarar algısı bırakma konusunda en büyük engellerden biridir. Tüketiciler arasında düşük düzeyde zarar algısı olduğunda Afrika'daki bir çalışmada belirtildiği gibi tüketicilerin kendileri için yararlı

olduğunu düşünmeleri tütün ürünlerini içmeye devam etmelerine daha da kötüsü bu ürünleri stres, sıkıntılarını endişelerini unutturacak, gerginliklerini, yaşadıkları travmaların, ekonomik sorunların etkilerini azaltacak bir araç olarak kullanmalarına sebep olur (150).

İngiltere'deki Güney Asyalı kullanıcılar arasında dumansız tütün kullanımıyla ilgili bağlamsal faktörlerin sistematik bir şekilde gözden geçirilmesini inceleyen bir araştırmada kullanıcıların büyük çoğunluğu stres sıkıntı nedeniyle tütün ürünleri kullandıklarını belirtmişlerdir (151).

Çalışmamızda ise tütün ürünleri kullanan kişilerin tütün ürünleri kullanma sebepleri değerlendirildiğinde tütün ürünleri kullanan katılımcıların %59,7'si tütün ürünleri keyif alma eğlenmek için kullandığı belirtirken , %43,9'u stres sıkıntı, %18 ve daha düşük oranlarda katılımcı gerginliğini azaltmak, çevresindeki kişilerin içmesi sebebiyle, sosyal ortama uyum sağlamak, endişelerini unutmak için, %5,5 üzerinde oranlarda ise kullananlara özenme, ekonomik sorunların olması, yaşadığı travmalar nedeniyle tütün ürünü kullandıklarını belirtmektedirler.

Bırakma nedenleri üzerine 35 çalışmanın gözden geçirildiği bir çalışmada eski ve şu anki sigara içenlerin %60-80'i, bırakmanın birincil nedeni olarak sağlıkla ilgili endişeleri belirtmişlerdir. Sosyal kaygılar (örneğin, bırakma baskısı veya başkalarından onaylamama, başkalarına karşı sorumluluk gibi sebepler en sık bahsedilen kullanma nedenleri arasında yer almaktadır.

Tam tersi sosyal çevrenin tütün ürünlerine karşı olan olumlu tutumları, çevresindeki kişilerin içmemesi, çevresindeki kişilerin tütün ürünleri kullanımı konusunda kişinin bıraktırmayı yönündeki çabaları dolayısıyla sosyal çevresi ve sosyal çevresiyle olan etkileşimleri bırakmaları konusunda kişiye yardım edebilir (152).

Bırakmaları için diğer sebep ise tütün ürünlerinin pahalı olmasıdır ki maliyet bazı düşük sosyoekonomik düzeye sahip kişiler tarafından bırakmak için önemli bir neden olarak gösterilebilir. Araştırmamızda tütün ürünleri kullanmayanların %57,1'si sağlığını korumak, %37,3'ü sağlıklarının zarar görmesi ve sağlıklarının olumsuz etkilenmesi şeklinde belirtirken, %21'i manevi inancına uygun olmadığından tütün ürünleri kullanmadıklarını belirtmektedirler.

5.1.3.Yaş ve Tütün Ürünleri Kullanımı

Araştırmamızda herhangi bir tütün ürünü kullanımı prevalansı 20-29 yaş grubunda %39,6, 40-49 yaş grubunda %42,0'dir. Herhangi bir tütün ürünü kullanımı 20-29 yaş grubunda, 40-49 yaş grubunda daha yüksektir. Çalışmamızda yaş gruplarına göre sigara kullanımı prevalansı 60 yaş üzeri grupta prevalans %17,6'dir. Sigara içme prevalansı 60+ yaş grupta diğer yaş gruplarına göre daha düşük sıklıkta görülmektedir.

Türkiye'de 2008–2016 yılları arasında yapılan Global Yetişkin Tütün Araştırması (GYTA) verilerine göre, tütün kullanımında genel bir azalma gözlemlenmiştir. Ancak, bu azalma yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir (153). Sigara kullanma prevalansları 15–24 yaş grubunda tütün kullanımı %25,3'ten %31,9'a, 45–64 yaş grubunda %29,5'ten %31,6'ya, 65 yaş ve üzeri nüfusta ise %10,3'ten %10,9'a yükseldiği kaydedilmiştir. 25–44 yaş grubunda %39,9'dan %37,0'ye düşmüştür (154). Trabzon ilinde tütün ürünleri kullanımı prevalansını Türkiye İstatistik Kurumunun yayınladığı veriyle karşılaştırdığımızda araştırmamız sonucunda Trabzon ilinde tütün ürünleri kullanımı prevalansının Türkiye'de geneli tütün ürünleri kullanımı prevalansı ortalamasının üzerinde olduğu sonucuna varılmaktadır.

Çan ve ark. tarafından Mart 2003-Mart 2005 tarihleri arasında Doğu Karadeniz Bölgesi'ndeki Trabzon, Giresun, Rize, Artvin ve Gümüşhane illerinde 6103 kişide gerçekleştirilen bir çalışmada kadınlarda 20-29 yaş grubunda (%23,3), erkeklerde ise 30-39 yaş grubunda (%56,9) günlük sigara içiciliği sıklığı en yüksektir. 2003 ve 2005 yıllarında gerçekleştirilen Çan ve arkadaşlarının çalışmasıyla kıyaslandığında çalışmamızda da benzer şekilde 20-29 ve 30-39 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre sigara içme prevalansının daha yüksek sıklıkta görülmüştür. Araştırmamızda sigara kullanım prevalansı 20-29 yaş kadınlarda %25,1, 30-39 yaş grubu kadınlarda %22,2, 20-29 yaş erkeklerde %54,2, 30-39 yaş grubunda erkeklerde %46,0 tespit edilmiş olup, Çan ve ark. yaptığı çalışma ile kıyaslandığında araştırmamızda yaş grupları için 20-29 yaş kadınlarda daha yüksek, 30-39 yaş erkeklerde daha düşük prevalanslar elde edilmiştir (155).

Literatürde yer alan çalışmalarda Türkiye'de 2000-2025 yılları arasında 15–24 yaş gruplarında genç yetişkinler arasında nargile kullanımı prevalansı daha yaygın görülmekte olduğu bilinmektedir (156). Türkiye'de 2000'lerin başında nargile

kullanımı daha az yaygın olmakla birlikte kültürel faktörlerin etkileşimi nedeniyle artış göstermeye başladığı bilinmektedir. Nargile kullanımı 2010 sonrası dönemde özellikle gençler ve üniversite öğrencileri arasında popüler olmuştur. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2018-2019 aralığındaki dönemde nargile kullanan gençlerin sayılarında artış görülmeye başlanmıştır. (157). Literatürde yer alan çalışmalarda nargile kullanımının özellikle genç yetişkinler arasında yaygın olduğunu ve bırakma oranlarının düşük kaldığını göstermektedir.

Gençler arasında nargile kullanımının sıklığı çalışmamızda 20-29 yaş grubunda %11,8 olması ve diğer ülkelerle kıyaslandığında nargile kullanımı prevalansının yüksek olduğu ülkelerle benzer prevalanslara sahip olmamız nargile kullanımı açısından ve diğer tütün ürünlerinin kullanımı açısından bu konuda ülkemizde ek önlemlere ihtiyaç duyulabileceğini göstermektedir. 2020 sonrası pandemi dönemiyle birlikte nargile kafelere kısıtlamalar getirilmesi nargile kullanımında Türkiye verilerinde geçici düşüş yaşanmış olsa da Trabzon genelinde çalışmamız sonucunda yaş gruplarına göre 20-29 yaş grubunda nargile kullanım prevalansı daha yüksek prevalanslarda görülürken 50-59 yaş grubunda, 60 yaş üzerinde grupta nargile kullanımı prevalansı diğer gruplara göre daha düşük sıklıkta görülmektedir. Literatürde yer alan benzer şekilde Birleşik Krallık'ta yapılan çalışmada da pipo, nargile ve puro içen insan sayısının on yılda beş kat arttığı belirtilmektedir. Nikotin ve Tütün Araştırmaları dergisinde yayınlanan bir araştırmaya göre, 2013'te 151.200'e kıyasla geçen yıl yaklaşık 772.800 özel sigara dışı tütün kullanıcısı olduğu ve 2013-2023 yılları arasında ayda yaklaşık 1.700 yetiştikten oluşan temsili bir örneğin sigara içme alışkanlıklarını araştıran UCL akademisyenlerinin araştırmasına göre sigara dışı tütün kullanımındaki en büyük artışın genç yetişkinler arasında olduğunu, 18 yaşındakilerin %3'ünün bu formları kullandığını, 65 yaşındakiler de ise %1,1'inin kullandığı belirtilmektedir (158).

UCL'nin Epidemiyoloji ve Sağlık Enstitüsü'nde bulunan Jackson ve ark. yazdığı makalede yaptıkları 10 yıllık çalışma sonucunda, sigara dışı tütün kullanımının eğilimlerindeki değişimi sigara içme oranlarında düşüş yönünde olsa da veriler değerlendirildiğinde özellikle gençler arasında diğer tütsülenmiş tütün ürünlerinin kullanımında keskin bir artış olduğunu görülmekte olduğu belirtilmektedir. Araştırmacılar, bu artışın, bu ürünlerin sigaradan daha az zararlı olduğu yönündeki

yanlış inançlar ve mentollü sigara yasağının bu ürünleri kapsamaması gibi nedenlerle ilişkili olabileceğini belirtmektedir (158).

Ulusal Yetişkin Tütün Araştırması 2019 NATS çalışmasında, her gün ya da bazı günler dumansız tütün ürünleri kullanımının yaygınlığı, 18–24 yaş aralığındaki genç yetişkinler arasında %2,2 iken, bu oran 25–44 yaş aralığında %3,2, 45–64 yaş aralığında %2,5 ve ≥65 yaş grubunda %1,2 olarak bulunmuştur.

Literatürde yer alan bilgiler dumansız tütün ürünleri kullanımında 18–24 yaş grubundaki genç yetişkinlerden 25–44 yaş grubundaki yetişkinlere doğru görölen bu değişimin olası bir açıklaması, 18–24 yaş grubundaki genç yetişkinler arasında elektronik sigara kullanımının artmış olması olabileceği yönündedir (159).

Araştırmamızda yaş gruplarına göre E-sigara kullanımı prevalansı 20- 29 yaş grubunda %3,0'tür. 20-65 yaş grubu için yapılan analizlerde ise yaş gruplarına göre E-sigara kullanımı 20-29 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek sıklıkta görölmektedir. Bu bulgulardan da anlaşılacağı üzere bulgularımız literatürde yer alan bu bilgiyi destekler niteliktedir.

Literatürde yer alan bazı popöasyon çalışmaları olduğu gibi çalışmamızda E-sigara kullanım prevalansının 20-29 yaş grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yeni ürünlerin gençler arasında bu kadar hızlı yayılmasında, gençler arasında sosyal çevrelere uyum sağlama aracı olarak görmelerinin ve sigaraya alternatif ürün olarak sunulması, daha az zararlı algısının oluşturulmasının etkili olduğu bilinmektedir. MPOWER gibi kapsamlı tütün kontrol politikalarının uygulanması, tüm yaş gruplarında tütün ürünleri kullanımını azaltmada etkili olmaktadır.

Yaş gruplarında popöasyonlar arası farklılıklar ve çalışmamızda gençler arasında tütün ürünlerinin kullanımının yaygın olması, kullanma oranlarının 60 yaş üzeri nüfusa göre gençlerde daha yüksek olması gençlere yönelik farkındalık ve yaşa özel bıraktırmaya yönelik müdahalelerin yaygınlaştırılması için adımlar atılması gerektiğini göstermektedir.

5.1.4.Cinsiyet ve Tütün Ürünleri Kullanımı

Araştırmamızda Trabzon genelinde herhangi bir tütün ürünleri kullanımı prevalansı kadınlarda %20,8, erkeklerde %45,9'dır. Türkiye'de tütün ürünleri kullanımının prevalansı (yaygınlığı), zaman içinde çeşitli sosyoekonomik, kültürel ve yasal faktörlere bağlı olarak değişim göstermiştir.

Dünya genelinde 204 ülkenin yer aldığı bir çalışmada en yüksek dumansız tütün ürünleri kullanım prevalansına sahip ülkelerde kadınlar arasında (Bangladeş, Bhutan, Kamboçya, Hindistan, Madagaskar, Marshall Adaları, Myanmar, Nepal, Pakistan, Palau, Sri Lanka ve Yemen) 12 ülkenin dokuzunda sigara kullanım prevalansında anlamlı azalmalar kaydedilmiştir (147).

Çan ve ark. tarafından Mart 2003-Mart 2005 tarihleri arasında Doğu Karadeniz Bölgesi'ndeki Trabzon, Giresun, Rize, Artvin ve Gümüşhane illerinde 6103 kişide gerçekleştirilen bir çalışmada günlük sigara içici sıklığının (günde en az bir sigara içen) kadınlarda %18,3, erkeklerde %50,7'dır; kadınların %69,7'si, erkeklerin ise %27,9'u yaşamlarında hiç sigara içmediklerini belirtmiştir. Erkeklerde sigara içiciliği kadınlara göre daha yüksek saptanmıştır (155). Barış ve arkadaşları tarafından 2011 yılında Kocaeli'nin 12 ilçesinde 18 yaş üstü 2721 kişide gerçekleştirilen bir çalışmada erkeklerde sigara içme sıklığı %42,5 olup, kadınlara göre %21,8 anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (141). Akbay ve arkadaşları tarafından 2017 yılında gerçekleştirilen Kahramanmaraş merkez ilçede ikamet eden aile bireylerinin sigara ve Maraş otu kullanıcılarının sosyoekonomik ve demografik karakteristiklerini içeren bir çalışmada erkeklerin bayanlara oranla istatistiksel olarak daha fazla oranda Maraş otu kullandığı saptanmıştır (%25,1 ve %1,4). Sigara kullanma alışkanlığı da aynı şekilde erkekler arasında kadınlara oranla daha fazla yaygınlık göstermektedir. Erkeklerde %38,6 ve kadınlarda %22,7 bulunmuştur (142).

2019 yılında TÜİK Sağlık Araştırması'na göre sigara içenlerin oranı %28,0, erkeklerde %41,3, kadınlarda %14,9'dur. Araştırmamızda erkeklerde sigara kullanımı prevalansı %45,4, kadınlarda %20,3 bulunmuştur. Çan ve arkadaşlarının 2003-2005 yılları arasında gerçekleştirdiği çalışmaya kıyasla 2024 yılında gerçekleştirdiğimiz Trabzon genelinde gerçekleştirdiğimiz araştırmada erkeklerde tütün ürünleri kullanımı prevalansının daha düşük olduğu, kadınlarda ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu

durum yaşanan dönem, araştırma evreninin ve araştırma popülasyonda gelişen zamanla değişime uğrayan nüfus ve demografik özellikler, tütün ürünleri kullanım alışkanlıkları, etkin bir şekilde uygulanan tütün ürünleri kontrol politikaları ve zamanla tütün kontrolüne yönelik etkin politikaların uygulanmasına yönelik çalışma sayısının artırılması, tütün kontrole olan önemin artması ve tütünün zararlarının sosyal medyada daha çok bilinmesi, zararlı olduğu düşüncesinin toplum tarafından daha çok kabul göstermesi , bu konudaki farkındalığın zaman içinde artması gibi sebeplerden etkilenebilir.

Genel olarak tüm Dünya popülasyonlarında erkekler kadınlardan daha yüksek sigara kullanım prevalanslarına sahiptirler. Kore’de gerçekleştirilen bir araştırmada cinsiyetler arasında dikkat çekici bir fark gözlemlenmektedir: cinsiyetler arasındaki fark %21,8 puan iken, bu fark OECD ortalamasında %7,6 puandır.

Erkeklerde en yüksek sigara içme oranları Endonezya, Çin ve Türkiye’de görülmüştür (%40’ın üzerindedir), en düşük oranlar ise Norveç, İzlanda, Kanada, Yeni Zelanda ve ABD gibi ülkelerde tespit edilmiştir (%10’un altındadır). Kore’de erkeklerin sigara içme oranı 2021’de %26,3 olup, bu oran OECD ortalaması olan %19,9’un 6,4 puan üzerindedir. Buna karşılık, Koreli kadınlarda sigara içme oranı %4,5 ile en düşük oranlara sahip ülkeler arasında yer almaktadır. Kadınlarda sigara içme oranının en düşük olduğu ülkeler Hindistan, Çin, Endonezya, Peru, Kosta Rika ve Meksika’da kadınlarda %5’in altında sigara kullanımı oranlar mevcuttur (140). Dünya genelinde kadınlarda tütün ürünleri kullanım prevalansı, yaş gruplarına göre son yıllarda önemli değişiklikler göstermiştir. Genel eğilim, genç yaş gruplarında kullanımın azalması yönünde olsa da bazı bölgelerde ve yaş gruplarında artışlar gözlemlenmektedir.

Dünya genelinde 2000 yılında 15–24 yaş arası kadınlarda tütün kullanımı %8,3 iken, 2022’de bu oran %4,3’e düşmüştür. 2030 yılına kadar %3,5’e gerilemesi beklenmektedir. Dünya genelinde, genç kadınlar arasında tütün kullanımının giderek azaldığını göstermektedir. 25–44 yaş grubu kadınlarda dünya genelinde tütün kullanımı azalma eğilimindedir. Bazı çalışmalarda ise kadınlarda tütün ürünlerinin yükseldiği belirtilmiştir. Kadınlarda tütün ürünleri halen kullananlarda genel prevalans eğilimleri

değerlendirildiğinde 2000 yılında dünya genelinde kadın tütün kullanıcılarının sayısı 346 milyon iken, 2018'de bu sayı 244 milyona düşmüştür.

İrlanda'da 2015-2022 döneminde 52 494 yetişkin bireyin oluşturduğu nüfusta tütün içiminde sosyoekonomik değişimlerin ve sigara içme durumunun değerlendirildiğinde bir çalışmada erkekler arasında günlük sigara içme yaygınlığı %17,5 ve kadınlar arasında %14,1 ve 25-29 yaş arası bireyler için en yüksek (%23,1) olduğu bildirilmektedir (160). Bu çalışmayla kıyaslandığında İrlanda gibi M POWER paketi titizlikle uygulamaya çalışan ülkelere göre sigara kullanımı prevalanslarının ülkemizde daha yüksek olduğu görülmektedir. Tüm popülasyonda genel olarak erkekler arasında 20 yaş üzeri grupta en yüksek prevalansa sahip yaş grupları 20-54 yaş aralığında dilimleri kapsayan kategorilerde görülürken sigara bırakma prevalanslarının kronik hastalıkların daha sık baş göstermeye başladığı ve 60 yaş üzerindeki grupta daha sık olduğu görülmektedir.

İngiltere'de (≥ 16 yaş) ulusal olarak temsili bir yetişkin örneğinin aylık kesitsel bir anketi olan Smoking Toolkit çalışmasından verilerin alındığı Jackson ve ark tarafından yapılan bir çalışmada 2020-2023 yılları arasındaki dönemde 18-45 yaş arasındaki kadınlar arasında sigara içme prevalansında %19, %18,0'a belirsiz bir düşüş olduğu belirtilmektedir (161). Aynı çalışmada tüm yetişkinler arasında sigara içme prevalanslarının %19,2 ile %17,0'a benzer bir düşüş gözlenmiştir. İngiltere'de yapılan bir çalışmada, 2013 ile 2023 yılları arasında 18-45 yaş arası orta sınıf kadınlar arasında sigara içme oranının %12'den %15'e yükseldiği tespit edilmiştir. Bu artışın, el yapımı sigaraların popülaritesindeki artış ve sosyal etkileşimlerde sigara kullanımının rolüyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. 45-64 yaş grubu kadınlarda tütün kullanımının en yüksek olduğu yaş grubu 55-64 arasındır. Bu yaş grubunda tütün kullanımı, erkeklerdeki zirve yaş olan 45-54'ten daha geç gerçekleşmektedir (162).

Araştırmamızda ise bu durumu destekleyen bulgular elde edilmekle birlikte çalışmamızda 20-29 yaş grubunda genç kadınlarda herhangi bir tütün ürünleri kullanımı prevalansının %25,1 olarak belirlenmesi bize aslında ülkemizde genç kadınlarda tütün ürünleri kullanımı prevalansının yüksek olduğunu ve son yıllarda genç yaştaki kadınlarda tütün ürünleri kullanım prevalansının artış eğiliminde olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızdaki bu veriler TÜİK verilerini desteklemekle birlikte çalışmamızda kadın cinsiyette tütün ürünleri kullanımı açısından daha yüksek prevalanslar elde edilmiştir. Ülkemizde ve Trabzon genelinde tütün kontrol politikalarının etkisi düşünüldüğünde bu durum sosyal olarak dezavantajlı sınıflarda tütün kontrolü ve bırakma müdahalelerinin daha sıklaştırılması gerektiğini göstermektedir. Dünya genelinde kadınlarda tütün kullanımı yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir. Genç yaş gruplarında belirgin olsa da bazı bölgelerde ve yaş gruplarında artışlar gözlemlenmektedir. Bu nedenle, tütün kontrol politikalarının yaş, bölgeye özgü stratejilerle sosyal olarak dezavantajlı sınıflara yönelik müdahalelerle desteklenmesi önemlidir. İngiltere'deki çalışmada 18-45 yaş kadınlar arasında elektronik sigara yaygınlığı üç kattan fazla artarak %5,1 ile %19,7'ye ulaştığı belirtilmektedir. Aynı yaştaki erkekler arasında elektronik sigara kullanım prevalansında benzer bir artış, %5,8'den %20,2'ye olacak şekilde benzer bir artış ve tüm yetişkinler arasında %4,5'ten %13,2'ye önemli bir artış olduğu belirtilmektedir (161).

2023 yılında elektronik sigara yaygınlığı, tüm yetişkin nüfusa kıyasla 18-45 yaş arası yetişkinler arasında daha yüksek görüldüğü ve 18-45 yaş arasındaki kadınlarda, aynı yaştaki erkeklerde ve genel olarak yetişkin nüfusta, elektronik sigara prevalansı dezavantajlı sosyal sınıflardan gelenler arasında sürekli olarak daha yüksek olduğu belirtilmektedir ve yaygınlıktaki bu mutlak artışın sosyal olarak dezavantajlı sınıfta değerlendirilen kadınlarda daha büyük olduğu belirtilmektedir. 2023 yılında dezavantajlı sosyal sınıflardan gelen üreme çağındaki kadınlar arasında elektronik sigara kullanımı prevalansının %26,7'ye ulaştığı ve dezavantajlı olmayan sosyal sınıflar arasında bu değerin %10,4'e ulaştığı belirtilmektedir (161,162). HTP'lerin ve nikotin poşetlerinin kullanımı hem 18-45 yaş grubunda kadınlar hem de tüm yetişkinler arasında az miktarda arttığı, ancak %1 daha düşük prevalansta daha nadir sıklıkta görüldüğü bilinmektedir (163).

5.1.5.Eğitim ve Tütün Ürünleri Kullanımı

Eğitim durumuna göre tütün ürünleri kullanımı arasındaki ilişkiler tütün ürünlerinin tipine göre farklılık göstermekte idi. Sarma sigara, puro pipo kullanımıyla eğitim durumunun ilişkisi bulunmazken, sigara kullanımı, nargile ve E-sigara kullanımı eğitim durumuyla ilişkilidir.

Eğitim durumuna ilişkin sigara kullanımının, nargile kullanımının, lise/ortaöğretim mezuniyet düzeyine sahip kişilerde, e-sigara kullanımının ise üniversite düzeyinde eğitim seviyesindeki kişilerde daha yüksek sıklıkta görülmektedir.

Türkiye'de tütün kullanımıyla ilişkili sosyoekonomik faktörlerin değerlendirildiği İzmir'in Balçova ilçesinde yapılan Şahan ve ark. gerçekleştirdiği kesitsel, nüfus temelli bir çalışmada sosyal açıdan dezavantajlı gruplarda, özellikle düşük eğitim seviyesine sahip veya işsiz erkeklerde, mevcut sigara içicisi olma olasılığı daha yüksek olduğu ve düşük eğitim seviyesine sahip gruplarda sigarayı bırakma oranı daha düşük olduğu belirtilmektedir (164).

Araştırmamızda ortaöğretim/lise ve üniversite mezunlarında daha yüksek olması sosyoekonomik sınıflar arasında tütün kullanımı prevalansında değişimin olabileceğini düşündürmektedir. Ortaöğretim/lise ve üniversite düzeyinde mezunlarının daha çok istihdamda yer aldığı ve gelir getirici bir işte çalışanlar olduğu düşünüldüğünde eğitimle ilgili gerekçelerle birlikte ekonomik gerekçelerin tütün ürünleri kullanımında rol oynayabileceği düşünülmektedir.

5.1.6. Gelir ve Tütün Ürünleri Kullanımı

Araştırmamızda yapılan analizlerde kişisel aylık geliri asgari ücret üzeri olan katılımcılarda asgari ücret ve altında olan katılımcılara göre sigara kullanım prevalansları yüksektir. Gelir durumuyla tütün ürünleri kullanımı prevalansı arasındaki ilişkileri belirlemek için ülkeler için standartlaştırılmış farklı kestirim noktalarını belirlemeye yönelik çalışmaların varlığına ihtiyaç olduğu açıktır. Literatürde yer alan çalışmalarda mavi yakalı işçi olmak ve daha düşük gelire sahip olmanın erkeklerde artmış sigara içme oranlarıyla ilişkili olduğunu bildirilmektedir. Buna ek olarak, bizim bulgularımıza benzer şekilde, diğer çalışmalar da daha yüksek gelir düzeyinin statünün içmeye yatkınlık oluşturduğunu bildirilmektedir (165).

Ülkemizde tütün ürünlerinin fiyatlandırma politikaları sonrasında tütün ürünleri fiyatlarının artışı, nüfusun ekonomik yapısının ve nüfusun alım gücünün ancak temel ihtiyaçları karşılayacak düzeyde olması nedeniyle bireyler kişisel ve aile bütçelerinde tütün ürünleri kullanımına ayırdıkları bütçe için kısıtlamalar yapma eğiliminde olabilirler (166).

Ülkemizde sosyoekonomik faktörler ve tütün ürünleri fiyatlandırmasına yönelik diğer faktörler nedeniyle tütün ürünleri kullanım sıklığının daha yüksek gelir durumuna sahip daha yüksek eğitim seviyesindeki grupta daha yüksek sıklıkta görülmesi yönünde değişim olması muhtemel bir sonuçtur.

5.1.7.Çalışma yaşamı, Meslek Gruplar ve Tütün Ürünleri Kullanımı

Araştırmamızda meslek gruplarına göre sigarayı kullananlar değerlendirildiğinde; Yönetici pozisyonunda çalışan %35,3, profesyonel meslek grubundan %29,4, tekniker ve teknisyenlik hizmetlerinde çalışan , büro hizmetlerinde çalışan , hizmet ve satış elemanı olarak çalışan, esnaf ve sanatkâr olarak hizmet verenlerde, nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlarda %36'ın üzerinde sigara kullanımı prevalansı mevcuttu, şoför ve makine operatörü olarak hizmet veren %61,8'i sigara kullanımı açısından en yüksek oranlara sahip meslek gruplarıdır ve meslek sahibi olmayanların %20,0'si sigara kullanmaktadır.

ABD'nin ulusal temsili bir örneği arasında sigara içme modelleri ve istihdam durumu arasındaki ilişkilerin inceleyen yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada işsiz bireyler arasında, özellikle sağlık koşulları nedeniyle çalışamayanlar, şu anda veya eski sigara içme olasılığı artmaktadır. Bulgular, sigara içme davranışında kalıcı mesleki eşitsizlikleri ortaya koymaktadır. Sigara içme oranları, endüstri ve istihdam durumu temelinde farklılık gösterdiği genellikle sağlığın sosyal belirleyicilerinden etkilenir. El emeği ve hizmetle ilgili işlerdeki bireyler, profesyonel veya yönetsel pozisyonlardakilere göre daha yüksek sigara içme yaygınlığına sahip olma eğilimindedir (167). El emeği ile çalışanlar arasında tütün kullanımı sırasıyla %29,9-%34,3 arasında değişen tütün kullanım oranları varken, profesyonel ve bilimsel hizmetlerinde çalışan meslek grubu için sırasıyla tütün ürünleri kullanımı prevalansı oranının %22,1 ve %17'lik ülkenin ulusal ortalamalarından daha yüksek olduğu belirtilmektedir.

Diğer bir çalışmada çalışan yetişkinler de dahil olmak üzere nüfus alt grupları arasında tütün kullanımında farklılıklar da gözlenmiştir (168). CDC'nin çalışan ABD'li yetişkinler arasında sektöre ve mesleğe göre mevcut (her gün veya birkaç gün) tütün ürünü kullanımının en son yaygınlık tahminlerini tanımlamak için 2014-2016 Ulusal Sağlık Görüşme Anketi (NHIS) verileri analizini içeren çalışma ise çalışan yetişkinler

arasında %22,1'i (32,7 milyon) şu anda herhangi bir tür tütün kullandığı, %15,4'ü sigara kullandığı, %5,8'i diğey yanıcı tütün kullandığı (purolar, pipolar, nargileler veya nargileler, çok küçük purolar ve bidis), %3,0'ı dumansız tütün kullandığı ve %3,6'sı elektronik sigara kullandığı (e-sigara); %4,6'sı (6,9 milyon) şu anda iki veya daha fazla tütün ürünü kullandığını bildirilmektedir (169).

Bazı çalışmalarda belirli meslek gruplarında daha yüksek sigara içme oranlarının tanınmasıyla işyerinde sigarayı bırakmayı hedeflemek için çeşitli müdahaleler geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur.

Kanıtı dayalı stratejiler genellikle çalışan bireyler için uyarlanarak sigara bırakma tedavisi kapsamı ve tütünsüz yasalar dahil olmak üzere işyeri ortamlarına dahil edilebilir. Sigara içilmeyen işyeri politikaları, bu politikaları uygulayan işyerindeki çalışanların, bu tür politikalar olmadan işyerlerindeki çalışanlara göre sigarayı bırakma olasılığının iki kat daha fazla olduğunu gösteren çalışmalarla sigara içme oranlarını önemli ölçüde azaltmasına katkıda bulunduğı gösterilmiştir. Bu tür bulgular, işverenlerin tütün bırakmayı teşvik etmedeki kritik rolünün altını çizmektedir (167-168). Önceki çalışmalar, işsiz bireyler arasında sigara içme davranışlarını araştırmış ve işsizlik ile sigara arasında bir ilişki tutarlı bir şekilde belirlense de çalışmamızda çalışma durumuna göre toplumu çalışıyor, çalışmıyor olarak iki gruba ayırdığımızda her iki grupta sigara, sarma sigara, nargile, E-sigara kullanım prevalansı gelir getirici bir işte çalışan grupta daha yüksektir.

Çalışan bireyler için, özellikle sigara içme yaygınlığı daha yüksek olan endüstrilerde, işyerine dayalı sigara bırakma programları bir öncelik olmalıdır. Bu programlar, yüksek riskli mesleklerde sigara içmeyi azaltmayı amaçlayan nikotin replasman tedavileri, danışmanlık ve stres yönetimi tekniklerini içerebilir. Önceki çalışmalar, sigarasız işyeri politikalarının etkinliğini göstermiştir. Bu politikaların sigara içme oranlarının daha yüksek olduğu sektörlerde uygulanması, sigarayı bırakma oranlarının iyileştirilmesine yol açabilir. Ek olarak hem işyerleri hem de kamusal alanlar için geçerli olan dumansız hava yasalarının sigara içme oranlarını azalttığı gösterilmiştir ve hem çalışan hem de işsiz bireylere fayda sağlayan daha geniş bir çevresel müdahale görevi görebilir (167-168).

Ülkemizde çalışanlara yönelik öncelikle 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu hükümlerine dayanan, içeriği 4733 Sayılı Kanun, ilgili yönetmelikler ve Halk Sağlığı Başkanlığı'nın düzenleyici ve uygulayıcı görevleriyle desteklenen, işyerlerinde tütün ve alkol kullanımını önlemeye yönelik verilen sağlık eğitimleri her ay düzenli ve periyodik olarak gerçekleştirilmektedir (170). Satış belgesi almaksızın tütün mamulleri, alkol ve alkollü içki satan işyerlerine hem toptan hem de perakende düzeyde, uygunluk belgesi bulundurmadan üretim veya satış yerlerine, ambalaj veya stantlarla ilgili mevzuata aykırı uygulamalar, bilgi ve belge teminininde kusurlu davranan, denetim iş birliği içinde olmayan iş yerlerine idari para cezası uygulanmaktadır.

Dumansız Hava Sahası Denetim Modülü (DHSDS) kapsamındaki saha denetim modeli” bağlamında yasal düzenlemeye dair Türkiye’deki uygulama esasları ağırlıklı olarak 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun kapsamında çapraz denetimler, ihbar üzerine denetimlerin ve genel planlı denetimlerin çerçevesi şekillendirilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen Dumansız Hava Sahası Denetim Sistemi (DHSDS), tütün ürünlerinin kullanımı yasak olan kapalı alanlarda GPS destekli mobil cihazlarla 7/24 denetim yapılmasını mümkün kılmaktadır ve bu denetimler; çapraz denetimler, ihbar üzerine denetimler ve genel planlı denetimlerle ilgili tüm işlemler saha denetim ekipleri tarafından bu programla entegre şekilde yürütülmektedir.

Meslek gruplarına yönelik tütün ürünleri bıraktırma müdahalelerinin uygulanmasının yanı sıra meslek sahibi olmayan bireylere yönelik tütün ürünleri bıraktırma müdahalelerine ve farkındalık çalışmalarına ihtiyaç olduğu açıktır. Literatürde yer alan çalışmalarda işsiz bireyler, özellikle sağlık veya engellilik nedeniyle çalışamayanlar için sigarayı bırakma programları, karşılaştıkları benzersiz zorlukları göz önünde bulundurması gerektiğinden bahsedilmektedir. İşyeri temelli kaynaklara erişimi olmayan bu kişiler, sanal destek grupları veya danışmanlık ve nikotin replasman tedavileri sunan tele sağlık hizmetleri gibi toplum odaklı müdahalelerden yararlanabilir. Ayrıca, tütün bırakma müdahalelerini işsizlik büroları veya sosyal hizmet programları gibi işsiz bireylerin etkileşime girdiği ortamlara entegre etmek, bu nüfusa ulaşmak için etkili bir strateji olabilir (167).

5.1.8.Yaşanılan İlçenin Sosyoekonomik Gelişmişlik Kategorisi, Tütün Ürünleri Kullanımı

Katılımcıların yaşadıkları ilçenin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyiyle sigara, sarma sigara, nargile kullanımı , puro pipo, E-sigara kullanım prevalansları istatistiksel açıdan anlamlı olarak birbirinden farklılık göstermektedir. Sigara kullanımı 2.SEGE düzeyinde diğer SEGE göre daha az sıklıkta görülürken, sarma sigara 1,2,4.ve 5. SEGE düzeyinde, e-sigara, sarma sigara 2. SEGE düzeyinde daha yüksek sıklıkta, puro pipo kullanımı 4. ve 5. SEGE düzeyinde, anlamlı olarak daha yüksektir. Araştırmamızda tütün ürünlerine farklı ücret uygulamalarının vergilendirmelerin olması, tütün ürünlerine satışı yapılan yerlerin kırsal kesimde daha az yaygın olması, tütün ürünleri kullanım alışkanlıklarının kişilerin yaşadıkları ilçe sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi yüksek olsa dahi kişinin ve ailesinin gelir durumundan etkilenebileceği, gelir durumunun belirleyebileceği olacağı ve tütün ürünü satışı yapılan yerlerin azaltıldığında prevalans oranlarının azalabileceğini düşündürmektedir.

Kişiler sosyoekonomik faktörler ve kişiler tercihlerinden dolayı e-sigara gibi yeni tütün ürünlerine ve el yapımı sarma sigaraları tercih edebilirler. Merkezi konumda olan 1.SEGE, 2.SEGE bölgesinde kafe, restoran, eğlence mekanlarının, 4. ve 5. SEGE bölgesinde kahvehane, kıraathane mekanlarının daha sık olması, kişilerin kendilerinin ve ailelerinin gelir durumları ve elde ettikleri gelirlerinde tütün ürünleri harcamaları için bütçelerinde kısıtlamaya gidebilmeleri gibi kültürel ve ekonomik faktörler nedeniyle her bir tütün ürünü kullanımının sosyoekonomik gelişmişlik düzeyine göre farklılık göstermesine sebep olmuş olabilir.

Kapsamlı sigara karşıtı önlemler ve etkili sağlık müdahaleleri uygulayan yüksek sosyoekonomik gelişmişlik bölgeleri, sadece tütün ürünleri kullanımını azaltmakla kalmaz, aynı zamanda tütün ürünlerine olumsuz sağlık etkileri ve sigaraya atfedilen ölüm oranlarına da büyük düşüşlerine yardımcı olabilir. Eğilim, yüksek sosyodemografik indeks bölgelerinde tütün kullanımının başarılı kontrolü ile tutarlıdır. Örneğin, Batı Avrupa ve Kuzey Amerika, sürekli halk sağlığı girişimleri yoluyla hastalık yüklerini başarıyla azaltmasını sağlayarak tütün kullanımı prevalansında düşüşlere yol açar. Buna karşılık, düşük sosyoekonomik gelişmişlik bölgeleri, sigaraya atfedilen hastalık oranlarında daha az belirgin azalmalar ve hatta durgunluğa sebep olur.

Birçok orta ve düşük sosyoekonomik gelişmişlik bölgesi, yüksek sigara yaygınlığı, sınırlı sağlık kaynakları ve yetersiz tütün kontrol önlemleri ile mücadele etmeye devam etmeye devam ettiği bilinmektedir. Bilinmekte olduğu gibi dünya

genelinde 780 milyon tütün ürünleri kullanıcısının sadece %30'u bırakmaya yardımcı araçlara ulaşabilmektedir. Bu nedenle Doğu Avrupa, Orta Asya ve Güneydoğu Asya'nın bazı bölgeleri gibi bölgeler, ekonomik kısıtlamaların ve kültürel faktörlerin önemli engeller oluşturduğu kapsamlı sigara içme düzenlemelerinin ve halk sağlığı girişimlerinin uygulanmasındaki zorlukların altını çizerek daha yavaş ilerleme gösterdiğinden bahsedilmektedir (171).

5.1.9.Aile Hayatı, Sosyal Çevre ve Tütün Ürünleri Kullanımı

Literatürde aile ortamının tütün bağımlılığı üzerindeki etkisini değerlendiren bir çalışmada ebeveynin nikotin bağımlılığı olmasının, gençte sigaraya başlama olasılığını yaklaşık 3 katına, nikotin bağımlılığı olasılığını ise 2 katına çıkarmakta belirtilmektedir (172). Sonuçlar, ebeveynleri veya kardeşleri tütün kullanan bireylerin, kendilerinin de tütün kullanma olasılığının önemli ölçüde daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu bulgular, sigara içme davranışları üzerinde güçlü bir ailesel etkinin olduğunu göstermektedir (173).

Çalışmamızda bireyin ailesinde ve sosyal çevresinde sigara veya sarma sigara kullanımıyla bireyin sigara kullanma durumu değerlendirildiğinde anne, baba, kardeş, en yakın iş arkadaşı, özel arkadaş, sevgili, eş, nişanlı ve en yakın arkadaşında sigara veya sarma sigara kullanımı olan grupta anlamlı olarak sigara kullanımı prevalansı daha yüksektir. Literatürde yer alan bir çalışmada, aile ve arkadaş çevresinin tütün kullanımına ilişkin tutumlarının, ruh sağlığı sorunları yaşayan bireylerde sigarayı bırakma süreci üzerindeki etkisini değerlendirmiştir. Çalışma, ailesi veya sosyal çevresi tütün kullanımına karşı nötr ya da olumlu bir tutuma sahip olan bireylerin, olumsuz görüşlere sahip bir çevresi olanlara kıyasla sigarayı bırakma olasılıklarının %32 daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, sosyal tutumların sigarayı bırakma süreci üzerindeki rolünü vurgulamaktadır (173). Çocuğu olmayanlarda bireylerde sigara kullanımı, nargile kullanımı, puro pipo kullanımı, e-sigara kullanımı çocuğu olan bireylere göre daha yüksektir. Çin'de yürütülen aile sağlığı ile sigara kullanımı arasındaki ilişkiyi incelendiği kesitsel bir çalışmada, duygusal destek ve sağlıklı yaşam tarzlarını içeren iyi düzeydeki aile sağlığının, daha düşük sigara kullanımı oranlarıyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Tüm bu bulgular, hane dinamiklerinin ve genel aile refahının sigara içme davranışlarında rol oynadığını göstermektedir (174).

5.1.10.Kronik Hastalık ve Tütün Ürünleri Kullanımı

WYSAC, 2018 çalışmasına göre sigara içmeyenlere kıyasla, mevcut ve eski sigara içenlerin kronik akciğer hastalığına sahip olma olasılığı 5,5 kat daha fazla, kalp hastalığına sahip olma olasılığı 2,8 kat daha fazla, diyabet olma olasılığı 1,7 kat daha fazla, yüksek tansiyona sahip olma olasılığı 1,3 kat daha fazla, yüksek kolesterole sahip olma olasılığı 1,2 kat daha fazla ve kanser olma olasılığı 1,4 kat daha fazladır. Araştırmalar sürekli olarak pasif sigara dumanına maruz kalmanın insan sağlığına zararlı olduğunu göstermiştir (örneğin, Ono ve ark., 2011). Düşük maruz kalma seviyelerinde bile, sigara dumanındaki kimyasallar kardiyovasküler hastalık, kanser, solunum yolu hastalığı ve ölüm riskini artırır. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 34.000 sigara içmeyen, pasif dumana maruz kalmaya atfedilebilecek kalp hastalığından, 7.300'den fazla sigara içmeyen kişi, pasif dumana maruz kalmaya atfedilebilecek akciğer kanserinden ölmektedir. Sigara içmek önde gelen ölüm nedenlerine katkıda bulunur. 2016 yılında, kardiyovasküler hastalık, kanser ve kronik alt solunum yolu hastalıkları Wyoming'de sırasıyla birinci, ikinci ve dördüncü önde gelen ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (175). Tütün kullanımı da kardiyovasküler hastalık, diyabet ve enflamatuar hastalıklar dahil olmak üzere birçok kronik hastalık için önlenabilir ve değiştirilebilir bir risk faktörüdür.

Literatürde yer alan çalışmalarda komorbid tütün kullanımının ve kronik hastalıkların daha iyi anlaşılması, her ikisinin de oldukça yaygın olduğu yüksek gelirli ülkeler için önemli olduğu ve ayrıca tütün kullanımının kronik hastalığı olan bireylerde yaygın olduğu ve tütün kontrol müdahale programlarının kronik hastalık insidansının arttığı orta gelirli ülkelerde sistem planlaması için hayati öneme sahip olduğu belirtilmektedir (176).

Sigara içmek, Türkiye'de hastalık, ölüm ve sakatlığın önde gelen önlenabilir nedeni olduğu gibi Dünya'nın birçok ülkesinde hastalık ölüm, sakatlığın önde gelen önlenabilir nedenlerindendir. Sigara ve pasif sigara dumanına maruz kalma her yıl 480.000'den fazla ABD ölümüne neden olmaktadır. 2016'da kanser, Wyoming'de ikinci önde gelen ölüm nedeni olarak belirtilmektedir. (CDC, NCDHS, 2017). KOAH vakalarının yaklaşık %85-90'ı sigaraya atfedilebilir. Solunum hastalıkları, sigaranın neden olduğu en maliyetli önlenabilir hastalıklar arasındadır (176). Kanıtlanmış tütün

kontrol stratejilerinin kullanımını artırmak, tütün kullanımını ve ilgili hastalıkları azaltabilir.

Literatürde yer alan bir araştırmada sigara içmiş olanların %28'inde , hiç içmeyenlerde: %22'sinde yüksek tansiyon hastalığı görülürken, sigara içmiş olanların %12'sinde ,hiç içmeyenlerin : %7 'sinde şeker hastalığı (diyabet) , sigara içmiş olanların %11'inde , hiç içmeyenlerin %4 'ünde kalp hastalığı, sigara içmiş olanların : %11 'inde, hiç içmeyenlerin %2 'sinde kronik akciğer hastalığı, sigara içmiş olanların %7'sinde, hiç içmeyenler ise %5'inde kanser hastalığı bulunduğu belirtilmektedir (177).

Çalışmamızın sonuçlarına göre kronik hastalığı olan bireylerin tütün ürünleri kullanımı prevalansı değerlendirildiğinde kronik hastalığı olan bireylerin %27,6'sı sigara, %4,8' i sarma sigara, %1,2 'si puro pipo, %1,6 'sı nargile, %0,5 'i ise E- sigara halen kullanmaktadır. Kronik hastalığı olmayan bireylerin %35,4'ü sigara, %3,8'i sarma sigara, %2,3'ü puro pipo, %7,1 nargile, %1,6'si ise E-sigara kullanmaktadırlar. Kronik hastalığı olmayan bireylerde sigara, nargile kullanımı istatistiksel açıdan kronik hastalığı olan bireylere göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Kronik hastalığı olan bireylerde tütün ürünlerini bırakma, yaşamı boyunca deneyimleme prevalansı daha yüksekti. Yüksek tansiyon hastalığı tanısı olan %14,8, şeker hastalık tanısı olanların %13,3, akciğer tanılı hastalığı olanların %22,6'sı, kalp hastalık tanısı olanların %19,2'si, karaciğer hastalık tanısı olan kişilerin %26,3'ü ve kanser hastalık tanısı olanların %33,3'ü sigara kullanıp bıraktıkları belirtmektedirler. Bu sonuçlardan kronik hastalığın tütün ürünleriyle ilişkisi olmadığı yanılığında düşülmemelidir.

Araştırmamıza katılan genç 20-29 yaş genç nüfusun herhangi bir tütün ürünleri kullanımı prevalansı %39,6'dır ve popülasyonumuzdaki en yüksek nargile ve sigara kullanma prevalanslarına sahip yaş grup 20-29, 30-39 yaş gruptur ve bu iki yaş grubu kronik hastalık prevalansı en düşük gruptur. 60 yaş ve üzeri nüfusta nargile ve sigara kullanma prevalansı ise %0,5 ve %17,1'dir ve popülasyondaki en düşük tütün ürünleri kullanma prevalansı 60 yaş üzeri gruptur, fakat tütün ürünlerini bırakma prevalansı bu yaş grubunda daha yüksektir. 60 yaş üzeri katılımcıların %21,7 'si sigarayı,%3,1 'i sarma sigarayı, %1,0 'i nargileyi,%1,3'ü puro pipoyu, %0,8 'i ise e-sigarayı kullanıp bıraktıklarını belirtmektedirler.

Tütün ürünlerinin kronik hastalık gibi zararlı etkileri uzun yıllar sonra ortaya çıkmakla birlikte bırakma oranlarının 60 yaş grubunda daha genç yaştaki popülasyona göre anlamlı olarak daha yüksek olması bireylerin daha geç yaşlarda kronik hastalıkları sebebiyle tütün ürünlerini bırakmasına neden olabileceği fikrini akıllara getirmektedir. Tütün ürünlerini bırakan kişilerin tütün ürünlerini bırakma sebebi olarak %53,7'si sağlığına zarar vermesi/olumsuz etkilemesi, %55,6'sı sağlığını korumak isteme olarak belirtmesi bu bulguları destekler niteliktedir.

Tütün bağımlılığı, sigara içen birçok yetişkinin uzun vadeli başarıya ulaşmadan önce tekrar tekrar bırakma girişimleri yaptığı kronik bir durumdur. Tütün bağımlılığı, hastaların diğer kronik durumlarına eşit önemde, birlikte ortaya çıkan ve yüksek oranda tedavi edilebilir bir kronik hastalık olarak yeniden tanımlanmalıdır. Kronik hastalık bakımı sağlayıcıları, rutin, kanıta dayalı tütün tedavisi sağlayan ve birlikte ortaya çıkan depresyon ve alkol kullanımı gibi komorbiditeleri ele alan sistemler kullanmalıdır. Tütün ürünlerinin kişiler üzerinde zararlı etkileri ortaya çıkmadan önce özellikle genç yaşta kullananlar için bıraktırmaya yönelik müdahalelerin büyük ölçekli popülasyon çalışmaları ve uygulamalarıyla yaygınlaştırılması önem arz etmektedir.

5.1.11.Psikiyatrik Hastalık ve Tütün Ürünleri Kullanımı

Davranışsal sağlık sorunları olan bireylerde nikotin bağımlılığı oranı, genel popülasyona göre 2-3 kat daha yüksektir (178). Literatürde yer alan çalışmalar değerlendirildiğinde 2006–2019 yılları arasında ABD'de yapılan bir çalışmada, majör depresyon tanısı almış yetişkinlerde sigara kullanma oranı %24,2-%37,3 arasında değişiklik göstermektedir. Depresyon tanısı olmayan bireylerdeki sigara kullanımı oranı %15,8'dir (179). Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) olan bireylerde sigara kullanımı, genel popülasyona göre yaklaşık iki kat daha fazladır. Bu bireyler, sigarayı anksiyetelerini hafifletmek amacıyla kullanabilirler; ancak, nikotin bağımlılığı uzun vadede anksiyete semptomlarını artırabilir. Panik bozukluğu hastalığının başlangıcında sigara kullanım oranı %54 iken, panik bozukluğu olmayan grupta bu oran %35 olduğu bulunmuştur. Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Panik Bozukluğu olan bireylerde sigara kullanımı prevalansı, genel popülasyona kıyasla belirgin şekilde daha yüksektir (180). Psikiyatrik bozukluklara sahip bireylerde sigara kullanımı, genel popülasyona göre önemli ölçüde daha yaygındır.

Smith ve arkadaşlarının (2014) çalışmasına göre, sigara kullanım prevalansı depresyon tanısı olan bireylerde %39,8, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) olanlarda %42, panik bozukluğu olanlarda %51, obsesif kompulsif bozukluk tanısı olanlarda %22,4 ve sosyal fobi tanısı olanlarda %20 olarak saptanmıştır. Özellikle travma sonrası stres bozukluğu tanısı olan bireylerde sigara kullanım riski, genel popülasyona göre %22 oranında daha yüksektir. Bu durum hem psikolojik hem de fizyolojik etkenlerin bir kombinasyonu olarak değerlendirilmektedir. Sigara kullanımının, bu bireylerde mevcut semptomları hafifletme amacıyla bir başa çıkma mekanizması olarak kullanıldığı düşünülmektedir. Ancak, bu alışkanlık uzun vadede sağlık üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir (181).

Çalışmamızda psikiyatrik hastalığı olan bireylerde tütün ürünleri kullanım prevalansı değerlendirildiğinde; psikiyatrik hastalığı olan bireylerin %36,2'si sigara, %5,5' i sarma sigara, %3,1'i nargile, %0,8 i ise E-sigara kullanmaktadır. Psikiyatrik hastalığı olmayan bireylerin ise %32,4'i sigara, %4,0'ü sarma sigara, %2,1'i puro pipo, %5,4' ü nargile, %1,3 'ü ise E-sigara kullanmaktadır. Sigara kullanımı açısından değerlendirildiğinde psikiyatrik hastalığı olan grupta halen kullanma, bırakma ve yaşamı boyunca birkaç kez sigara deneme prevalansı istatistiksel açıdan psikiyatrik hastalığı olmayan gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir.

Depresyon hastalarının %37,8'i, yaygın anksiyete hastalarının %30,4' ü, panik bozukluk hastalarının %40,0'ı, obsesif kompulsif bozukluk hastalarının %50,0'si, erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu hastalarının %50,0'si, bipolar bozukluk tanılı hastaların %50,0'si, travma sonrası stres bozukluğu hastalarının %33,3'ü halen herhangi bir tütün ürünü kullanmakta olduklarını belirtmektedirler.

Depresyon hastalarının %13,5'i, yaygın anksiyete tanısı olan hastaların %21,7' si, panik bozukluk tanısı olan hastaların %10,0 'u, travma sonrası stres bozukluğu tanılı hastaların %33,3'ü sigarayı kullanıp bıraktıklarını belirtmektedirler. Bu bulgular, sigara kullanımının ruh sağlığı bozuklukları ile güçlü bir ilişkisi olduğunu ve bu bireylerde tütün bağımlılığına yönelik özel müdahale stratejilerinin önem taşıdığını göstermektedir.

5.1.12. Tütün Ürünleri Bırakma Prevalansları

Dünya Geneline 13 ülkede 2009–2014 ve 2015–2021 yıllarında Küresel Yetişkin Tütün Araştırmalarında yer alan sigara bırakma oranını, bırakma girişimini ve bırakma yardımının kullanımını tahmin eden bir çalışmada belirtilen zaman dilimlerinde tüm ülkelerde sigara içme prevalansının %7,6-33,8, bırakma oranının %15-54 ve bırakma girişiminin %17,7-52,8 olduğu belirtilmektedir. 13 ülkenin tütün verilerinin yer aldığı modelleme çalışmasında bırakma oranlarının Endonezya'da %100 iyileştiği , ancak Türkiye'de %56 azaldığı, bırakma girişimlerinin Endonezya'da (%31,9), Meksika'da (%16,9) ve Çin'de (%15,9) artarken Türkiye'de (%140,4), Vietnam'da (%43,1) ve Romanya'da (%62,4) azaldığı belirtilmektedir. 2009-2014 ve 2015-2021 tarihleri arasındaki dönemde tütün bırakılması için en az bir yöntem kullananların prevalansı %12,5-%99,8 iken, bırakma yöntemi kullanma prevalansı için DSÖ tarafından önerilen değer %4,1-88,4'dir (182).

Çalışmamızın sonuçlarına göre Trabzon genelinde tütün ürünlerini sigarayı bırakma sıklığı %15,1, sarma sigarayı bırakma sıklığı %2,9'dur. Bu çalışmayla kıyaslandığında Trabzon genelinde sigarayı bırakma oranlarının ülkeler için tahmin edilen bırakma oranlarından daha düşük olduğu, sigara kullanma prevalanslarının ise tüm ülkeler için belirtilen tahmin aralığının üst sınırına daha yakın olduğu tespit edildi. Avrupa genelinde yapılan araştırmalara bakıldığında, tütün bırakma oranlarının yaş gruplarına göre farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda Trabzon genelinde yaş gruplarına göre sigara bırakma sıklıkları değerlendirildiğinde; 20-29 yaş grubundaki katılımcıların %13,0'ü, 30-39 yaş grubundaki katılımcıların %12,4'ü, 40-49 yaş grubunda %14,0'ü, 50-59 yaş grubunda %13,8'i, 60 yaş grubunda %21,7'si, sigarayı daha önce kullanıp bıraktıklarını belirtmektedirler. Çalışmamızdaki verilerde 60 yaş üzerinde sigara kullanımının prevalansı %17,1 olarak bulunmuş iken sigara bırakma sıklığının %21,7 olduğu tespit edilmiştir. Bu yaş grubunda bırakma sıklığının kullanım sıklığına oranla yüksek olmasının nedeni sigaranın zararlı etkileri dolayısıyla bireylerin sağlıklı korumak amacıyla kronik hastalığı olan yaşlı yetişkinlerin sigarayı bırakma eğiliminde ve isteğinde olması olabilir.

Ülkemizde ise Küresel Yetişkin Tütün Araştırma (Global Adult Tobacco Study-GATS) verilerine göre sigarayı bırakma oranı ülkemizde %27,2 olarak belirtilmektedir. Yaşlara göre bırakma oranları ise 65 yaş üstü yaş grubunda en fazladır. 45 yaşından sonra bırakma oranlarında hızlı bir artış vardır (183) Gençlerde ise bu oran %10'un altındadır. Bu bilgiler bize sigara kullanımının çoğunlukla üniversite çağından önce başladığını ve üniversite döneminin tütün kullanımı ile mücadele açısından önemli olabileceğini göstermektedir.

Tütünle mücadelede başarıya ulaşmak için sigaraya başlama ve bırakma davranışlarını tanımak, başlamayı kolaylaştıran nedenleri ve bırakma girişimlerinin önündeki engelleri belirlemek yol gösterici olacaktır (184).

Tütün ürünlerini bırakma eğilimleri, yaş gruplarına ve uygulanan politikalara göre değişiklik göstermektedir. Genel olarak, ülkelerde genç yaş gruplarında tütün bırakma oranları daha yüksekken, yaşlı bireylerde bu oranlar daha düşüktür. Türkiye'de tütün ürünleri bırakma oranları 2010 ile 2022 tarihleri arasındaki Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre %8,8-17,7 arasında değişmektedir (185)

Avrupa genelinde yapılan bir araştırma, 2000'li yıllarda erkeklerde sigara bırakma oranlarının yaş gruplarına göre değiştiğini ortaya koymuştur. 16–40 yaş arası erkeklerde sigara bırakma oranları, 1980'lerde %24,7 iken, 2000'lerde %49,8'ye yükselmiştir. 41–60 yaş arası erkeklerde bu yaş grubunda da benzer bir artış gözlemlenmiş, 1980'lerde %25,0 olan oran, 2000'lerde %48,6'ye çıkmıştır. Bu veriler, 2000'li yıllardan günümüze gelindiğinde Avrupa genelinde özellikle Kuzey Avrupa'da sigara bırakma oranlarında belirgin bir artış olduğunu göstermektedir (186).

Çin'de sigara bırakma eğilimleri değerlendirildiğinde Çin'de sigara bırakma eğilimlerinin değerlendiren bir çalışmaya göre, 40 yaş ve üzeri erkeklerde sigara bırakma oranları yaşla birlikte artmaktadır. Çin'de gerçekleştirilen bir çalışmada 40–49 yaş arası erkeklerde sigara bırakma oranı %11,3 olarak saptanmıştır. Çin'de aynı çalışmada 60–69 yaş arası erkekler grubunda sigara bırakma oranı %17,0'ye yükselmiştir. Bu bulgulara göre yaş ilerledikçe Çin nüfusunda sigara bırakma oranlarının arttığını göstermektedir (187).

Bu durumun aksine ABD'de genel olarak 65 yaş ve üzerindeki erkeklerde sigara bırakma oranlarında belirgin bir artış gözlemlenmemiştir. ABD bu yaş grubunda sigara kullanımı 2011'de %8,7 iken, 2022'de %9,4'e yükselmiştir. Bu durum, ABD yaşlı bireylerde sigara bırakma oranlarının daha düşük olduğunu ve bu grupta sigara kullanımının arttığını göstermektedir (188).

Almanya'da sigara bırakma eğilimleri değerlendirildiğinde Almanya'da 2013 verilerine göre, erkeklerde sigara bırakma oranları yaşla birlikte artmaktadır. Almanya'da 45–64 yaş arası erkekler arasında sigara bırakma oranı %38,2 olarak saptanmıştır. Almanya'da 65 yaş ve üzeri erkeklerde sigara bırakma oranı %52,1'e yükselmiştir (189). Bu veriler, Almanya nüfusuna ait örnekleme yaş ilerledikçe sigara bırakma oranlarının arttığını göstermektedir.

Çalışmamızda erkeklerde sigara bırakma sıklığının 20-29 yaş grubunda %16,1, 30-39 yaş grubunda 11,7, %40-49 yaş grubunda %14,4, 50-59 yaş grubunda %17,4, 60 yaş ve üzeri grubunda %35,1 olduğu belirlendi.

Çalışmamızda erkeklerde E-sigarayı bırakma sıklığının 20-29 yaş grubunda %6,3, 30-39 yaş grubunda %4,3, 40-49 yaş grubunda %2,4, 50-59 yaş grubunda %0,7, 60 yaş ve üzeri grupta %1,6 olduğu tespit edildi. Görüldüğü üzere genel olarak, erkeklerde sigara bırakma oranları yaşla birlikte artmaktadır. Ancak, bu eğilim ülkeden ülkeye farklılık gösterebilir.

Avrupa ve Çin gibi bölgelerde yaşlı erkeklerde sigara bırakma oranları daha yüksekken, ABD'de 65 yaş ve üzeri erkeklerde bu oranlar daha düşüktür. Bu farklılıklar, tütün kontrol politikaları, sağlık hizmetlerine erişim ve kültürel faktörler gibi çeşitli etkenlerden kaynaklanabilir. 65 yaş üzeri yaş grubunda Trabzon genelinde ve Almanya'da sigara bırakma prevalansları düşünüldüğünde bu yaş grubu için verilerimizin Almanya'yla benzer olduğu görülmüştür.

Kocakaya ve ark. tarafından sigara bırakma polikliniğine başvuran bireylerde tedavi başarısını etkileyen faktörlerin değerlendirildiği bir çalışmada erkeklerde daha yüksek olan sigara bırakma başarısının, sigaraya daha geç yaşta başlayanlarda ve tedaviye düzenli devam edenlerde anlamlı derecede arttığı bulunmuştur. Çalışmada sigara bırakma başarısının halen düşük olduğu ülkemizde, sigara bağımlılığını azaltmak

için önemli yapılanmalar olan sigara bırakma polikliniklerinin devamlılığının sağlanması önem taşıdığı belirtilmektedir. Kocakaya ve ark. tarafından sigara bırakma polikliniğine başvuran bireylerde tedavi başarısını etkileyen faktörlerin değerlendirildiği bir çalışmada erkeklerde sigara bırakma başarısının kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (190).

Araştırmamızda kadınlarda yaş gruplarına göre sigara bırakma sıklıkları 20-29 yaş grubunda kadın katılımcılarda %10,1, 30-39 yaş grubunda olanlarda %13,2, 40-49 yaş grubunda olanlarda %13,6, 50-59 yaş grubundakilerde %10,1, 60 yaş üzeri grupta %9,0 bulunmuştur. Nargile bırakma sıklıkları 20-29 yaş grubundaki kadınlarda %3,4, 30-39 yaş grubunda %3,0, 40-49 yaş grubunda %1,8, 50-59 yaş %0,7, 60 yaş ve üzeri kadınların %0,5 olarak belirlenmiştir.

Türkiye İstatistik Kurumunun verileri değerlendirildiğinde mevcut veriler, kadınlarda tütün kullanım oranlarının 2010'dan 2019'a kadar hafif bir artış gösterdiğini, ancak genel olarak erkeklere kıyasla daha düşük seviyelerde seyrettiğini göstermektedir. Türkiye'de 2023 kadınlarda tütün ürünleri bırakma prevalanslarıyla değerlendirildiğinde 15-24 yaş grubunda %1,2, 25-34 %2,7, 35-44 yaş grubunda %4,6, 45-54 yaş grubunda %5,8, 55-64 yaş grubunda %8,7, 65-74 yaş grubunda %7,7, 75 yaş üzeri grupta %5,0 olduğu belirtilmektedir.

Çalışmamızda Trabzon genelinde kadınlarda tütün ürünleri bırakma prevalansı değerlendirildiğinde Trabzon genelinde kadınlarda sigara bırakma sıklıkları açısından tüm yaş gruplarında TUIK 2023 verilerine göre kıyasla daha yüksek prevalanslar elde edilmiştir. Eğitim düzeyindeki artış ve sağlık bilincinin yükselmesi, tütün kullanımının azalmasına katkıda bulunabilir.

Tütün kullanımını azaltmadaki küresel hedeflere ulaşmak için, tütün kontrol önlemlerinin güçlendirilmesiyle birlikte bırakma hizmetlerinin ölçeklendirilmesi gerekmektedir. Tütün kullanımı bıraktırmaya yönelik danışmanlık hizmetleri sunmak, tütün kullanımı yaygınlığındaki düşüş eğilimini hızlandırabilir, daha fazla hayat kurtarabilir ve daha fazla insanın sağlığını koruyabilir.

Nüfus düzeyinde bırakma müdahaleleri arasında kısa tavsiyeler, ulusal ücretsiz bırakma hatları ve mCessation (cep telefonu kısa mesaj yoluyla destek) çok az maliyetli müdahaleler bulunmaktadır. Maliyetleri az müdahalelerin kullanılması, ülkelere 10 yıl içinde önemli yatırım getirileri sağlamaktadır. Nikotin replasman tedavisi (NRT), Bupropion ve Vareniclin dahil olmak üzere farmakolojik müdahaleler daha pahalı olabilirler ancak bırakma konusunda etkili olduğu kanıtlanmış müdahalelerdir (191). Trabzon genelinde tütün ürünleri bırakmak için yardımcı müdahaleler için başvuranların sıklığı değerlendirildiğinde halen kullananların %6,6'sı, bırakanların ise %8,1'inin tütün ürünleri bırakmak amacıyla danışmanlık veren hizmetlere başvurduğu görülmektedir. 2008'den günümüze kadar olan analizde tütün ürünleri kullanımında istatistiksel olarak Trabzon genelinde azalma olduğu tespit edilmiştir. Trabzon genelinde yapılan analizde 2008 öncesinde sigara kullanan kullanıcıların %29,4'ü günümüzde artık sigara kullanmamaktadır, sigarayı bırakmıştır.

5.2.Alkol Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu, Ağır İçicilik, Son 1 Yılda Alkolü İçki Kullanımı Prevalansı ve Etkileyen Faktörler

5.2.1.Alkol Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu, Ağır İçicilik, Son 1 Yılda Alkolü İçki Kullanımı Prevalansı

Araştırmamız sonucunda alkolü içkiyi halen kullananların prevalansı %15,6, alkolü içkiyi bırakma prevalansı ise %5,2 olarak belirlendi. Son 1 yılda alkolü içki kullanımı prevalansı %16,0, alkol kullanım bozukluğu prevalansı ise %4,4'tür.

Dünya nüfusunun %40'ı 2,3 milyar insan alkolü içki kullanmakta ve 400 milyon insan, 15 yaş ve üstü dünya nüfusunun %7'si alkol kullanım bozukluklarıyla yaşamaktadır. Alkol kullanan 209 milyon insan, yetişkin dünya nüfusunun yaklaşık %3,7'si alkol bağımlılığıyla yaşamaktadır (6). İlhan ve arkadaşları tarafından 2016 yılında 15 -64 yaş yetişkinlerde 25 ilde yapılan Ulusal Alkol ve İlişkili Durumlar Epidemiyolojik Araştırması'nda, 12 aylık prevalans oranları alkol kötüye kullanımı için %4,65 ve alkol bağımlılığı için %3,61 olduğu belirtilmektedir. Ulusal Eş Hastalık Çalışmasında ise karşılık gelen oranlar sırasıyla %3,1 ve %1,3 olduğu bildirilmektedir. Türkiye'de Arkan ve ark. , alkol tüketimi ve alkol bağımlılığı prevalansını sırasıyla %14,1 ve %0,9 olarak bildirmiştir (192).

İzmir ilinde Ulaş ve arkadaşları tarafından 2017 yılında gerçekleştirilen araştırmada yaşam boyu alkol kullanmama oranı %52,3 iken, son bir yıl içinde alkol kullananların prevalansı %14,8 bulunmuştur. Son 12 ay içinde düzenli ağır içici, alkol kötüye kullanımı bozukluğu ve bağımlılığı prevalans tahminleri sırasıyla %2,5, %3,2 ve %1,6 olarak belirlenmiştir (193).

Hane Halkı Sağlık Araştırmaları (THSA) 2017 sonuçlarına göre hayat boyu hiç alkol kullanmayanlar toplumun %83,6'sını, son 30 günde kullanıcılar %8'ini oluşturmaktadır. TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması 2022 yılında yayınladığı veriye göre 15 yaş üzeri erişkinlerde alkol kullanım oranı erkeklerde %18,4, kadınlarda %5,9, genel nüfusta %12,1 olduğu belirtilmiştir (194). Hane Halkı Sağlık Araştırmaları 2023 (THSA) verilerine göre son 30 gün alkol kullananlar genel nüfusun %10,2 'sini oluştururken, erkek nüfusta son 30 günde alkollü içki kullanıcıların oranı %15,1, kadın nüfusta %5,4 olduğu tespit edilmiştir. Ağır içicilik prevalansı tek seferde en az 6 içki içenlerin prevalansının nüfus genelinde %5,9, erkeklerde %8,6, kadınlarda ise %3,1 olduğu tespit edilmiştir (194). Alkol kullanımı son yıllarda ve pandemiden sonra ülkemizde artış eğilimindedir.

Trabzon genelinde alkollü içki kullanımı prevalansı ve alkol kullanım bozukluğu prevalansı için elde ettiğimiz sonuçların 2023 Hane Halkı Sağlık Araştırmaları (THSA)'nın verileriyle kıyaslandığında Trabzon ilinde son 1 yılda alkollü içki kullanımı prevalansı için daha yüksek prevalanslar elde edildiği gözlenmiştir. Genel olarak COVID 19 öncesi dönemde olduğu gibi COVID-19 sonrası dönemde de alkol kullanma oranları ve bırakma oranları, coğrafya, yaş grubu ve metodolojiye göre değişiklik gösterdiği söylenebilir (195).

Pandemi sonrası depresyonun nüfusun bir kısmında alkol bırakmayı engellemesi nedeniyle, ruh sağlığı hizmetlerini entegre eden programların ve alkol bırakma girişimlerinde bulunan hastaların güçlü sosyal ve tıbbi desteklere yönlendirilmesinin gerekliliği önemliliği artmıştır (196). Pandemi döneminde kazanılan “alkolsüz yaşam” davranışları sürdürülebilir hale getirilmesi amacıyla genç odaklı dijital programlar gençlere yönelik kampanyaların yaygınlaşmıştır (197).

COVID-19 sonrası dönemde gençlerde içme sıklığı azalma eğiliminde olduğu söylene de bu dönem sonrasında kronik hastalığı ve psikiyatrik hastalığı olan alkol kullanıcılarında, ağır içicilerde bırakma sırasında sağlık sorunları artmış, alkol kaynaklı ölümler ciddi şekilde yükselmiştir. Pandemi hem bırakma hem artış için katalizör etkisi yaratmış olmakla birlikte alkolün toplumlar üzerine yarattığı etkiler yaş , coğrafya ,risk gruplarına yönelik olarak gerçekleştirilen hedefe yönelik sağlık, sosyal ve eğitsel müdahalelerle bu farklı trendler dengelenebilir, alkolün toplumun sağlık düzeyine olan yarattığı olumsuz etkiler azaltılabilir. (196-197).

Ülkemizde uygulanan 30 Mayıs 2013 tarihli ve 28661 sayılı Resmî Gazete 'de yayımlanarak yürürlüğe giren 6487 Sayılı kanun ve 4250 Sayılı İspirto ve İspirtolu İçkiler İnhisarı Kanun'la birlikte özellikle alkol tüketimine ve satışına ilişkin ciddi kısıtlamalar getirilmiştir.

Kamuya açık alanlarda alkol tüketimi yasaklanmıştır. Bu kapsamda; parklar, bahçeler, sokaklar, sahiller, piknik alanları, araç içleri gibi kamusal açık alanlarda içki içilmesi yasaklanmıştır. Eğitim kurumları, dershaneler, öğrenci yurtları, sağlık kuruluşları, spor tesisleri ve ibadethanelerin belirli mesafelerinde içki satışı ile alkol reklamı ve promosyonları yasaklanmıştır. Televizyon dizilerinde alkol markalarının gösterimi kısıtlanmıştır. Alkol satış saatleri sınırlandırılmıştır ve 22.00–06.00 saatleri arasında perakende satışı yasaklanmıştır (198).

Ülkelerin alkol kullanımını kısıtlamaya veya yasaklamaya yönelik uyguladığı politika ve düzenlemelerin, alkol kullanımını bırakma oranları üzerinde önemli ve çok yönlü etkileri olabilmektedir. Alkol fiyatlarını artıran vergi politikaları, özellikle düşük gelir gruplarında tüketimi azaltmakta etkilidir. Bu durum, bırakma oranlarını da artırabilir. Satış kısıtlamaları (saat ve yer sınırlamaları) erişimi zorlaştırarak alışkanlığı sürdüren kişilerin kullanım sıklığını azaltabilir. Reklam yasaklarının gençlerde ve yeni başlayanlarda alkol kullanımının önlenmesinde etkilidir. İslam ülkelerinde olduğu gibi tam yasaklamaların olduğu ülkelerde kültürel destekle birlikte uygulandığında, genel alkol kullanım ve başlama oranlarını düşürebilir. Uzun vadeli düzenli politika uygulamaları, alkol bırakma oranlarını artırabilir. Örneğin, İsveç ve Kanada gibi ülkelerde devlet destekli bırakma programları, erişim kontrolleri ve vergilendirme politikaları sayesinde bırakma oranlarında artış bildirilmiştir (199).

COVID-19 pandemisi sırasında pek çok ülkede uygulanan geçici alkol satış yasakları ve kapanmalar, bazı bireylerde alkol kullanımını bırakma ya da azaltma yönünde davranış değişikliklerine neden olmuştur. Ancak bazı bireylerde yasaklar ters etki yaparak gizli ya da kontrolsüz tüketime (örneğin evde yapılan içkiler, yasa dışı kaynaklar) yönlendirebilir. Bu durum halk sağlığı açısından risklidir (200).

Yasaların etkisi, o toplumun kültürel normları, dini yapısı ve sosyal kontrol mekanizmaları ile doğrudan ilişkilidir (201). Örneğin, Suudi Arabistan gibi tam yasağın olduğu ülkelerde alkol bırakma oranları doğal olarak yüksektir (202). Ancak gerçek kullanım oranlarına dair doğru veriye ulaşmak zordur (203). İskandinav ülkelerinde ise kamusal sağlık yaklaşımıyla desteklenen alkol politikaları, bireylerin bilinçli olarak bırakma kararları almasını kolaylaştırmıştır (204).

WHO, çeşitli meta-analiz çalışmaları, alkol kontrol politikalarının tüketimi azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Babor et al. (2010) tarafından geliştirilen "Alcohol: No Ordinary Commodity" kitabı, yüksek etkiye sahip politikaların (fiyat artışı, satış kısıtlamaları, reklam yasakları) alkol bırakma ve başlama oranlarını anlamlı biçimde etkilediğini ortaya koyar (205). Ülkelerde yalnızca yasak koymak değil, uygulanan destek hizmetleri danışmanlık, psikososyal destek ve tedavi hizmetlerinin sunulması alkol bırakma başarısını artırmaktadır. Bazı ülkelerde motive edici görüşmeler, farmakoterapi, topluluk destek grupları (AA gibi) bırakma oranlarını önemli ölçüde artırmaktadır.

Katı alkol politikaları, toplum düzeyinde alkol tüketimini ve kullanım yaygınlığını azaltma potansiyeline sahiptir ve dolayısıyla bırakma oranlarını artırabilir (206). Ancak bu etkinin büyüklüğü, uygulanan politikanın türüne, uygulama kalitesine, toplumsal normlara ve destekleyici sağlık hizmetlerine bağlı olarak değişir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne raporlarında fiyat artışı, reklam yasağı ve satış saat kısıtlamaları gibi stratejilerin gençlerin başlama oranlarını azalttığı, ağır içki alışkanlıklarını yavaşlattığı belirtilmektedir. Meta-analizlerde kontrollü politikalar sonrası ortalama alkol tüketiminde %11,7 düşüş saptandığı belirtilmektedir (207). Uluslararası veriler, "International Alcohol Control" üzerindeki katı politikaların, ömür boyu içmeme veya bırakma eğilimini olumlu etkilediğini göstermektedir (208).

5.2.2. Alkollü İçki Kullanma ve Kullanmama Nedenleri

Literatürde yer alan çalışmalarda sosyal çevre özellikleri, genetik yatkınlık, kişinin yaş evresi, cinsiyet, ailesel etkenler, kişilik özellikleri ve yapısı, davranış bozuklukları, ekonomik problemler, geçmiş olumsuz yaşantı deneyimi, travma, çalışma durumu, inanç sahibi olma, alkol ve sigara kullanımı ve ayrılmış, dağılmış aileler gibi etkenler nedeniyle kişilerde alkol kullanımının etkileyen faktörler olarak belirtilmektedir.

Alkol kullanımının sosyal olarak kabul edilebilir bir norm olarak benimsenmesi, eğlence mekanları, kafe restoran gibi sosyal olarak alkol tüketiminin daha yaygın olduğu ortamların ve mekanların yaygınlaşması, sosyal etkileşimin daha fazla olduğu ortamlarda özellikle gençlerin alkollü eğlence amaçlı bir aktivite olarak görmelerine sosyal ortama uyum sağlamanın alternatif bir yolu olarak benimsemelerine neden olmakta, alkol kullanımına başlamalarında ve alkol kullanımını sürdürmelerinde etkili olabilmektedir (209).

Araştırmamıza katılan alkollü içki kullanan kişilerin alkollü içki kullanma sebepleri değerlendirildiğinde alkollü kullanan katılımcıların %77,7'si alkollü içkiyi keyif alma eğlenmek için kullandığı belirtirken, %26,8'i stress sıkıntı, %21,9'u sosyal ortama uyum sağlamak, %13,0'u gerginliğini azaltmak, %10,8'i çevresindeki kişilerin içmesi sebebiyle, %8,9'u çevreden gelen ikram nedeniyle alkollü içki kullandıklarını belirtmektedirler.

Gençler ve yetişkinler düşük zarar algıları söz konusu olduğunda alkolün yarattığı olumsuz sağlık etkilerini, yarattığı olumsuz deneyimleri, iş, eğitim ve aile hayatlarında yarattığı olumsuz etkileri algılasalar bile , alkol bağımlılık yapıcı etkisi nedeniyle alkol kullanımına devam etmeyi sürdürebilirler. Alkolün yarattığı olumsuz etkiler fiziksel sağlıklarının yanında mental sağlıklarını zamanla bozduğunda kişi alkolün artık sağlığı ve yaşamına olumsuz etkilerinin farkındalığını yaşayabilir. Bağımlılık bu kronik döngüsünde kişi sosyal ortamda kazandığı yaşamı etkileyen kötü davranışı bir süre sonra bu farkındalıkla bırakmak istemesi muhtemel sonuçtur . Bu konuda kişinin çevresinin , ailesinin ve arkadaşlarının bırakma ve kullanmama konusundaki destekleyici yaklaşımları bırakmalarına ve başlamamaları konusunda yardımcı olur.

Alkol kullanımı sadece bireyin kendi yaşamını ve sağlık durumunu etkilemez tüm iş, eğitim, aile ve arkadaş çevresindeki sosyal etkileşimi ve iletişimi etkileyerek aynı zamanda sosyal iyiliğini etki eder (210). Araştırmamıza katılan alkollü içkiyi bırakan katılımcıların %23,3'sı sağlığını korumak, %27,8'i sağlıklarının zarar görmesi ve sağlıklarının olumsuz etkilenmesi,%8'den daha fazlası ailesindeki kişilerin alkollü içki kullanmalarını istememeleri, çevresindeki kişilerin içmemesi sebebiyle, arkadaşlarının alkollü içki kullanmalarını istememeleri ,%5,6'sı alkollü içkilerin pahalı alkollü içki kullanımını bıraktıklarını belirtmektedirler. Bu nedenle toplumda yüksek zarar algısının kazandırılması, ergenleri, gençleri ve yetişkinleri alkol kullanımının zararları konusunda uyarmak amacıyla yapılan farkındalık eğitimleri tüm toplumda alkol kullanımının sağlığa zararlı olduğu ve alkol kullanımını bırakmanın mümkün olduğu inancının toplumda benimsenmesi için önemlidir.

Araştırmamızda alkollü içki kullanmayanların %62,4'ü manevi inancına uygun olmaması, %48,0'i sağlığını korumak, %28,2'si sağlıklarının zarar görmesi ve sağlıklarının olumsuz etkilenmesi %6,6 alkollü içkilerin pahalı olması yaşamı boyunca hiç alkollü içki kullanmadıklarını belirtmektedirler.

Alkol kullanmama sebepleri açısından toplumumuzda en önemli sebeplerinden biri de kişilerin manevi inancına uygun olmaması ve ekonomik sebepler belirtilmiş olup, literatürde yer alan bazı çalışmalarda kişilerin dini inançlarının, düşünce yapılarının, duygu durum özelliklerinin, kronik ve psikiyatrik hastalıklarının, iş, eğitim alanında yaşadıkları sorunların ailevi problemlerin, yaşadıkları travmaların, göç, yoksulluk, afetler gibi sebeplerin de kişilerde alkol kullanımına sebep olabileceği belirtilmektedir. (211).

5.2.3.Yaşanılan İlçenin Sosyoekonomik Gelişmişlik Kategorisi ve Alkollü İçki Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu

Sosyodemografik faktörler ve alkollü içki kullanımı prevalansı değerlendirildiğinde katılımcıların yaşadıkları ilçelerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyine göre alkollü içki kullanım prevalansları her kategoride birbirinden istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklıdır. Araştırmamız sonucunda son 1 yılda alkollü içki kullanımı prevalansı 3.SEGE bölgesinde bireylerde daha yüksek sıklıkta görülmektedir. Yaşamı boyunca en az bir kez alkollü içki kullanımı prevalansı 1.SEGE bölgesinde bireylerde daha yüksek sıklıkta görülmektedir.

Alkol fiyatlarını arttıran vergi politikaları, özellikle düşük gelir gruplarında tüketimi azaltmakta etkilidir. Bu durum sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi bakımından daha yüksek sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi olan toplumlarda alkol kullanımının daha yüksek prevalanslarda ortaya çıkmasına neden olabilir. Aynı zamanda dezavantajlı toplumlarda yaşayan, sosyoekonomik düzeyi düşük olan kişiler alkol tüketiminin somut sorunlarına ve olumsuz sonuçlarına karşı daha savunmasız olduğu bilinen bir gerçektir.

Düşük ve orta gelirli ülkelerde (LMIC), alkol kullanımının bağımlılık yaratan yapısı, diğer daha üretken hane halkı harcamalarını dışlama eğilimindedir. Algılanan sembolik değeri için aşırı alkol harcaması ömür boyu yıkıcı sonuçlara yol açabilir. Mevcut olan az miktardaki gelirin ve hane halkı bütçesinin aşırı boyutta harcanması, eğitim, sağlıklı beslenme, sağlık vb. gibi daha önemli şeylere yapılacak harcamaları geciktirir veya engeller.

Yoksul topluluklardaki insanlar, özellikle de daha az güçlü üyeler, iddiaya göre 'alkol kaynaklı' kötü davranışlara karşı iki kat daha savunmasızdır. Sosyoekonomik olarak dezavantajlı olan kişiler, kaynak yetersizliği nedeniyle davranışlarının olumsuz sonuçlarından kaçınma konusunda daha az yeteneklidirler. Yoksun, marjinal ve savunmasız topluluklardaki insanlar daha az kapsamlı destek ağlarına sahiptir, yani onları alkol sorunlarıyla ilgilenmeye motive edecek daha az faktör veya kişi vardır. Alkol kullanım bozukluklarıyla ilişkili damgalama süreci ve bunun sonucunda ortaya çıkabilecek sosyal statüdeki kayma da önemli bir sosyal yüke neden olabilir.

Çocuklar ve ergenler için dezavantajlara sahip olurlar. Çocuklar orantısız bir alkol zararı yükü taşırlar. Alkol nedeniyle ebeveyn rolleri ihmal edilir ve çok sık terk edilir, hane ekonomisi olumsuz etkilenir, işler kaybedilir ve sağlık sorunları vahim durumu daha da kötüleştirir. Tüm bunların etkisi, kıt kaynakların sağlıklı, besleyici gıdaya ve çocukların ilköğretim ve okul materyallerine yatırılmaması ve çocukların genellikle ilköğretim haklarından mahrum bırakılmasıyla sonuçlanır. Bu zaaflar genellikle nesilden nesile aktarılır. Bu şekilde, alkolün zararları genellikle yoksulluğun kısır döngüsüne katkıda bulunur. Toplumsal düzeyde alkol kullanımının yaygınlaşması, alkolün değerli ve kıt kaynakları tükettiği ve bunları alkol zararının kurbanlarına destek ve yardım sağlayabilecek sosyal refah ve sağlık sistemleri kurmaktan alıkoyduğu anlamına gelir.

Düşük ve orta gelirli ülkelerde alkolün zararlarının maliyeti, toplumun alkolün zararlarının en kötü sonuçlarından bazılarını hafifletebilecek bir sistem kurma ve bu sisteme yatırım yapma yeteneğini zorlaştırmaktadır. Küresel düzeyde alkolün zararları toplumların dayanıklılığını zayıflatır ve dolayısıyla toplumların yoksulluğu sona erdirmeye kapasitesini zorlaştırmaktadır (212).

5.2.4. Yaş, Cinsiyet ve Alkollü İçki Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu

Araştırmamızda erkeklerde kadınlara göre yaşam boyu alkollü içki içme prevalansı 2,17 kat, alkol kullanım bozukluğu prevalansı 4,61 kat, son 1 yılda alkollü içki kullanımı prevalansı ise 3,04 kat daha yüksek sıklıkta görülmektedir. 2016 yılında yayınlanan 68 çalışmanın yer aldığı bir meta analiz çalışmasında 1891 ile 1910 yılları arasında doğan erkeklerin, aynı dönemde doğan kadınlara kıyasla herhangi bir alkol kullanımı bildirme olasılığının yaklaşık iki kat daha fazla olduğunu, cinsiyet oranlarının 1991–2000 doğumlu kişilerde 1,1'e (95%GA:1,1-1,2) düştüğü tespit edilmiştir. 1891–1910 kohortunda 3,6 (95% GA: 0,4 ila 30,4) iken, 1991–2000 kohortunda 1,3 (95% GA: 1,2 -1,3) olduğu belirlenmiştir. Çalışmada yapılan meta regresyon analizleri sonucunda cinsiyet oranının doğum kohortları boyunca yıllar ilerledikçe doğrusal olarak azaldığını göstermiştir.

Literatürde yer alan çalışmalarda alkol farmakokinetiğindeki farklılıklar biyolojik ve cinsiyetle ilgili faktörlerin bu farklılıkların bazılarına katkıda bulunabileceği alkolün davranış üzerindeki etkilerindeki farklılıkların psiko-sosyo-kültürel (cinsiyetle ilgili) faktörlerden de kaynaklanabileceği belirtilmektedir.

Ülkeler arasındaki alkol kullanımındaki farklılıkların büyüklüğündeki değişimin, son nesillerde alkol tüketim oranlarındaki cinsiyetler arasında farkın azalmasının belirgin olduğu yönündedir ve günümüzde kadınlarda erkeklerde alkollü içki kullanım prevalansları açısından yıllar geçtikçe cinsiyetler arası farkın azaldığı belirtilmektedir (213). Aynı zamanda bu durumun sebepleri açıklanırken erkeklerde alkol kullanımını bırakma oranlarının kadınlardan yüksek ve daha fazla olmasının, kadınlarda bazı sosyal sınıflarda, bölgelerde ve genç yaş grubunda artan kullanım oranlarının olması sebep gösterilmektedir.

Kanıtlar hem cinsiyet hem de cinsiyetle ilgili faktörlerin alkol kullanımıyla karmaşık bir şekilde etkileşime girdiğini ve bunun erkeklerde ve kadınlarda davranışsal veya tıbbi sorunların ve alkol kullanım bozukluklarının gelişme riskini farklı şekilde etkilediğini göstermektedir. Kadınlar alkol kullanımının zararları açısından erkeklere göre daha duyarlı bir grubu oluşturmaktadır. Kadınlar gibi yaş grubu olarak daha geç yaştaki grup alkol kullanımının zararlarından daha sık etkilenmekte olduğu daha geç yaştakilerin daha fazla alkol kullanımından zarar gördüğü belirtilmektedir.

2022 yılında Türkiye İstatistik Kurumunun yayınladığı veriye göre 15 yaş ve üzeri alkol kullanımı %12,1 olduğu erkekler bu oran %18,4 iken, kadınlarda daha düşük düzeyde (%5,9) kaldığı belirtilmektedir. Türkiye’de yaş ilerledikçe alkol kullanımını azalmakta ,65 yaş üzerinde %5,6 ,65–74 yaş arasında %6,7, 75+ yaşta %3,6 alkol kullanımı prevalans oranlarının mevcut olduğu belirtilmektedir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre 20-29 yaş grubundaki erkek, 20-29 - 30-39 yaş kadınlarda , tüm örnekleme 20-29 yaş grubundaki katılımcılarda son 1 yılda alkollü içki kullanma prevalansı diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksektir. 20-29 yaş grubundakilerin %23,8 , 30-39 yaş grubunda %18,2 , 40-49 yaş grubunda %15,2, 50-59 yaş grubunda %13,1, 60 yaş ve üzeri grubunda %9,0 son 1 yılda alkollü içki kullanımı mevcuttur. Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular Trabzon ilinde son bir yılda alkollü içki kullanımı prevalansının 2022 Türkiye ortalamasının üzerinde olduğunu göstermektedir.

5.2.5.Eğitim, Gelir ve Alkollü İçki Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu

2019 yılında 2,6 milyon ölüm alkol kullanımına atfedilmiştir. Alkole atfedilen ölüm oranı ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki üzerine yapılan 25 çalışmayı kapsayan sistematik bir derlemenin sonuçları hem erkekler hem de kadınlar için alkole atfedilen ölümlerin "sosyoekonomik yoksunluk" ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu yoksunluk; gelir düzeyi, mesleki statü ve eğitim seviyesi olmak üzere üç alanda ölçümlerde sonuçlara göre alkol ve uyuşturucu kullanımının prevalans oranları, yüksek gelirli ülkelerde tutarlı bir şekilde daha yüksektir. Alkol kullanım biçimlerinin toplumun farklı kesimlerinde büyük ölçüde değişiklik göstermesi yaygındır ve bu farklılıklar, farklı toplumlar arasında olduğu kadar, aynı toplum içerisindeki kültürel ve sosyoekonomik gruplar arasında da değişkenlik gösterebilir (214).

Çalışmamızda eğitim durumuna göre yaşam boyu alkollü içki kullanım prevalansı ve son bir yılda alkollü içki kullanım prevalansı her kategoride birbirinden anlamlı olarak farklıdır. Araştırmamız sonucunda lise/ortaöğretim, üniversite ve üzeri mezuniyet durumuna sahip bireylerde istatistiksel anlamlı olarak yaşam boyu ve son 1 yılda alkollü içki kullanımı prevalansının ilkökul düzeyi öğrenim düzeyine sahip bireylere göre daha yüksek olduğu bulundu. Kişisel aylık geliri asgari ücretin üzerinde olan katılımcılarda, hane halkı ortanca geliri ortancanın üzerinde olan katılımcılarda yaşam boyu alkollü içki kullanımının ve alkol kullanım bozukluğunun daha yüksek sıklıkta görüldüğü bulundu. Literatürde yer alan çalışmalarda orta ve yüksek gelir grubu ülkelerde alkollü içki kullanımı prevalansının daha yüksek olduğu belirtilmektedir.

Ülkelerde alkollü içki kullanım oranlarına ülkelerin uyguladıkları alkol içki vergilendirme fiyatlandırma politikaları ve ülkelerin ekonomik refah düzeyleri etki eder. Bir diğer konu da alkol ve madde kullanımının bireysel düzeydeki zararları büyük ölçüde kullanım düzeyi, kullanım biçimi ve madde kullanım bozukluklarının şiddetine bağlı olmakla birlikte, alkol veya psikoaktif madde kullanan bireylerin sağlık sonuçları sosyoekonomik durumdan önemli ölçüde etkilenebilir (215). Toplumsal düzeydeki destekleyici etkenler, alkol kullanımının olumsuz sağlık ve sosyal sonuçlarını hafifletebilir. Belirli bir içki düzeyi ve desenine sahip bireyler arasında, yoksul bireylerin ve ailelerinin maruz kaldığı zararların, aynı toplumdaki daha varlıklı kişilere göre daha fazla olduğu alan yazınında yer alan çalışmalarda gösterilmiştir (216). (Schmidt & Room, 2012; WHO, 2018).

Madde ve alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin sağlık hizmetlerine eşitsiz erişimi, özellikle düşük sosyoekonomik statüye sahip bireyler arasında kötü sağlık sonuçlarına katkıda bulunabilir. Bu bireyler ya daha düşük kaliteli hizmet alabilmekte ya da cebinden ödeme gerektiren tedavilere erişememektedir.

5.2.6.Çalışma Hayatı, Meslek Grubu, Alkollü İçki Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu

Çalışmamız sonucunda meslek sahibi olma durumunun yaşamı boyunca alkollü içki en az bir kez deneyimleme görülme riskini arttığı gözlemlendi. Meslek sahibi olan bireylerde meslek sahibi olmayan bireylere göre yaşamı boyunca alkollü içki kullanma riski 2,00 kat daha yüksekti. Çevresinde en az 1 kişinin alkol kullanımının olması

yaşamı boyunca alkol kullanımı görülme ihtimalini 5,25 kat, son 1 yılda alkollü içki kullanımı riskini 6,63 kat , alkol kullanım bozukluğu riskini 5,91 kat arttırıyordu. İşyerinde birlikte çalıştığı arkadaşlarında ve en yakın arkadaşlarında alkollü içki kullanımı olan katılımcılarda alkollü içki kullanım prevalansı anlamlı olarak daha yüksektir.

Meslek gruplarına göre alkollü içkiyi halen kullananlar değerlendirildiğinde; Yönetici pozisyonunda çalışan %26,5, profesyonel meslek grubundan %18,2, tekniker ve teknisyenlik hizmetlerinde çalışan %29,0 halen alkollü içki kullanmaktadır. Profesyonel meslek grubu olarak değerlendirdiğimiz kişiler sağlık çalışanlarının ve eğitimcilerin, öğretmenlerin alkol kullanan ya da alkol kullanım bozukluğu olan kişilere yönelik tutumlarının gençlerin alkol kullanımı konusunda önleyici yaklaşımlar geliştirmelerinde oldukça önemli olduğu yıllardır bilinmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının bu konudaki olumsuz tutumlarının alkol kullanım bozukluğu olan kişilerde yetersiz tedavi ve bakıma neden olduğu hatta zorlayıcı ya da paternalist yaklaşımların aşırı kullanımına yol açabileceği belirtilmektedir (217).

Çalışmamızda yönetici pozisyonunda çalışan %5,9'unun, profesyonel meslek grubundan %5,1'inin, tekniker ve teknisyenlik hizmetlerinde çalışan %7,2'sinin, büro hizmetlerinde çalışan %11,6'sının, alkollü içkiyi kullanıp bıraktıkları tespit edilmiştir

Türkiye'de alkol tüketiminin bireylerin sosyal yaşam alanlarının çok büyük bir kısmını kapsayacak şekilde yasaklanmasına yönelik en geniş kapsamlı yasal düzenleme 2013 yılında yürürlüğe giren 6487 sayılı Kanun ile olmuştur. Bu düzenleme, özellikle kamusal alanda alkol tüketiminin sınırlandırılmasını ve belirli alanlarda tamamen yasaklanmasını hedeflemiştir. Fakat alan yazınında yer alan çalışmalarda çalışma hayatına etkisi ve meslek gruplarında alkol kullanımının bırakma oranlarına ilişkin veriler sınırlıdır. Araştırmamızda meslek gruplarına göre alkollü içkiyi bırakanlar değerlendirildiğinde hizmet ve satış elemanı olarak çalışan %5,5'i, esnaf ve sanatkâr olarak hizmet verenlerin %5,6'sı, şoför ve makine operatörü olarak hizmet verenlerin %10,9'u, nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların %16,5'i alkollü içkiyi kullanıp bıraktıkları tespit edilmiştir. Esnaf ve sanatkâr olarak hizmet verenlerin %18,2'si, şoför ve makine operatörü olarak hizmet veren %27,3'ü, nitelik gerektirmeyen işlerde çalışan %21,6'sı halen alkollü içki kullanmaktadır.

5.2.7.Aile Hayatı, Sosyal Çevre ve Alkollü İçki Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu

Alkol kullanımının toplum ve bireylerin sağlıklarına olan olumsuz etkileri düşünüldüğünde alkol kullanımı ve alkol kullanımı bozukluğunu etkileyen diğer risk faktörlerinin belirlenerek önlenabilir risk faktörlerinin azaltılması gerekliliği aşikardır. Araştırmamızda alkol kullanımı, alkol kullanımı bozukluğunu etkileyen faktörler olarak yaş cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu gibi kontrol edemediğimiz faktörlerin yanında aile yaşamında kişinin anne, baba, kardeşleri, çocukları ve sosyal çevrede iş arkadaşı, en yakın arkadaşlarının alkol kullanımının mevcut olup olmadığını değerlendirilmesi sosyal çevre ve aile dinamiklerinin alkol kullanımı üzeri etkisi hakkında bilgi sahibi olmamızı sağlamaktadır.

Araştırmamız sonucunda bireyin ailesinde ve sosyal çevresinde alkol kullanımıyla bireyin alkol kullanma durumu değerlendirildiğinde anne, baba , kardeş , çocuk, büyükbaba, en yakın iş arkadaşı, özel arkadaş, sevgili, eş, nişanlı ve en yakın arkadaşında alkol kullanımı olan grupta alkol kullanımı prevalansı daha yüksektir. Araştırmamızda literatürde yer alan çalışmalarla benzer sonuçlar bulunmaktadır.

Literatürde yer alan bir çalışmada beş yetişkin Amerikalıdan biri, çocukken alkolik bir akrabasıyla birlikte yaşadığını belirtirken, bu çocuklarda, ebeveynleri alkolik olmayan çocuklara kıyasla duygusal sorunlar yaşama açısından daha büyük risk altında olduğunu, alkolizmin aile içinde nesilden nesile geçebileceğini ve alkolik ebeveynlerin çocuklarının alkolik olma ihtimalinin, diğer çocuklara göre dört kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (218).

Erken yaşta alkollü içki tüketimine başlayan, genetik ve ailede alkol sorunları geçmişi olan kadınlarda için risk, erkeklerden daha yüksektir. Genetik, yaklaşık %60'lık bir kalıtım oranıyla bir rol oynar. Ancak, diğer kronik sağlık sorunları gibi, alkol kullanım bozukluğu riski bir kişinin genleri ile çevresi arasındaki etkileşimden etkilenir.

Ebeveynlerin içki alışkanlıkları da bir çocuğun bir gün alkol kullanım bozukluğu geliştirme olasılığını etkileyebilir. Önlenabilir risk faktörleri arasında kişinin sosyal çevre ve alkol içilen ortamlarda bulunması, ailenin ve sosyal çevrenin kullanımı varlığı yer almakta bu nedenle alkol kullanan kişilerin alkollü içkiyi bırakmaları genç ve

yetişkin bireylerin alkollü içki kullanmalarının önüne geçmek için sosyal çevreleriyle birlikte bütüncül önleyici yaklaşımlar gerekir.

Araştırmalar, erken yaşta içki içmeye başlamanın alkol kullanım bozukluğu riskini arttığını göstermektedir. Araştırmalara göre 26 yaş ve üzeri kişiler arasında, 15 yaşından önce içki içmeye başlayanların, içki içmeye başlamak için 21 yaşını veya sonrasını bekleyenlere göre, alkol kullanım bozukluğu tanısına sahip olma olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir.

Araştırmamıza katılan katılımcılar arasında alkollü içki halen kullanan ve bırakanların alkollü içkiye başlama yaşları değerlendirildiğinde halen kullananlardan %7,7 'sinin alkollü içkiye ilk başlama yaşları 15 yaşından küçükken, %73,3'ü 15-24 yaş aralığında, alkollü içki kullanımına başladıkları belirttiler. Alkollü içkiyi bırakanların %2,8'i 15 yaşından daha küçük yaşlarda alkollü içkiye başarlarken, %77,5'i 15-24 yaşlarında, %12,7'si 25-34 yaşlarında alkollü içkiye başladıkları belirtmektedirler.

Trabzon genelinde örneklemimizde bireylerin ailelerin sosyal çevrelerinin alkollü içki kullanım prevalanslarının yüksek olduğu düşünüldüğünde bu durumda alan yazınında belirtildiği gibi alkol kullanan ebeveynlerinin aile içinde ve arkadaş çevresinde sorumluluk sahibi "ebeveyn" rolünü üstlenmesi ve alkolik ebeveynlerin ve yetişkin yaştaki bireylerin içki içmeyi bırakması için bireylerin alkollü içkiyle başa çıkmalarının desteklenmesi genellikle tüm aileyle birlikte çalışılması ve bireylerin birbirleriyle daha sağlıklı ilişkiler kurmalarına yardımcı yaklaşımlar geliştirmeye odaklanılması gerekliliğini ortaya koymaktadır (218).

5.2.8.Kronik Hastalık ve Alkollü İçki Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu

2019 yılında 2,6 milyon ölüm alkol kullanımına atfedilmiştir ve bu ölümler, bulaşıcı olmayan hastalıklar, ruh sağlığı bozuklukları, yaralanmalar ve bulaşıcı hastalıklar gibi birçok önemli sağlık sorununu içermektedir. Araştırmamızda kronik hastalığı olan bireylerin %9,7 'si halen alkollü içki kullanmakta iken, %7,6 'sı daha önce alkollü içkiyi kullanıp bırakmış, %5,6 sı ise yaşamı boyunca birkaç kez denemek için alkollü içki kullanmıştır. Kronik hastalığı olan bireylerin %9,7'si son 1 yılda alkollü içki kullandığını belirtirken, %2,8'inde alkol kullanım bozukluğu mevcuttur.

Araştırmamıza katılan 20-29 yaş genç nüfusun %22,6'sı alkollü içki kullanmaktadır ve o yaş grubu popülasyondaki en yüksek alkollü içki kullanma prevalanslarına sahip yaş grubudur ve kronik hastalık prevalansı en düşük gruptur. 60 yaş ve üzeri nüfusta alkollü içki kullanma prevalansı ise %9,3 ve popülasyondaki en düşük alkollü içki kullanma prevalansı olan grup 60 yaş üzeri olan yaş grubudur. Alkollü içkinin kronik hastalık gibi zararlı etkileri uzun yıllar sonra ortaya çıkmakla birlikte bırakma oranlarının 60 yaş grubunda daha genç yaştaki popülasyona göre anlamlı olarak daha yüksek olması bireylerin daha geç yaşlarda kronik hastalıklar sebebiyle bu kişilerin alkollü içki kullanımlarına bırakmalarına neden olabileceği fikrini akıllara getirmektedir. Nitekim çalışmamızda kronik hastalık olmayan popülasyona göre kronik hastalığı olan grup daha yüksek alkollü içki bırakma oranlarına sahiplerdir. Alkollü içkiyi bırakan kişilerin alkollü içkiyi bırakma sebebi olarak %27,8 'inin sağlığına zarar vermesi/olumsuz %23,3 'ünün sağlığını korumak istemem olarak belirtmesi bu bulguları destekler niteliktedir. Gençlik yaşlarında başlayan alkol kullanımının kronikleşmesi durumunda alkollü içki kullanımı sağlık konusunda yıkıcı etkilere yol açarak hastalıklara yol açmaktadır.

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı, alkol ile ağız boşluğu, yutak, gırtlak, yemek borusu, karaciğer, kolon, rektum ve kadın meme kanseri gibi birçok kanser türüyle nedensel bir bağlantı olduğu sonucuna varmaktadır. Tüm bu kanserler doz-tepki ilişkisine dair kanıtlar göstermekte olduğu yani, kanser riski daha fazla içki içildikçe giderek arttığı belirtilmektedir. Ortalama alkol tüketim seviyeleriyle ilişkinin gücü farklı kanserler için değişiklik gösterir. Bireydeki alkol kullanımının tütün ürünleri kullanımı gibi birçok kronik hastalık prognozunu ve sağlık hizmeti verilmesi konusunda hasta ve hastalık yönetimini zorlaştıracığı belirtilmektedir (219).

Araştırmamız sonucunda kanser hastalarının %7,1'i, yüksek tansiyon hastalarının %7,8'i, şeker hastalığı tanısı var olan bireylerin %9,0'u , akciğer hastalarının %12,8'i, tanılı kardiyovasküler sistem hastalığı var olan bireylerin %15,7'si, karaciğer hastalarının %15,6 'sı ve halen alkollü içki kullanmakta olduklarını belirtmişlerdir. Yüksek tansiyon hastalığı olan bireylerden %2,5, şeker hastalığı olanlardan %2,5, akciğer hastalarının %3,5, kalp hastalığı olanların %4,7, üriner sistem hastalığı olanların %1,7 ve kanser hastalarının %3,6 alkol kullanım bozukluğu mevcuttur.

Dünyada alkole atfedilen kanser yükü değerlendirildiğinde Rumgay ve meslektaşları, bir dizi kanser ve birleştirilmiş tüm kanserler için Dünya Kanser İstatistikleri GLOBOCAN 2020 raporunda yayınladığı kanser sıklığı verilerine göre 2020'deki tüm kanser vakalarının 741.300'ünün, %4,1'inin alkol tüketimine atfedilebileceğini ve bu vakaların 568.700'ünün, %76,7'sinin erkeklerde meydana geldiğini gösterilmiştir (220). Alkole atfedilebilen kanserin yaşa göre standardize edilmiş insidans (her yıl ortaya çıkan yeni vaka) oranı erkeklerde her 100.000 kişide 13.4 ve kadınlarda 100.000'de 3.7'dir. Alkol tüketimine atfedilebilen en yaygın kanser türleri özofagus (189.700 vaka; %31,6), karaciğer kanseri (154.700 vaka; %17,3) ve meme kanseridir (98.300 vaka; %4,4). Ağır içme (>60 gram/gün olarak tanımlanır), alkole atfedilebilen kanserlerin %46,7'sinden sorumludur. Riskli içme (20–60 gram/gün olarak tanımlanır) alkolle ilişkili kanserlerin %39,4'ünden sorumludur. Orta düzeyde içme (<20 gram/gün, günlük yaklaşık iki kadehe eşdeğerdir), alkole atfedilebilen kanser vakalarının %13,9'una katkıda bulunmuştur (220).

IARC tarafından, alkol içmenin grup 1 karsinogen olarak tanımlanması konusunda yeterli kanıt olduğu düşünülmektedir. Yüksek seviyelerde alkol kullanımı; ağız boşluğu, farinks, gırtlak, özofagus, karaciğer, pankreas, kolorektal ve kadın meme kanseri riskini artırmaktadır. Alkolün kanser riskini artırmasının olası nedenleri sağlıklı hücrelerin DNA'sına zarar verebilecek kimyasallarla (etanol, asetaldehit) ilişkili olabilir (221).

Araştırmamızda kronik hastalığı olan grupta alkol kullanımı ve alkol kullanım bozukluğu prevalansının yüksek olması toplumda kronik hastalığı olan bireylerde tedavi süreçlerinin yönetimini güçleştirebilir, hastalığın seyrini olumsuz etkileyerek prognozu kötüleştirebilir. Bu durum hem alkol kullanımına hem de mevcut kronik hastalığa bağlı mortalite oranlarının artmasına ve sağkalım sürelerinin kısalmasına yol açabilir (222). Bu nedenle kronik hastalıklarda değiştirebilir bir risk faktörü olan alkol kullanımının bireylerde azaltılması ve önlenmesi için gerekli olan bırakturma müdahaleleri kronik hastalıkların tedavi, takip ve prognozunda önem taşımaktadır. Araştırmamızda yüksek tansiyon hastalarının %5,8'i, şeker hastalığı tanısı var olan bireylerin %6,5'i, tanıli akciğer hastalığı var olan katılımcıların %10,5'i, kardiyovasküler sistem hastalığı var olan bireylerin %8,7'si, karaciğer hastalarının %21,1'i ve kanser hastalıklarının %14,3'ü alkollü içkiyi kullanıp bıraktıkları belirttiler.

Ülkemizde kronik hastalıkların ve risk faktörlerinin önlenmesine yönelik müdahale programlarının sonuçlarının kapsamlı bir şekilde değerlendirilen çalışmalar desteklenmelidir. Ülkemizde alkol , tütün ürünleri kullanımı vb. risk faktörlerinin yol açtığı karaciğer, kardiyovasküler sistem, kanser gibi kronik hastalık yüklerini değerlendiren çalışmalar sınırlıdır.

5.2.9.Psikiyatrik Hastalık ve Alkollü İçki Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu

Araştırmamızda psikiyatri hastalığı olan bireylerde son 1 yılda alkollü içki kullanımı prevalansı %12,6, psikiyatrik hastalığı olmayan bireylerde son 1 yılda alkollü içki kullanımı prevalansı %16,3'tür. Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin %2,4'ünde alkol kullanım bozukluğu, psikiyatrik hastalığı olmayan bireylerin %4,6'sında alkol kullanımı bozukluğu mevcuttur.

Literatürde yer alan çalışmalarda anksiyete bozuklukları olan bireylerin %20–40'ında eş zamanlı AKB saptanmış. Panik bozukluk tanısı almış kişilerin yaklaşık %30'u alkol kötüye kullanımı göstermektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu ile AKB komorbiditesi: YAB tanısı olan hastaların %46'sı aynı zamanda AKB tanısı alabileceği belirtilmektedir (223).

Araştırmamızda depresyon hastalığı tanısı olan katılımcıların %6,8'i, yaygın anksiyete hastalarının %13,0'ü, panik bozukluğu hastalarının %13,3'ü, halen alkollü içki kullanmakta olduklarını belirtmektedirler ve Yaygın anksiyete bozukluğu hastalarının %50,0'sinde, panik bozukluk hastalığı olan hastaların %40,0'ında alkol kullanım bozukluğu mevcuttu. Alkol kullanımı yeni başlayanlar için kaygıya neden olabileceği gibi önceden var olan anksiyete semptomlarını kötüleştirebilir. Birçok kişi, anksiyete semptomlarını azaltmak için alkolü sağlıksız bir başa çıkma aracı olarak kullanabilmektedir.

Alkol, kaygıyı gidermenin ve altta yatan stres faktörlerini unutmanın geçici, sağlıksız bir yolu olarak hastalar ve sağlıklı bireyler tarafından tercih edilebilmektedir ancak alkol kullanmak bu altta yatan tetikleyicilerin ve problemlerin çözümü olmaz. Anksiyete durumu ister geçmiş travma ister finansal stres veya tedavi edilmeyen depresyonla ilgili olsun, alkol sadece geçici olarak kullanılan ve çözüm değil daha büyük sorunlara ve ciddi sağlık sonuçlarına neden olan bir bağımlılık türüdür ve kişi

kaygılarını tedavi etmeye yardımcı olmak için alkole ne kadar uzun süre bağımlı olursa, alkol kullanım bozukluğu geliştirme riski o kadar artar. Ek olarak, altta yatan tetikleyiciler uygun şekilde ele alınmadığı ve tedavi edilmediği için anksiyete semptomları daha da kötüleşebilir.

Aynı zamanda kronik alkol kullanımı strese sağlıklı ve etkili şekillerde yanıt verme yeteneğinizi etkiler ve bu da kaygıya yol açabilir. Alkol kullanım bozukluğu anksiyete ve depresif bozukluklar, travma ve strese bağlı bozukluklar, diğer madde kullanım bozuklukları, uyku bozuklukları ve psikotik bozukluklar dahil olmak üzere diğer birçok zihinsel sağlık koşuluyla önemli ölçüde örtüşebilir ve genellikle bu hastalıklarla birlikte ortaya çıkar.

2023 Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Anketi'ne (NSDUH) göre, 18 yaş ve üstü 20,4 milyon yetişkinin hem madde kullanım bozukluğu hem de birlikte ortaya çıkan bir zihinsel sağlık bozukluğu olduğu belirtilmektedir (224).

Alkol zihinsel ve fiziksel sağlığı üzerinde yıkıcı etkiler gösterirken bireylerin aile ve arkadaşlarıyla olan ilişkilerini ve iş yaşamlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Alkolün zararlarının boyutları düşünüldüğünde alkol kullanımının kontrolünde bıraktırma müdahaleleri ve farkındalık çalışmaları, psikososyal terapi yaklaşımları önem taşımaktadır. Tanı, tedavi, takip süreçleri için rehabilitasyon merkezlerinin sayılarının artırılması, mevcutlarının hizmet verecek kapasitede iyileştirilmesi önemlidir (225).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

✓ Trabzon ilinde herhangi bir tütün ürünü kullanımı prevalansı %33,1'dir. En çok kullanılan tütün ürünü %32,7 kullanım prevalansı ile sigara ve %5,3 kullanım prevalansı ile nargiledir. Diğer tütün ürünlerinin kullanım prevalansları ise %0,2-%4,1 arasında değişmektedir.

✓ 60 yaşın altında olmak, erkek cinsiyet, ortaöğretim ve üniversite eğitim düzeyinde olmak, bekar olmak, meslek sahibi olmak, yaşanan ilçenin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyinin 4. ve 5. SEGE düzeyinde olması, bireyin alkol kullanması, annesinin tütün ürünü kullanıyor olması, çevresinde en az bir kişinin tütün ürünleri kullanıyor olması herhangi bir tütün ürünü kullanımı için risk faktörüdür.

✓ Alkollü içkiyi yaşamı boyunca en az bir kez kullanma prevalansı %25,8, son 1 yılda alkollü içki kullanımı prevalansı %16,0, alkol kullanım bozukluğu prevalansı ise %4,4'tür.

✓ Erkek cinsiyet, ortaöğretim ve üniversite eğitim düzeyinde olmak, meslek sahibi olmak, 1., 2. 3. SEGE sosyoekonomik gelişmişlik düzeyinde olan ilçelerde yaşamak, bireyin tütün ürünü kullanması, babanın alkol kullanımı, çevresinde en az bir kişinin alkol kullanımı olması yaşamı boyunca en az bir kez alkol ve son 1 yılda alkollü içki kullanımı için risk faktörüdür.

✓ Erkek cinsiyette olmak, bireyin tütün ürünleri kullanımı, babanın alkol kullanımı, çevresinde alkol kullanan kişinin varlığı alkol kullanım bozukluğu riskini arttırmaktadır.

Trabzon ilinde 20 yaş ve üzeri yetişkinlerde tütün ürünleri kullanımı, alkol kullanımı, alkol kullanım bozukluğu prevalansı açısından elde ettiğimiz sonuçlar değerlendirildiğinde;

✓ Tütün ve alkolün zararlarına yönelik eğitim ve farkındalık çalışmaları toplum genelinde yaygınlaştırılmalıdır. Sigara, nargile, e-sigara gibi ürünlerin zararlarını konu alan eğitim ve medya çalışmaları desteklenmelidir.

✓ Bağımlılık hizmetleri için yaş gruplarına uygun sigara bırakma poliklinikleri, tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinin sayısı artırılmalı, mevcutlar güçlendirilmelidir.

✓ Alkol kullanım bozukluğu olan bireylere yönelik düzenli izlem ve danışmanlık hizmetleri geliştirilmeli, bu hizmetler Ruh Sağlığı Hizmetleri Tedavi, Rehabilitasyon Hizmetleri, İzlem Takibi Hasta ve Hekim İletişim Modülü, HSYS sistemine entegre edilmelidir.

✓ Sağlık çalışanları ve ilgili meslek gruplarına yönelik hizmet içi eğitimler artırılmalıdır.

✓ Toplumda gönüllü eğitimciler yetiştirilerek sivil toplum kuruluşlarıyla iş birliği yapılmalıdır.

✓ Gençlerin tütün ve alkole ulaşabilirliğini azaltacak önlemler alınmalıdır.

✓ Aile içi şiddet, travma ve psikiyatrik sorun yaşayan gençlere yönelik destek programları yaygınlaştırılmalıdır.

✓ Kronik ve psikiyatrik hastalığı olan bireylerde alkol kullanımının etkilerini azaltmaya yönelik toplum taramaları

✓ Alkol ve tütün kontrol programlarının AR-GE ve bilimsel araştırmalarla desteklenmesi sağlanmalıdır.

✓ Alkol ve tütün satış noktalarının ruhsatlandırılması, vergilendirilmesi ve denetimi sıkılaştırılmalıdır.

✓ Yasadışı ticaretin önlenmesi için bakanlıklar arası ortak denetim modülleri geliştirilmelidir. Tütün Ürünleri Satış Noktaları ve Faaliyetleri İzlem, Takip ve Denetim Modülü ve Alkollü İçki Satış Noktaları ve Faaliyetleri İzlem, Takip ve Denetim Modülü HSYS sistemine entegre edilmelidir.

7.KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2023, 29 Mayıs). 31 Mayıs Dünya Tütünsüz Günü. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/31-mayis-dunya-tutunsuz-gunu.html>. [Çevrimiçi]
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. (2024). Smoking and tobacco. <https://www.healthdata.org/smoking-and-tobacco>. [Çevrimiçi]
3. World Health Organization. (2014). Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112835/9789241506953_eng.pdf.
4. World Health Organization. (2008). MPOWER: A policy package to reverse the tobacco epidemic. World Health Organization. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241596633>.
5. World Health Organization. (2008). MPOWER: A policy package to reverse the tobacco epidemic. World Health Organization. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241596633>.
6. World Health Organization. (2024, June 28). Alcohol. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
7. Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu. (2020, Temmuz 28). Alkol bağımlılığı. <https://bmyk.gov.tr/TR-67181/alkol-bagimlilik.html>. [Çevrimiçi]
8. Ateş, K., & Tuncay, T. (2020). Madde bağımlılığı merkezine başvuranların aile ve sosyo-demografik özellikler açısından incelenmesi: Bursa GADEM örneği. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, 16, 62–81.
9. World Health Organization. (2021, May 19). Quit tobacco to be a winner. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/quit-tobacco-to-be-a-winner>.

10. Bilir, N. Tütün Kontrolü ve Yeni Tütün Ürünleri. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
11. Hatsukami, D. K., Hecht, S. S., Hennrikus, D. J., Joseph, A. M., & Pentel, P. R. (2003). Biomarkers of tobacco exposure or harm: Application to clinical and epidemiological studies. *Nicotine & Tobacco Research*, 5(3), 387–396.
<https://doi.org/10.1080>.
12. Stratton, K., Shetty, P., Wallace, R., & Bondurant, S. (Eds.). (2001). Clearing the smoke: Assessing the science base for tobacco harm reduction. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10029>.
13. Malson, J. L., & Pickworth, W. B. (2002). Bidis—Hand-rolled, Indian cigarettes: Effects on physiological, biochemical and subjective measures. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 72(3), 443–447.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11900818/>.
14. International Agency for Research on Cancer. (2016). Production, composition, use and regulations—Tobacco smoke. In IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316400/>.
15. Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu. (2016). Sarmalık kıyılmış tütün mamullerinin üretimi, ambalajlanması ve piyasaya arzına ilişkin usul ve esaslar hakkında yönetmelik. Resmî Gazete, 29888. <https://www.lexpera.com.tr/resmi-gazete/metin/sarmalik->.
16. Gül, A., & Arbak, P. (2018). Yeni Isıt-İç tütün ürünlerine genel bir bakış: IQOS®. *Turkish Journal of Pharmaceutical Sciences*, 15(3), 371–375.
<https://www.turkjps.org/pdf/68f48462-babf-415b-b878-1e392d1c83af/articles/tjps.galenos.2018.79095/TJPS-16->.
17. National Institute on Drug Abuse. (2016). Tobacco, Nicotine, and E-Cigarettes. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. https://nida.nih.gov/sites/default/files/1344-tobacco-nicotine-and-e-cigarettes_0.pdf.
18. World Health Organization. (n.d.). Tobacco use. Retrieved January 21, 2025, from <https://www.who.int>. [Çevrimiçi]

19. Eurostat. (n.d.). Tobacco consumption statistics. European Commission. Retrieved April 29, 2025, from https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Tobacco_consumption_statistics. [Çevrimiçi]
20. World Health Organization. (n.d.). ICD-11 reference guide. Retrieved April 29, 2025, from <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1602669465>.
21. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2002.
22. Jenkins RA, Counts RW, Dindal AB. Determination of exposure to environmental tobacco smoke in restaurant and tavern workers in one US city. *J Expo Sci Environ Epidemiol*. 2000;10(1):36–49. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10703846/>.
23. International Agency for Research on Cancer. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: Tobacco Habits Other Than Smoking. Vol. 38. Lyon: IARC; 1990.
24. World Health Organization. Tobacco. Fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. [Çevrimiçi]
25. Centers for Disease Control and Prevention. Determination of nicotine, pH, and moisture content of six U.S. smokeless tobacco products. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1999;48(19):409–13. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm4819a3>.
26. Tiwari RK, Sharma V, Pandey RK, Shukla SS. Nicotine addiction: Neurobiology and mechanism. *J Pharmacopuncture*. 2020;23(1):1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32322429/>.
- 27.. World Health Organization. WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Use 2000–2030. Geneva: WHO; 2024. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/375711>.

28. World Health Organization. WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Use 2000–2025. 4th ed. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/348537>.
29. World Health Organization. World Health MPower Report 2023. Geneva: WHO; 2023. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164>.
30. Roser M, Ortiz-Ospina E. Share of adults who smoke or use tobacco. Our World in Data. 2021 Sep 29. Available from: <https://ourworldindata.org/grapher/share-of-adults-who-smoke>.
31. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework: Indicator Definitions and Specifications. Geneva: WHO; 2013. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-surveillance-global-monitoring-framework>.
32. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2003. Available from: <https://fctc.who.int/>.
33. United Nations Statistics Division. Global Indicator Framework for the Sustainable Development Goals and Targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: UN; 2017. Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/>.
34. Gravelly S, Giovino GA, Craig L, Commar A, D’Espaignet ET, Schotte K, Fong GT. Implementation of key demand-reduction measures of the WHO Framework Convention on Tobacco Control and change in smoking prevalence in 126 countries: An association study. L.
35. World Health Organization. World Health MPower Report 2021. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095>.
36. World Health Organization. World Health MPower Report 2018. Geneva: WHO; 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf>.

37. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık İstatistiği Yıllığı: Küresel Hastalık Yükü Araştırması. Ankara: TÜİK; 2023. Available from: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf>.
38. Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Projesi: Hastalık Yükü Final Raporu. Ankara; 2004.
39. GATS (Global Adult Tobacco Survey).
40. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması 2016. Ankara: TÜİK; 2016. [Çevrimiçi]
41. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması 2019. Ankara: TÜİK; 2019. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/bulten/index?p=turkey-health-survey-2019-33661>. [Çevrimiçi]
42. Bostan YE. (2022). Trabzon İli Üniversite Öğrencilerinde Tütün Ürünleri Kullanımı Prevalansı ve Etkileyen Faktörler [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Halk Sağlığı AD, Trabzon.
43. The World Factbook. Rank & Country Comparison – Tobacco use (% of population). Estimations for 2025. Retrieved from CIA World Factbook. [Çevrimiçi]
44. PİAR. (1988). Sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırma raporu. İstanbul.
45. Abacı A. (2011). Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 39(4), 15. <https://doi.org/10.5543/tkda.2011.abaci>.
46. Onat A, Yazıcı M, Sarı İ, Türkmen S, Uzunlar B, Uyarel H, Özmay M, Sansoy V. (2003). TEKHARF 2003 yılı tarama takibi: Ölüm ve koroner olaylara ilişkin sonuçlar. Archives of the Turkish Society of Cardiology, 31(12), 762–769. Erişim: <https://archivestsc.co>.
47. Türkiye İstatistik Kurumu. (2009). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.

48. .Onat A, Can G, Yüksel H, Âdemoğlu E, Erginel-Ünaltuna N, Kaya A, Altay S. (2017). TEKHARF 2017: Tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük. İstanbul: Logos Yayıncılık.
49. Sağlık Bakanlığı. (2019). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2019 (TBSA). Ankara: Sağlık Bakanlığı.
50. Türkiye İstatistik Kurumu. (2022). Türkiye Sağlık Araştırması 2022. Ankara. Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>. [Çevrimiçi]
51. Türkiye İstatistik Kurumu. (2023, Mayıs 5). Türkiye Sağlık Araştırması 2022. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-497>. [Çevrimiçi]
52. Anadolu Ajansı. (t.y.). Tütün kullanımı dünyada her yıl 8 milyondan fazla kişinin ölümüne neden oluyor. Erişim: <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/tutun-kullanimi-dunyada-her-yil-8-milyondan-fazla-kisinin-olumune-neden-oluyor/2811135>.
53. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD. (2020). Tütün kullanımı. In Özdemir ÖA, Yazıcı N, Yazıcı O (Eds.), Akciğer Kanseri (1. baskı, ss. 137–142). Türkiye Klinikleri.
54. Global Burden of Disease Study 2019 Collaborators. (2020). Global burden of cancers attributable to tobacco smoking, 1990–2019. *The Lancet Oncology*, 21(10), 1427–1438. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36866162/>.
55. Dünya Sağlık Örgütü. (2021). Tütün ve Kardiyovasküler Hastalıklar. Geneva: WHO. [Çevrimiçi]
56. Zhong G, Shu Y, Li H, Zhou Y, Wei Q, Yang B, Yang L. (2024). Association between smoking status and health-related quality of life. *Annals of Medicine*, 56(7), 1031–1042. <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.150823>.

57. Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Tütün kullanımı ve ekonomik etkileri [İnternet]. Erişim: <https://www-cdc-gov.translate.goog/tobacco/php/data-statistics/economic-trends/index.html>. [Çevrimiçi]
58. Dünya Sağlık Örgütü. (2021). Tütün ve madde kullanımı: Halk sağlığına etkileri [İnternet]. Erişim: <https://www-who-int.translate.goog/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. [Çevrimiçi]
59. National Institute on Drug Abuse. (n.d.). Is nicotine addictive? [Internet]. National Institute on Drug Abuse. Erişim: <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/tobacco-nicotine-e-cigarettes/nicotine-addictive>.
60. National Institute of Mental Health. Finding Help for Co-Occurring Substance Use and Mental Disorders. Bethesda, MD: NIMH; [erişim yılı]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/substance-use-and-mental-health>.
61. National Institute on Drug Abuse. (2021, April 12). What are the effects of secondhand and thirdhand tobacco smoke? Retrieved from <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/tobacco-nicotine-e-cigarettes/what-are-effects-secondhand-thirdhand-tobacc>.
62. Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu. (n.d.). Bağımlılık nedir? Retrieved from <https://bmyk.gov.tr/TR-67179/bagimlilik-nedir.html>. [Çevrimiçi]
63. Direk F. (n.d.). Sağlık Davranışları ve Davranış Değiştirme Açısından Sigara Bağımlılığı [Yüksek Lisans Tezi]. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
64. Öztürk YE, Kırlioğlu M, Kıracı R. (2015). Alkol ve madde bağımlılığında risk faktörleri. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler MYO Dergisi, 18(2), 97–118.
65. Assari S, Zare H, Sheikhattari P. (2024). Social epidemiology of early initiation of electronic and conventional cigarette use in early to middle adolescents. Journal of Biomedical and Life Sciences, 4(1), 27–35. <https://doi.org/10.31586/jbls.2024.1038>.
66. Terefe B, Jembere MM, Chekole B, Assimamaw NT, Gebeyehu DA. Frequency of cigarette smoking and its associated factors among men in East Africa: a pooled

prevalence analysis of national survey using multinomial regression. BMC Public Health. 2024;24:1670. .

67. Shubayr MA, Alhazmi AS, El Dalatony MM, El Desouky ED, Al-Zalabani AH, Monshi SS, et al. (2024). Factors associated with tobacco use among Saudi Arabian youth: Application of the Theory of Planned Behavior. Tobacco Induced Diseases, 22, 10-18332.

68. Mutlu A, Önsüz MF, Metintaş S, Gedik SA, Muz FNÖ, Torba TA. (2023). Determination of the frequency of tobacco products and electronic cigarette use of university students and the evaluation of related factors. Addicta: The Turkish Journal on Addictions, 1.

69. Ergüder T. (2010). Dünyada tütün kontrolü ve Dünya Sağlık Örgütü önerileri (MPOWER). Tütün ve Tütün Kontrolü, 10, 81–92.

70. Bilir N. (2016). Tütün kontrolü çerçeve sözleşmesi ve Türkiye: Bir başarı örneği. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 4(1), 7–12.

71. World Health Organization. (2008). WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva: WHO. ISBN: 978-92-4-159628-2. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596282>.

72. İçme GSS, Saptanması İD. (2014). 4207 Sayılı Yasanın Yürürlüğe. Tuberk Toraks, 62(1), 27–38.

73. T.C. Resmî Gazete. (2008, January 3). 5727 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun. No. 5727. .

74. T.C. Resmî Gazete. (n.d.). 4733 Sayılı Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun. No. 4733.

75. Eke BC, Yüce Y. Türkiye’de yeni üretilen ve geliştirilmekte olan nikotin ve tütün ürünleri ile ilgili yasal düzenlemeler. Türk Hij Den Biyol Derg. 2022;79(3):567–578. doi:10.5505/TurkHijyen.2022.36974. .

76. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2024–2028. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2024.
77. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). Dumansız Hava Sahası Denetim Sistemi (DHS Modülü) Rehberi. İl Sağlık Müdürlükleri İç Kullanım Belgeleri. (Kaynak: Sağlık Bakanlığı saha uygulamaları). [Çevrimiçi]
78. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2008). 4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun. Resmî Gazete.
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4207&MevzuatTur=1&MevzuatTip=5>.
79. World Health Organization. (2024). World No Tobacco Day.
<https://www.who.int/campaigns/world-no-tobacco-day>. [Çevrimiçi]
80. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB). 31 Mayıs Dünya Tütünsüz Günü: Tütünün çevresel etkileri. Ankara: TÜSEB; 2024. Erişim adresi:
<https://files.tuseb.gov.tr/tuhke/files/yayinlar/2024-11-29-09-12-43.pdf>. Erişim tarihi: 19 Ağustos 2025.
81. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2024). Tütün Kontrolü, Denetim Modülü ve Sigara Bırakma Poliklinikleri. <https://hsgm.saglik.gov.tr>. [Çevrimiçi] . [Çevrimiçi]
82. Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü. (2024). Sigara Bırakma Poliklinikleri – Başvuru Bilgilendirmeleri. <https://trabzonism.saglik.gov.tr>. [Çevrimiçi]
83. Yeşilay. (2023). Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM). Türkiye Yeşilay Cemiyeti. <https://www.yesilay.org.tr/tr/kurumsal-projeler/yesilay-danismanlik-merkezi>. [Çevrimiçi]
84. Ögel K. (2003). Bağımlılık Yapan Maddeler. Retrieved from <https://www.ogelk.net/dosyadepo/maddeler.pdf>.
85. World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO. ISBN: 978-92-4-156563-9. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>.

86. Yeşilay. (n.d.). Alkol Bağımlılığı Bireyi ve Toplumu Tehdit Ediyor. Retrieved from <https://www.yesilay.org.tr/tr/makaleler/alkol-bagimlilik-bireyi-ve-toplumu-tehdit-ediyor>. [Çevrimiçi]
87. World Health Organization. (2019). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Retrieved from <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1602669465>.
88. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR (4th ed., text rev.). Washington (DC): American Psychiatric Association.
89. World Health Organization. (n.d.). ICD-11 for mortality and morbidity statistics: Cancers of the liver, primary (C22). International Classification of Diseases. Retrieved April 29,2025,from <https://icd.who.int/dev11/f/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2>.
90. World Health Organization. (2025). ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision. Retrieved from <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#499098434>.
91. World Health Organization. (2025). International Classification of Diseases 2025: Episode of harmful use of alcohol (6C40.0). Retrieved from <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#766814084>.
92. Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu. (n.d.). Alkol Bağımlılığı. Retrieved from <https://bmyk.gov.tr/TR-67181/alkol-bagimlilik.html>. [Çevrimiçi]
93. World Health Organization. (2019). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11): 6C40.2 Alcohol dependence. Retrieved from <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1580466198>.
94. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (n.d.). Alcohol use in the United States by age groups and demographic characteristics. Retrieved from <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/alcohol-topics-z/alcohol-facts-and-statistics/alco>.

95. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (2024). Alcohol Use Disorder (AUD) in the United States: Age Groups and Demographic Characteristics. National Institutes of Health. Retrieved from <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health>.
96. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (n.d.). Alcohol and young adults (ages 18–25). Retrieved from <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/alcohol-topics-z/alcohol-facts-and-statistics/alcohol-and-young-adults-ages-18-25>.
97. Movendi International. (2023, May 22). World Health Statistics 2023 show progress on alcohol use and need for accelerated action as risk exposure remains high. Retrieved from <https://movendi.ngo/science-digest/world-health-statistics-2023-show-progress-on>.
98. World Health Organization. (2022). Global alcohol action plan 2022–2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. Geneva: WHO. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240090101>.
99. Ögel K, Karali A, Tamar D, Çakmak D. (1998). Alkol ve Madde El Kitabı. İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.
100. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Tedavi ve İzlem Klinik Protokolü. Ankara: Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı.
101. Türkiye İstatistik Kurumu. (n.d.). Alkol kullanımı prevalansı, 2010–2022. Retrieved from <https://www.tuik.gov.tr/>. [Çevrimiçi]
102. T.C. Sağlık Bakanlığı. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2019.
103. Sliedrecht W, de Waart R, Witkiewitz K, Roozen HG. Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review. *Psychiatry Res.* 2019;278:48–55. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.038>.

104. Durazzo TC, Meyerhoff DJ. Psychiatric, demographic, and brain morphological predictors of relapse after treatment for an alcohol use disorder. *Alcohol Clin Exp Res*. 2017;41(1):107–116. <https://doi.org/10.1111/acer.13267>.
105. Our World in Data. Alcohol Consumption – Our World in Data. [Internet]. [cited 2025 Jul 26]. Available from: <https://ourworldindata.org/alcohol-consumption/>.
[Çevrimiçi]
106. Office for National Statistics. Adult drinking habits in Great Britain: 2005 to 2016. [Internet]. 2017 May 3 [cited 2025 Jul 26]. Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/drugusealcoholandsmoking/bulletins/opi>.
107. Office for National Statistics. Drinking (General Lifestyle Survey overview – A report on the 2011 General Lifestyle Survey). [Internet]. 2013 Mar 7 [cited 2025 Jul 26]. Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/personalandhouseho>.
108. Beard E, Brown J, West R, Michie S. Associations between socio-economic factors and alcohol consumption: A population survey of adults in England. *PLoS One*. 2019;14(2):e0209442. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209442>.
109. Sudhinaraset M, Wigglesworth C, Takeuchi DT. Social and cultural contexts of alcohol use: Influences in a social–ecological framework. *Alcohol Res Curr Rev*. 2016;38(1):35–45.
110. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Risk factors: Varied vulnerability to alcohol-related harm. U.S. Department of Health and Human Services. [Internet]. 2025 Jan 29 [cited 2025 Jul 26]. Available from: <https://www.niaaa.nih.gov/he>.
111. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2022 National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) releases. U.S. Department of Health and Human Services. [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 26].

112. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol and older adults (ages 65+). [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 26]. Available from: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/alcohol-topics-z/alcohol-facts-and-statistics/alcohol-and-olde>.
113. Keyes KM, Greenfield TK, Hasin DS. Is there a recent epidemic of women's drinking? A critical review of national studies. *Alcohol Clin Exp Res*. 2019;43(3):524–533. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31074877>.
114. White AM. Gender differences in the epidemiology of alcohol use and related harms in the United States. *Alcohol Res*. 2020;40(2):01. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33133878> .
115. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Global burden – Alcohol facts and statistics. [Internet]. [cited 2025 Jul 26]. Availablefrom: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/alcohol-topics/alcohol-facts-and-statistics/global-burden>.
116. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report: Co-occurring Substance Use Disorder and Physical Comorbidities. [Internet]. [cited 2025 Jul 26]. Available from: <https://nida.nih.gov/>.
117. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol use disorder and common co-occurring conditions. [Internet]. [cited 2025 Apr 30]. Availablefrom: <https://www.niaaa.nih.gov/health-professionals-communities/core-resource-on-alcohol/mental-health->.
118. StatPearls. Veteran and military mental health issues. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [cited 2025 Apr 30]. Availablefrom: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572092>.
119. National Institutes of Health. Addictions Neuroclinical Assessment: A Neuroscience-Based Framework for Addictive Disorders. [Internet]. [cited 2025 Jul 26]. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4870153/>.

120. BMC Genomics. Genetic influences on alcohol flushing in East Asian populations. [Internet]. [cited 2025 Jul 26]. Available from: <https://bmcbgenomics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12864-023-09721-7>.
121. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO; 2018. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>.
122. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Global burden – Alcohol facts and statistics. [Internet]. [cited 2025 Jul 26]. Available from: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/alcohol-topics/alcohol-facts-and-statistics/global-burden>.
123. World Health Organization. Global Alcohol Action Plan 2022–2030. [Internet]. [cited 2025 Jul 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>.
124. Wong T, Dang K, Lall C. Alcoholic Liver Disease. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
125. World Health Organization. Alcohol fact sheet. [Internet]. [cited 2025 Jul 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>. [Çevrimiçi]
126. Yeşilay. Alkol bağımlılığı nedir? [Internet]. [cited 2025 Jul 26]. Available from: <https://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/alkol-bagimliliği>. [Çevrimiçi]
127. World Health Organization, Regional Office for Europe. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. Copenhagen: WHO; 2019. Report No.: WHO/EURO:2019-3545-43304-60696.
128. Poznyak V, Rekve D, Room R, et al. The World Health Organization’s Global Alcohol Database and subsequent global status reports on alcohol. *Addiction*. 2014;109 Suppl 5:40-45. doi:10.1111/add.12584.
129. Kuş S. Dünyada ve Türkiye’de alkol kontrolü politikaları. Ankara: Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu; 2011.

130. Aydın S. DSÖ cephesinden alkol mücadelesinde küresel stratejiler. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu. 2011.
131. T.C. Resmî Gazete. 4733 sayılı Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun. Ankara; 2002.
132. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Tütün kontrolü strateji belgesi ve eylem planı (2021–2025). [Internet]. 2021 [cited 2025 Jul 26]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-ve-madde-bagimlilik-ile-mucadele-db/dokuma>.
133. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımının önlenmesi, kontrolü ve tedavisi (Genelge No: 2023/8). Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2023. Available from: <https://sbu.edu.tr/FileFolder/Dosyalar/eb408a43/20>.
134. T.C. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı. SEGE 2022 İlçe Sosyoekonomik Gelişmişlik Endeksi. [Internet]. [cited 2023 Oct 15]. Available from: <https://www.sanayi.gov.tr/>. [Çevrimiçi]
135. Türkiye İstatistik Kurumu. MEDAS veri portalı. [Internet]. [cited 2023 Oct 15]. Available from: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/>. [Çevrimiçi]
136. Saatçioğlu Ö, Evren C, Çakmak D. Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi'nin geçerliliği ve güvenilirliği. Türkiye'de Psikiyatri. 2002;4(2–3):107–113.
137. Ögel K. Alkol kullanımında tanı. In: Evren C, Ögel K, Uluğ B, editors. Alkol ve Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2012. Available from: <https://www.ogelk.net/dosyadepo/tani.pdf>.
138. Pan American Health Organization. paho.org. Available from: <https://www.paho.org> [Accessed 8 Aug 2025]. [Çevrimiçi]
139. The European Public Health Association. Available from: <https://www.eupha.org> [Accessed 8 Aug 2025]. . [Çevrimiçi]

140. Park JE, Jeong WM, Choi YJ, Kim SY, Yeob KE, Park JH. Tobacco use in Korea: current epidemiology and public health issues. *Journal of Korean Medical Science*. 2024;39(45):1–20. doi:10.3346/jkms.2024.39.e328.
141. Barış S, Çakırbay H, Topbaş M, Karkucak M, Çapkin E. Smoking prevalence in Kocaeli. *Tuberk Toraks*. 2011;59(2):140-145.
142. Akbay C, Kafas B. Kahramanmaraş il Merkezinde Tüketicilerin Sigara ve Maraş Otu Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Analizi. *KSÜ Doğa Bilimleri Dergisi*. 2017;20(3):276-282.
143. Saraçoğlu S, Öztürk F. Türkiye’de Tütün Kontrol Politikaları ve Tütün Tüketimi Üzerine Bir Değerlendirme. *Politik Ekonomik Kuram*. 2020;4(1):64-83.
144. Akl EA, Gunukula SK, Aleem S, Obeid R, Jaoude PA, Honeine R, Irani J. The prevalence of waterpipe tobacco smoking among the general and specific populations: a systematic review. *BMC Public Health*. 2011;11:244. doi:10.1186/1471-2458-11-244.
145. Al-Kalbani SR. Waterpipe smoking: Challenges and opportunities for more effective regulations. *World J Public Health*. 2025;10(1):34–39. doi:10.11648/j.wjph.20251001.15.
146. E-cigarettes. [Internet]. Tobacco Tactics; [accessed 2025 Jul 26]. Available from: <https://tobaccotactics.org/wiki/e-cigarettes>.
147. GBD 2019 Chewing Tobacco Collaborators. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of chewing tobacco use in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health*.
148. T.C. Sağlık Bakanlığı, Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2024–2028). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2024. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem>.

149. Rahman MA, Mahmood MA, Spurrier N, vd. (2015) Bangladeşliler neden dumansız tütün ürünleri kullanıyor? Asia Pac J Halk Sağlığı, 27(2):NP2197-209. [DOI] [PubMed] [Google Akademik].
150. Solhi, M., Fattahi, E., Manzari, Z. S., Gupta, P. C., Kargar, M., Kasmaei, P. ve Barati, H. (2021) Dumansız Tütün Kullanmanın Nedenleri: Bir İnceleme. İran halk sağlığı dergisi,50(3), 492–501.
151. Messina J, Freeman C, Rees A, vd. (2013) İngiltere'deki Güney Asyalı kullanıcılar arasında dumansız tütün kullanımıyla ilgili bağlamsal faktörlerin sistematik bir incelemesi. Nikotin Tob Res, 15(5):875–82. [DOI] [PubMed] [Google Akademik].
152. McCaul KD, Hockemeyer JR, Johnson RJ, Zetocha K, Quinlan K, Glasgow RE. Motivation to quit using cigarettes: a review. Addict Behav. 2006 Jan;31(1):42-56. doi:10.1016/j.addbeh.2005.04.004. PMID:15916861.
153. World Health Organization, Centers for Disease Control and Prevention, Ministry of Health of Turkey. Global Adult Tobacco Survey: Turkey 2008. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/cata>.
154. World Health Organization, Centers for Disease Control and Prevention, Ministry of Health of Turkey. Global Adult Tobacco Survey: Turkey 2016. Geneva: World Health Organization; 2019. Available from: <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/cata>.
155. Çan G, Çakırbay H, Topbaş M, Karkucak M, Çapkın E. Doğu Karadeniz Bölgesi'nde sigara içme prevalansı. Tuberk Toraks. 2007;55(2):141-147.
156. Yeşilay. (2022, 1 Aralık). Uluslararası Tütün Bağımlılığı Kongresi'ni Gerçekleştirdik.Yeşilay.Erişimtarihi:21Ağustos2025. <https://www.yesilay.org.tr/tr/haberler/uluslararasi-tutun-bagimlilik-kongresini-gerceklestirdik>. [Çevrimiçi]

157. Sönmez ÖF. Tobacco control in Türkiye: A brief review of achievements, challenges and prospects. *Tob Prev Cessat*.2025;11(March):1-6. doi:10.18332/tpc/191783.
158. Jackson SE, Shahab L, Brown J. Trends in exclusive non-cigarette tobacco smoking in England: A population survey 2013–2023. *Nicotine Tob Res*. 2024;[Epub ahead of print]. doi:10.1093/ntr/ntae032.
159. Pérez A, Kuk AE, Bluestein MA, Chen B, Harrell MB. Age of initiation of smokeless tobacco use among young adults: Findings from the Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) Study, 2013–2017. *Addict Behav*. 2023;139:107588. doi:10.1016/j.addbeh.20.
160. Valentelyte G, Sheridan A, Kavanagh P, Doyle F, Sorensen J. Socioeconomic variation in tobacco smoking among the adult population in Ireland. *Prev Chronic Dis*. 2023;20:E117. doi:10.5888/pcd20.230027.
161. Smoking Toolkit Study. [Internet]. [accessed 2025 Jul 26]. Available from: <https://www.smokinginengland.info/sts-documents/>.
162. Jackson SE, Brown J, Notley C, Shahab L, Cox S. Characterising smoking and nicotine use behaviours among women of reproductive age: A 10-year population study in England. *BMC Public Health*. 2024;24:349. doi:10.1186/s12889-024-17742-6.
163. United Nations. UNifeed media resources. [Internet]. [accessed 2025 Jul 26]. Available from: <https://media.un.org/unifeed/en>. [Çevrimiçi]
164. Şahan C, Günay T, Şimşek H, Soysal A, Ergör G. Socioeconomic factors associated with tobacco smoking in Turkey: A cross-sectional, population-based study. *East Mediterr Health J*. 2018;24(8):705–13.
165. Yıldız, M. S., Urak, F., & Bilgiç, A. (2024). Alkol Tüketme Alışkanlığının Altında Yatan Faktörlerin Belirlenmesi. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, 7(1), 115-130. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/uyad>.

166. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. Bağımlılıkla Mücadele Çalışma Grubu Raporu. Ankara: SBB; 2025. Available from: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2025/08/Bagimlilikla-Mucadele-CG-Raporu_01082025.pdf.
167. Ham DC, Przybeck T, Strickland JR, Luke DA, Bierut LJ, Evanoff BA. Occupation and workplace policies predict smoking behaviors: analysis of national data from the current population survey. *J Occup Environ Med*. 2011 Mar;53(3):1337-45. doi:10.1097/JOM.0b.
168. Serdarevic M, Choi AN, Gimeno Ruiz de Porras D, Barnett TE. Examining associations between smoking patterns and employment status among a nationally representative sample of U.S. adults. *AJPM Focus*. 2025 Oct;4(5):100376. doi:10.1016/j.focus.2025.100376.
169. Syamlal G, King BA, Mazurek JM. Tobacco use among working adults — United States, 2014–2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2017;66(42):1130-1135. doi:10.15585/mmwr.mm6642a2.
170. Türkiye Cumhuriyeti. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. Resmî Gazete, 30 Haziran 2012; Sayı: 28339. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6331.pdf>.
171. Wang Y, Li Q, Bi L, Wang B, Lv T, Zhang P. Global trends in the burden of ischemic heart disease attributable to smoking from 1990 to 2021: A systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Tobacco Induced Diseases*. 2025 Jan 29;23:7. doi:1.
172. Columbia University Mailman School of Public Health. If Mom or Dad is a Smoker, Their Teenager is More Likely to be a Smoker Too [Internet]. 2016 [cited 2025 Aug 15]. Available from: <https://www.publichealth.columbia.edu/news/if-mom-or-dad-smoker-their-te>.
173. Nagawa CS, Pbert L, Wang B, Cutrona SL, Davis M, Lemon SC, et al. Association between family or peer views towards tobacco use and past 30-day

smoking cessation among adults with mental health problems. *Prev Med Rep.* 2022;29:101954. doi:10.1016/j.pmedr.20.

174. Chen J, Luo M, Gan L, Li H, Liu S, Ren N, et al. The association between smoking and family health with the mediation role of personality among Chinese people: Nationwide cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2024 ve doi:10.1186/s12888-024-05654-, 24(1):206.

175. Wyoming Survey & Analysis Center. Wyoming Tobacco Prevention and Control Program. Available from: <https://wysac.uwyo.edu/wyomingtobacco/> [Accessed 2025 Apr 30].

176. Campos TS, Richter KP, Cupertino AP, Galil AGS, Banhato EFC, Colugnati FAB, et al. Cigarette smoking among patients with chronic diseases. *Int J Cardiol.* 2014;174(3):808–10. doi:10.1016/j.ijcard.2014.04.150.

177. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking—50 years of progress: A report of the Surgeon General. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotio.

178. American Lung Association. Behavioral health & tobacco use. 2025. Available from: <https://www.lung.org/quit-smoking/smoking-facts/impact-of-tobacco-use/behavioral-health-tobacco-use>.

179. Han B, Volkow ND, Blanco C, Tipperman D, Einstein EB, Compton WM. Trends in prevalence of cigarette smoking among US adults with major depression or substance use disorders, 2006–2019. *JAMA.* 2022;327(16):1566–76. doi:10.1001/jama.2022.4790.

180. American Lung Association. Behavioral health & tobacco use. 2024 Nov 20. Available from: <https://www.lung.org/quit-smoking/smoking-facts/impact-of-tobacco-use/behavioral-health-tobacco-use>.

181. Smith PH, Mazure CM, McKee SA. Smoking and mental illness in the U.S. population. *Tob Control*. 2014;23(e2):e147–53. doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-051466.
182. Sreeramareddy CT, Kuan LP. Smoking cessation and utilization of cessation assistance in 13 low- and middle-income countries: Changes between two survey rounds of Global Adult Tobacco Surveys, 2009–2021. *J Epidemiol Glob Health*. 2024;14(3):1257–1267. doi:1.
183. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Türkiye İstatistik Kurumu, Dünya Sağlık Örgütü, Centers for Disease Control and Prevention. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması: Türkiye 2008. Ankara:T.C.Sağlık Bakanlığı;2010. Available from: <https://file.tkd.org.tr/>.
184. Ünüvar EM, Dişçigil G. Sigarayı bırakma girişimlerinde başarıyı etkileyen faktörler – Hekim adayları örneği. *J Turk Fam Physician*. 2017;8(3):57–65. doi:10.15511/tjtfp.17.00357.
185. Türkiye İstatistik Kurumu. (2023, Mayıs 5). Türkiye Sağlık Araştırması 2022. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-497>. [Çevrimiçi]
186. Pesce G, Marcon A, Calciano L, Perret JL, Abramson MJ, Bono R, et al. Time and age trends in smoking cessation in Europe. *Eur Respir J*. 2023;61(3):2200793. doi:10.1183/13993003.00793-2022.
187. Zhang X, Wang Y, Li H. Prevalence, cessation, and geographical variation of smoking among middle-aged and elderly adults in China: A population-based study. *Front Public Health*. 2023;11:11259031. doi:10.3389/fpubh.2023.11259031.
188. Meza, R. ve ark. (2023). Trends in US Adult Smoking Prevalence, 2011 to 2022. *JAMA Health Forum*. Meza ve çalışma arkadaşları, çalışmada 65 yaş ve üzeri yetişkinlerdeki sigara kullanım oranlarının 2011'den 2022'ye hafif de olsa arttığını raporlamaktadır. D.

189. Zeiher J, Kuntz B, Lange C. Smoking among adults in Germany. *J Health Monit.* 2017;2(2):57–63. doi:10.17886/RKI-GBE-2017-043.
190. Kocakaya D, Şenol H, Aslan S, Çırakoğlu AM, Çakır Fidan MN, Telci H, et al. Sigara bırakma polikliniğine başvuran bireylerde tedavi başarısını etkileyen faktörler. *Bağımlılık Dergisi.* 2022;23(1):69–77. doi:10.51982/bagimli.904672.
191. World Health Organization (WHO). Tobacco use falling: WHO urges countries to invest in helping more people to quit tobacco. *Neurosciences (Riyadh).* 2022;27(1):54–6. doi:10.17712/nsj.2022.1.20210094.
192. İlhan MN, Arıkan Z, Kotan Z, Tunçoğlu T, Pınarcı M, Taşdemir A, Ay B, Koçak N. Prevalence and socio-demographic determinants of tobacco, alcohol, substance use and drug misuse in general population in Turkey. *Arch Neuropsychiatry.* 2016;53(3):205-212. doi:.
193. Ulaş H, Binbay T, Kırılı U, Elbi H, Alptekin K. The epidemiology of alcohol use in Izmir, Turkey: drinking pattern, impairment and help-seeking. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017;52(8):887-899. doi:10.1007/s00127-017-1345-5 .
194. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı, 2023 – 2017 ve 2023 Çalışmalarının Karşılaştırılması. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2023.
195. COVID 19 öncesi dönem-alkol.
196. Koopmann A, Georgiadou E, Reinhard I, Müller A, Lemenager T, Kiefer F, et al. The effects of the lockdown during the COVID-19 pandemic on alcohol and tobacco consumption behavior in Germany. *Eur Addict Res.* 2021;27(5):242-56. doi:10.1159/000515438.
197. Semerci B, Ercan F, Öztürk M, Özkaya G, Yıldırım E, Akbaş S. COVID-19 pandemisinde bağımlılık tedavi hizmetlerinde yaşanan güçlükler ve çözüm önerileri. *Bağımlılık Dergisi.* 2021;22(1):1-12.

198. Türkiye Cumhuriyeti. 6487 sayılı Bazı Kanunlar ile 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. Resmî Gazete, 30 Mayıs 2013; Sayı: 28661.
199. World Health Organization. Pricing policies to reduce alcohol consumption. Geneva: World Health Organization; 2020. Available from: <https://www.who.int/initiatives/SAFER/pricing-policies>.
200. South African Medical Research Council. COVID-19 pandemisinin alkol tüketimine etkileri [Internet]. Pretoria: SAMRC; 2023 [cited 2025 Aug 15]. Available from: <https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2023/12/1-Covid-19-Pandemisinin-Alkol-Tuketimine-Etkileri>.
201. OAD. COVID-19 pandemisi sırasında uygulanan alkol yasaklarının etkileri [Internet]. Ankara: Uyuşturucu ve Alkolle Mücadele Derneği; 2023 [cited 2025 Aug 15]. Available from: <https://oad.org.tr/blog/covid-19-pandemisi-sirasinda-uygulanan-alkol-yasaklarinin>.
202. Wikipedia contributors. Alcohol in Saudi Arabia [Internet]. Wikipedia; 2025 [cited 2025 Aug 15]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Alcohol_in_Saudi_Arabia. [Çevrimiçi]
203. Alzahrani N, Alabdulkarim A, Alghamdi A, Alghamdi R. Alcohol prohibition in Saudi Arabia: policies and challenges. Saudi J Health Sci. 2024;13(2):89-95. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1319016424002135>.
204. Seiler S. The impact of COVID-19 restrictions on consumer spending in Scandinavia [Internet]. arXiv preprint arXiv:2005.04630; 2020 [cited 2025 Aug 15]. Available from: <https://arxiv.org/abs/2005.04630>.
205. Babor TF, Casswell S, Gmel G, Graham K, Grube JW, Hill L, et al. Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2022.

206. Leung J, Casswell S, Huckle T, Parker K, Wall M, Chaiyasong S, et al. Effective alcohol policies and lifetime abstinence: an analysis of the International Alcohol Control policy index. *Drug Alcohol Rev.* 2023;42(2):123-131.
207. Kilian C, Manthey J, Probst C, Gomes de Matos E, Braddick F, Gual A, et al. Reducing alcohol use through alcohol control policies in the general population and population subgroups: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health.* 2023;8(6):e4.
208. Casswell S, Huckle T, Parker K, Romeo JS, Wall M, Chaiyasong S, et al. Benchmarking alcohol policy based on stringency and impact: the International Alcohol Control (IAC) policy index. *PLOS Glob Public Health.* 2022;2(4):e0000109.
209. Ağralı Gündoğmuş C. Trabzon ili üniversite öğrencilerinde alkol kullanımı, alkol kullanım bozukluğu, madde kullanım prevalansı ve etkileyen faktörler [Uzmanlık tezi]. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2023.
210. Yücel FN, Doğan K, Pamir RN, Erkuş S, Keşir Ü, Zengin O. Self-esteem, perceived social support and coping strategies among alcohol-dependent individuals: The case of Alcoholics Anonymous. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi.* 2020;15:50-64. doi:10.46218/tshd.73479.
211. Özel Ü. 2023 Kahramanmaraş merkezli depremlerden sonra Trabzon'a gelen 20 yaş ve üstü depremzedelerde tütün kullanımı, alkol kullanımı ve alkol kullanım bozukluğu prevalansı ve teknoloji bağımlılığı düzeyleri [Uzmanlık tezi]. Trabzon: Karadeniz Teknik Üni.
212. Institute of Alcohol Studies. Alcohol and health inequalities. London: Institute of Alcohol Studies; 2015. Available from: <https://www.ias.org.uk/report/alcohol-and-health-inequalities/>.
213. Slade T, Chapman C, Swift W, Keyes K, Tonks Z, Teesson M. Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and metaregression. *BMJ Open.* 2016;6(10):e011827. doi:10.1136/bmjopen-201.

214. Probst C, Lange S, Kilian C, Saul C, Rehm J. The dose–response relationship between socioeconomic deprivation and alcohol-attributable mortality risk—a systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*. 2021;19(1):268. doi:10.1186/s12916-021-02130-4.
215. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders 2024. Geneva: World Health Organization; 2024. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf>.
216. Schmidt LA, Room R. Harm per litre: is it relevant for the alcohol harm paradox? *Addiction*. 2012;107(12):1957–9. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.03967.x.
217. Livingston JD. Structural stigma in health care contexts for people with mental health and substance use issues: A literature review. Ottawa: Mental Health Commission of Canada; 2020. .
218. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Children of Alcoholics (FactsforFamilies,No.017).[dateunknown]. Availablefrom: https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Children-Of-Alcoholics-017.aspx.
219. International Agency for Research on Cancer (IARC). Alcohol and Cancer. 2025. Available from: <https://www.iarc.who.int/reference/alcohol-and-cancer/>. [Çevrimiçi]
220. Rumgay H, Shield K, Charvat H, Ferrari P, Sornpaisarn B, Obot I, Islami F, Lemmens VEP, Rehm J, Soerjomataram I. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. *Lancet Oncol*. 2021;22(8):1071-1080. doi:10.1016.
221. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2024. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>.

222. Barbería-Latasa M, Gea A, Martínez-González MA. Alcohol, drinking pattern, and chronic disease. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3):1363. doi:10.3390/ijerph19031363.
223. Smith JP, Book SW. Comorbidity of generalized anxiety disorder and alcohol use disorders among individuals seeking outpatient substance abuse treatment. *Addict Behav*. 2010;35(1):42–45. doi:10.1016/j.addbeh.2009.07.002.
224. National Committee for Drug Abuse Statistics. Drug Abuse Statistics 2025. 2025 [cited 2025 Aug 19]. Available from: <https://drugabusestatistics.org>.
225. Mosel S. Alcohol Addiction & Abuse: Signs, symptoms, and treatment. American AddictionCenters.2025May22. .

8.EKLER

TRABZON İLİNDE YAŞAYAN 20 YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERDE TÜTÜN ÜRÜNLERİ KULLANIMI,ALKOL KULLANIMI, ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU PREVALANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından, Trabzon ilinde yaşayan 20 yaş ve üstü bireylerde tütün ürünleri kullanımı, alkol kullanımı ve alkol kullanım bozukluğu prevalanslarının (sıklığının) belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel çalışma amacıyla kullanılacaktır ve üçüncü bir kişiyle paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Ankette ad, soyad, telefon numarası gibi kişisel bilgileriniz ile ilgili sorular yer almamaktadır. Lütfen bu bilgileri anketin herhangi bir yerine yazmayınız.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacılar:

Araş. Gör. Dr. Hilal ÇANKAYA

Dr. Öğr. Üyesi Serdar KARAKULLUKÇU

Araş. Gör. Dr. Behiye ŞAHBAZ

Araş. Gör. Dr. Ümmügülüm ÖZEL

Prof. Dr. Nazım Ercüment BEYHUN

Dr. Öğr. Üyesi Sevil TURHAN

KTÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Tel: 0462 377 51 28

☐ Çalışmaya katılmayı onaylıyorum

SOSYODEMOGRAFİK VE KİŞİSEL ÖZELLİKLER

1. Yaşınız?
2. Cinsiyetiniz? ☐ Kadın ☐ Erkek
3. Medeni durumunuz? ☐ Evli ☐ Bekar
4. Çocuğunuz var mı? ☐ Hayır ☐ Evet.....tane var
5. Eğitim durumunuz nedir? En son mezun olduğunuz okulu belirtiniz.
☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul
☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora
6. Nerede ikamet ediyorsunuz?
☐ Kendi evim ☐ Kiralık daire ☐ Diğer..... (lütfen belirtiniz.)
7. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
☐ Yalnız ☐ Eş ☐ Anne ☐ Baba
☐ Kardeş ☐ Çocuk ☐ Büyükanne ☐ Büyükbaba
☐ Torun ☐ Gelin ☐ Damat ☐ Diğer Akrabalarım
☐ Arkadaş ☐ Diğer..... (lütfen belirtiniz.)

Meslek, alınan eğitim sonucunda kazanılan yetkinliktir. İş gelir elde etmek için yapılan uğraş, eylemdir. Lütfen aşağıdaki soruları bu bilgiye göre yanıtlayınız.

8. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
☐ Evet, aktif çalışıyorum. ☐ Emekliyim, bir işte çalışıyorum
☐ Öğrenciyim, bir işte çalışmıyorum ☐ Emekliyim, bir işte çalışmıyorum
☐ Öğrenciyim, bir işte çalışıyorum ☐ Geçici işçiyim
☐ Ev hanımıyım ☐ İşsizim
☐ Diğer (lütfen belirtiniz.)

9. Mesleğiniz nedir?

- ☐ Meslek sahibi değilim
- ☐ Yönetici
- ☐ Profesyonel meslek mensubu (mühendis, öğretmen, hekim, hemşire, ebe, eczacı, psikolog, akademisyen, müzisyen, din görevlisi)
- ☐ Teknisyen/ Tekniker (tesisatçı, elektrik teknisyeni, sağlık teknisyeni, acil tıp teknisyeni, bilişim teknisyeni, makine teknisyeni, oto mekanik teknisyeni veya teknikeri)
- ☐ Büro hizmetlerinde çalışan (sekreter, muhasebeci, memur, bankacı)
- ☐ Hizmet ve satış elemanı (polis, güvenlik görevlisi, kuaför, berber, çaycı, kurye, garson)
- ☐ Nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünleri çalışanı (çiftçi, balıkçı, arıcı)
- ☐ Esnaf / Sanatkar (esnaf, fırıncı, mobilyacı, bakkal, ayakkabıcı, camcı, mermerci, gümüşçü, kuyumcu, kasap, boyacı, marangoz)
- ☐ Şoför/ Makine operatörü
- ☐ Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışan (işçi, temizlik görevlisi, site görevlisi)
- ☐ Silahlı kuvvetler mensubu

9. Kişisel aylık geliriniz ne kadar? Lütfen belirtiniz.....TL

10. Ailenizin toplam aylık geliri ne kadar? Lütfen belirtiniz. TL

11. Doktor tarafından tanısı konmuş uzun süreli (kronik) hastalığınız var mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Hayır | ☐ Şeker hastalığı (Diyabet) | ☐ Yüksek tansiyon |
| ☐ Karaciğer hastalıkları | ☐ Böbrek hastalıkları | ☐ Mide hastalıkları (Reflü, gastrit) |
| ☐ Kanser | ☐ Kas, iskelet sistemi hastalıkları | ☐ Akciğer hastalıkları (Astım, Bronşit) |
| ☐ Tiroid hastalıkları | ☐ Kalp hastalıkları (Ritim bozukluğu, doğuştan kalp hastalığı vb.) | |
| ☐ Diğer (lütfen belirtiniz.) | | |

12. Doktor tarafından tanısı konmuş psikiyatrik hastalığınız var mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Hayır | ☐ Depresyon | ☐ Yaygın Anksiyete bozukluğu |
| ☐ Panik bozukluk | ☐ Obsesif kompulsif bozukluk | ☐ Hiperaktivite bozukluğu |
| ☐ Bipolar Affektif Bozukluk | ☐ Sosyal fobi | ☐ Travma Sonrası Stres Bozukluğu |
| ☐ Erişkin dikkat eksikliği | ☐ Diğer (Lütfen belirtiniz)..... | |

13. Doktor tarafından reçete edilen düzenli kullandığınız bir ilaç var mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☐ Hayır | ☐ Analjezik | ☐ Miyorelaksan | ☐ Antihipertansif |
| ☐ Antidiyabetik | ☐ Antihistaminik | ☐ Kemoteropatik | ☐ Antikoagülan |
| ☐ Antiaritmik | ☐ Antipiretik | ☐ Antipsikotik | ☐ Anksiyolitik |
| ☐ Antidepresan | ☐ PPI/Antiasit | ☐ Antilipidemik | |
| ☐ NSAİ | ☐ Hormonal | ☐ Diğer (lütfen belirtiniz.) | |

TÜTÜN ÜRÜNLERİ KULLANIM DURUMU

14. Yaşamınız boyunca hiç tütün ürünü (sigara, sarma sigara, pupo, pipo, nargile, çiğnemelik tütün enfiye tütün, Maraş otu, ısıtılmış tütün, e-sigara gibi) kullandınız mı?

☐ Yaşamım boyunca hiçbir tütün ürününü kullanmadım

☐ Yaşamım boyunca 1 kez tütün ürünlerini denemek için kullandım.

(Denediğiniz tütün ürününü lütfen belirtiniz.....)

☐ Bıraktım (Bıraktığınız tütün ürünlerini kaç ay/yıl boyunca kullandığınızı belirtiniz.)

- | | |
|--|---|
| ☐ Sigara ay/yıl boyunca kullandım. Günde ortalama adet olarak kullandım | |
| ☐ Sarma sigara ay /yıl boyunca kullandım. Günde ortalama adet olarak kullandım | |
| ☐ E-sigara.....ay/yıl | |
| ☐ Puro, pipo ay/yıl | ☐ Nargile ay/yıl |
| ☐ Çiğnemelik tütün ay/yıl | ☐ Enfiye tütün ay/yıl |
| ☐ Maraş otu ay/yıl | ☐ Isıtılmış tütün ay/yıl |

☐ Halen kullanıyorum (Kullandığınız tütün ürünlerini kaç ay /yıldır kullandığınızı belirtiniz.

- | | |
|---|--|
| ☐ Sigara ay/yıldır günde ortalama adet olarak kullanıyorum | |
| ☐ Sarma sigara ay /yıldır günde ortalama adet olarak kullanıyorum | |
| ☐ E-sigara.....ay/yıldır | |
| ☐ Puro, pipo ay/yıl | ☐ Nargile ay/yıl |
| ☐ Çiğnemelik tütün ay/yıl | ☐ Enfiye tütün ay/yıl |
| ☐ Maraş otu ay/yıl | ☐ Isıtılmış tütün ay |

Tütün ürünlerini hiç kullanmadıysanız 15.25.ve 26.Soruyu cevaplayınız alkollü içki kullanım durumu adlı bölüme geçiniz
Tütün ürünlerini bıraktıysanız 16. 17.18. 19.20.21.22.25.26. soruları cevaplayınız ve alkollü içki kullanım durumu adlı bölüme geçiniz .Tütün ürünlerini halen kullanıyorsanız 17-18.19.20.21.22.23.24.25. soruları cevaplayınız ve alkollü içki kullanım durumu adlı bölüme geçiniz.

15.Tütün ürünlerini kullanmıyorsanız kullanmama nedenleriniz nelerdir? Lütfen belirtiniz.

- | | |
|---|---|
| ☐ Maddi imkanının olmaması | ☐ Ailemin kullanmamı istememesi |
| ☐ Tütün ürünleri satın alabileceğim yerlere ulaşamadığımdan | ☐ Arkadaşlarımın kullanmamı istememesi |
| ☐ Çevremdeki kişilerin içmemesi | ☐ Manevi inancıma uygun olmaması |
| ☐ Sağlığıma zarar vermesi/olumsuz etkilemesi | ☐ Sağlığıma korumak |
| ☐ Tütün ürünleri fiyatlarının pahalı olması | ☐ Tütün ürünlerine para harcamak istememem |
| ☐ Bağımlı olmaktan korktuğumdan. | ☐ Kokusunu sevmediğimden |
| ☐ Gerekli görmediğimden. | ☐ Toplumda rol model olmak istediğimden |
| ☐ Tütün ürünleri kullanımına bağlı ciddi hastalığı olan yakınarımdan etkilendiğimden | |
| ☐ Ailemde tütün ürünleri kullanımına bağlı vefat eden kişilerden etkilendiğimden | |
| ☐ Ailemden tütün ürünleri kullanımına bağlı sağlığı olumsuz etkilenen kişilerin olması | |
| ☐ Çevremdeki kişilerin sağlığını korumak/zarar görmesini engellemek | |
| ☐ Özel bir nedeni yok. | ☐ Diğer.....(lütfen belirtiniz) |

16.Tütün ürünlerini kullanmayı bıraktıysanız nedenleri nelerdir?

- | | |
|---|---|
| ☐ Maddi imkanının olmaması | ☐ Ailemin bırakmamı istemesi |
| ☐ Tütün ürünleri satın alabileceğim yerlere ulaşmakta zorlanma | ☐ Arkadaşlarımın bırakmamı istemesi |
| ☐ Çevremdeki kişilerin içmemesi | ☐ Manevi inancıma uygun olmaması |
| ☐ Sağlığıma zarar vermesi/olumsuz etkilemesi | ☐ Sağlığıma korumak |
| ☐ Tütün ürünleri fiyatlarının pahalı olması | ☐ Tütün ürünlerine para harcamak istememem |
| ☐ Bağımlı olmaktan korktuğumdan. | ☐ Kokusunu sevmediğimden |
| ☐ Gerekli görmediğimden. | ☐ Toplumda rol model olmak istediğimden |
| ☐ Tütün ürünleri kullanımına bağlı ciddi hastalığı olan yakınarımdan etkilendiğimden | |
| ☐ Ailemde tütün ürünleri kullanımına bağlı vefat eden kişilerden etkilendiğimden | |
| ☐ Ailemden tütün ürünleri kullanımına bağlı sağlığı olumsuz etkilenen kişilerin olması | |
| ☐ Çevremdeki kişilerin sağlığını korumak/zarar görmesini engellemek | |
| ☐ Özel bir nedeni yok | ☐ Diğer.....(lütfen belirtiniz) |

17.Tütün ürünleri kullanmaya kaç yaşında başladınız? (Lütfen belirtiniz.)

18. Tütün ürünleri kullanım durumunuzu belirtiniz. (Kullanıyorsanız son 30 günü düşündüğünüzde ne sıklıkla kullandığınızı belirtiniz.)						
	Her gün kullanıyorum	Her günden seyrek kullanıyorum	Ara sıra sosyal ortamda kullanıyorum	Son 30 günde hiç içmedim	Daha önce kullandım, bıraktım	Yaşamım boyunca hiç kullanmadım
Sigara						
Sarma sigara						
Puro, pipo						
Nargile						
Çiğnemelik tütün						
Enfiye tütün						
Maraş otu						
Isıtılmış tütün						
E-sigara						

19. Tütün ürünleri kullanma sebepleriniz nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- | | |
|--|--|
| ☐ Keyif alma/eğlenmek için | ☐ Aile bireylerinin vefatından duyduğum üzüntü |
| ☐ Stres/ Sıkıntı | ☐ Arkadaş/arkadaşlarımın vefatından duyduğum üzüntü |
| ☐ Kullananlara özenme | ☐ Ailemden uzakta kalmak |
| ☐ Sosyal ortama uyum sağlamak | ☐ Ekonomik sorunlarım olması |
| ☐ Çevremdeki kişilerin içmesi | ☐ Yaşadığım travmalar |
| ☐ Çevreden gelen ikram | ☐ Yaşadığım ortamın değişmesi |
| ☐ Gerginliğimi azaltmak | ☐ Endişelerimi unutmak |
| ☐ Özel bir nedeni yok | ☐ Diğer(Lütfen belirtiniz.) |

20. Tütün ürünlerini bırakmak için hiç profesyonel yardım aldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

21. Daha öncesinde tütün ürünlerini bırakmak için profesyonel yardım aldıysanız en son ne zaman profesyonel destek aldığınızı belirtiniz.....

22. Profesyonel destek aldıysanız hangi yollarla profesyonel yardım aldığınızı belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Üniversitelerdeki Sigara Bırakma Poliklinikleri ☐ ALO 171 Sigara Danışma Hattı
☐ Özel sağlık kuruluşu ve muayenehaneler ☐ Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM)
☐ 115 YEDAM Danışma Hattı ☐ Diğer

23. Tütün ürünlerini bırakmak istiyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

24. Tütün ürünlerini ne kadar sürede bırakmayı planlıyorsunuz?

- ☐ En çok bir ay içerisinde ☐ Gelecek 1-6 ay içerisinde ☐ Gelecek yılda
☐ Diğer (Lütfen belirtiniz.)

25. Çevrenizdeki kişilerin sigara/sarma sigara kullanım durumunu belirtiniz

	Sigara Kullanıyor	Sigarayı Bıraktı	Sigara Hiç Kullanmadı	E-sigara Kullanıyor	E-sigara Bıraktı	E-sigara Hiç kullanmadı
Anne	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Baba	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kardeş	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Torun	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Büyükanne	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Büyükbaba	☐	☐	☐	☐	☐	☐
En yakın iş arkadaşınız	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Özel yakın arkadaş/sevgili/eş	☐	☐	☐	☐	☐	☐
En yakın arkadaşınız	☐	☐	☐	☐	☐	☐

26. Pasif tütün dumanına (başkalarının kullandığı tütün dumanına) hangi ortamlarda maruz kalıyorsunuz?

- ☐ Arkadaşların evi ☐ Yaşadığınız yer (Ev, Apart, Yurt...)
☐ Kırsal açık alanlar (piknik, orman, mesire alanları vs) ☐ Kentsel açık alanlar (Sokak, park.....)
☐ Kafe/restoran açık alanları ☐ Eğlence mekanları

ALKOLLÜ İÇKİ KULLANIM DURUMU

27. Yaşamınız boyunca hiç alkollü içki kullandınız mı?

- ☐ Hayır
☐ Evet

(Alkollü içki yaşamınız boyunca hiç kullanmadıysanız 35. ve 36 soruyu cevaplayınız.

Alkollü içki daha önce kullanıp bıraktıysanız, halen kullanıyorsanız veya yaşamınız boyunca en az bir kez denediyseniz 28.

Sorudan 36. Soruya kadar tüm soruları lütfen cevaplayınız.)

28. Alkollü içki kullanma durumunuzu ve ne kadar süre (ay/yıl) alkollü içki kullandığınızı belirtiniz.

- ☐ Alkollü içki ay/yıldır kullanıyorum.
☐ Daha önce alkollü içki ay/yıl kullandım, bıraktım
☐ Yaşamım boyunca 1 kez denemek için kullandım.

29. Son 1 yılda alkollü içki kullandınız mı?

- ☐ Hayır
☐ Evet

30. Şu anda alkollü içki kullanıyor musunuz?

- ☐ Kullanıyorum
☐ Kullanmıyorum
☐ Kullanıyordum, bıraktım

31. Alkollü içki kullanmaya kaç yaşında başladınız?.....(lütfen belirtiniz.)

*Bir kadeh şarap, bir kutu bira, bir çay bardağı rakı (sulandırılmamış) eşit miktarda alkol içermektedir. Bunların tümü “bir standart içki” olarak adlandırılmaktadır. Bir standart içkide 8-13 gram (ortalama 10 gram) alkol vardır.



32. Aşağıdaki soruları **alkollü içki ifadesi için *bir standart içkiyi** baz alarak cevaplayınız.

1. Alkollü içecekleri ne sıklıkta kullanırsınız?	
☐ Hiçbir zaman	☐ Ayda bir veya daha az ☐ Haftada bir veya daha az
☐ Haftada 2-4 kez	☐ Haftada 5 kez veya daha fazla
2. Alkol aldığınız zaman günde kaç standart içki içersiniz? (Bir standart içki yukarıda belirtilmiştir.)	
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3-4 ☐ 5-6 ☐ 7 veya daha fazla	
3. Bir seferde 6 veya daha fazla standart içki içme sıklığınız ne kadardır?	
☐ Hiçbir zaman	☐ Ayda bir kezden az ☐ Her ay ☐ Her hafta ☐ Her gün veya yaklaşık her gün
4. Geçtiğimiz yıl içinde kaç kez içmeye başladıktan sonra alkol alımını durduramadınız?	
☐ Asla	☐ Ayda 1 kereden az ☐ Her ay ☐ Her hafta ☐ Her gün veya yaklaşık her gün
5. Geçen yıl içinde alkollü içki içmeniz nedeniyle normalde sizden bekleneni yapmakta kaç kez başarısız oldunuz?	
☐ Asla	☐ Ayda 1 kereden az ☐ Her ay ☐ Her hafta ☐ Her gün veya yaklaşık her gün
6. Geçen yıl fazla alkollü içki içtiğiniz bir gecenin sabahında kendinize gelebilmek için alkollü bir içki almanız kaç kez gerekti?	
☐ Asla	☐ Ayda 1 kereden az ☐ Her ay ☐ Her hafta ☐ Her gün veya yaklaşık her gün
7. Geçen yıl kaç kez alkollü bir içki içtikten sonra suçluluk veya pişmanlık duyduğunuz oldu?	
☐ Asla	☐ Ayda 1 kereden az ☐ Her ay ☐ Her hafta ☐ Her gün veya yaklaşık her gün
8. Geçen yıl içinde ne sıklıkta alkollü içki içtiğiniz için ertesi sabah bir önceki gece olanları hatırlayamadınız?	
☐ Asla	☐ Ayda 1 kereden az ☐ Her ay ☐ Her hafta ☐ Her gün veya yaklaşık her gün
9. Siz veya bir başkası sizin alkol almanız yüzünden yaralandı mı?	
☐ Hayır	☐ Evet, geçen yıl içinde ☐ Evet, fakat geçen yıl değil
10. Bir arkadaşınız, bir doktor veya başka bir sağlık çalışanı size alkol almayı kesmenizi önerdi mi?	
☐ Hayır	☐ Evet, geçen yıl içinde ☐ Evet, fakat geçen yıl değil

32. Son bir ayda bir seferde 6 veya daha fazla standart içki içtiniz mi?

☐ Evet ☐ Hayır

33. Alkollü içki **kullanma** nedeniniz aşağıdakilerden hangisi/hangileridir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- | | |
|--|--|
| ☐ Keyif alma/eğlenmek için | ☐ Aile bireylerinin vefatından duyduğum üzüntü |
| ☐ Stres/ Sıkıntı | ☐ Arkadaş/arkadaşlarımın vefatından duyduğum üzüntü |
| ☐ Kullananlara özenme | ☐ Ailemden uzakta kalmak |
| ☐ Sosyal ortama uyum sağlamak | ☐ Ekonomik sorunlarım olması |
| ☐ Çevremdeki kişilerin içmesi | ☐ Yaşadığım travmalar |
| ☐ Çevreden gelen ikram | ☐ Yaşadığım ortamın değişmesi |
| ☐ Gerginliğimi azaltmak | ☐ Endişelerimi unutmak |
| ☐ Özel bir nedeni yok | ☐ Diğer(Lütfen belirtiniz.) |

34. Alkollü içki **kullanmayı bırakma** nedeniniz aşağıdakilerden hangisi / hangileridir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- | | |
|--|---|
| ☐ Maddi imkanımın olmaması | ☐ Ailemin bırakmamı istemesi |
| ☐ Alkollü içki satın alabileceğim yerlere ulaşmakta zorlanma. | ☐ Arkadaşlarımın bırakmamı istemesi |
| ☐ Çevremdeki kişilerin içmemesi | ☐ Manevi inancıma uygun olmaması |
| ☐ Sağlığımı zarar vermesi/olumsuz etkilemesi | ☐ Sağlığımı korumak |
| ☐ Alkollü içki fiyatlarının pahalı olması | ☐ Alkollü içkiye para harcamak istememem |
| ☐ Bağımlı olmaktan korktuğumdan. | ☐ Kokusunu sevmediğimden |
| ☐ Gereklili görmediğimden. | ☐ Toplumda rol model olmak istediğimden |
| ☐ Alkollü içki kullanımına bağlı ciddi hastalığı olan yakınlarımdan etkilendiğimden | |
| ☐ Ailemde alkole bağlı vefat eden kişilerden etkilendiğimden | |
| ☐ Ailemden alkole bağlı sağlığı olumsuz etkilenen kişilerin olması | |
| ☐ Çevremdeki kişilerin sağlığını korumak/zarar görmesini engellemek | |
| ☐ Özel bir nedeni yok. | ☐ Diğer.....(Lütfen belirtiniz) |

35. Alkollü içki kullanmama nedeniniz aşağıdakilerden hangisi / hangileridir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- | | |
|---|---|
| ☐ Maddi imkanının olmaması | ☐ Ailemin kullanmamı istememesi |
| ☐ Alkollü içki satın alabileceğim yerlere ulaşmakta zorlanma. | ☐ Arkadaşlarımın kullanmamı istememesi |
| ☐ Çevremdeki kişilerin içmemesi | ☐ Manevi inancıma uygun olmaması |
| ☐ Sağlığıma zarar vermesi/olumsuz etkilemesi | ☐ Sağlığımyı korumak |
| ☐ Alkollü içki fiyatlarının pahalı olması | ☐ Alkollü içkiye para harcamak istememem |
| ☐ Bağımlı olmaktan korktuğumdan. | ☐ Kokusunu sevmediğimden |
| ☐ Gerekli görmediğimden. | ☐ Toplumda rol model olmak istediğimden |
| ☐ Alkollü içki kullanımına bağılı ciddi hastalığı olan yakınlarımdan etkilendiğimden | |
| ☐ Ailemde alkole bağılı vefat eden kişilerden etkilendiğimden | |
| ☐ Ailemden alkole bağılı sağlığı olumsuz etkilenen kişilerin olması | |
| ☐ Çevremdeki kişilerin sağlığını korumak/zarar görmesini engellemek | |
| ☐ Özel bir nedeni yok. | ☐ Diğer.....(lütfen belirtiniz) |

36. Yakın çevrenizdeki kişilerin alkollü içki kullanma durumunu belirtiniz.

	Kullanıyor Kullanıyordu	Bıraktı	Yaşamı Boyunca Hiç kullanmadı
Anne	☐	☐	☐
Baba	☐	☐	☐
Kardeş	☐	☐	☐
Çocuk	☐	☐	☐
Torun	☐	☐	☐
Büyükanne	☐	☐	☐
Büyükbaba	☐	☐	☐
En yakın iş arkadaşınız	☐	☐	☐
Özel yakın arkadaş/sevgili/eş/nişanlı	☐	☐	☐
En yakın arkadaşınız	☐	☐	☐



T.C.
TRABZON VALİLİĞİ
İl Sosyal Etüt ve Proje Müdürlüğü

Sayı : E-34043641-000-46893
Konu : İzin Talebi

07.07.2023

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 21.06.2023 tarih ve 66387 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği; Bağımlılıkla Mücadele Komisyonu Koordinatörü Prof.Dr. Murat TOPBAŞ ile koordinatör yardımcısı Prof. Dr. N.Ercüment BEYHUN sorumluluğunda "Trabzon İline deprem nedeniyle gelmek zorunda kalan 20 yaş ve üstü depremzedeler" ile "Trabzon ilimizde yaşayan 20 yaş ve üzeri erişkinlerde tütün kullanımı, alkol kullanımı ve alkol kullanım bozukluğu ve teknoloji bağımlılığı" konulu çalışmanın yürütülmesi amacıyla yapacağı saha çalışmasının Valiliğimizce uygun görüldüğüne dair valilik onayı ve Trabzon'da yaşayan 20 yaş ve üstü depremzedelerin sayılarını içerir tablo yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgi ve gereğini rica ederim.

Dr. Ali YILMAZ
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek:
1- Onay
2- Tablo

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: OxLRuD-cP63K1-YRnfWy-Td7zQj-WpGDRYPd Doğrulama Linki: <https://www.turkiye.gov.tr/icisleri-ebys>

Trabzon Valiliği
Telefon No: (462)230 19 40 Dahili: 122 Faks No: (462)230 19 64
e-Posta: sosyaletutproje@trabzon.gov.tr İnternet Adresi: <https://www.e-icisleri.gov.tr>
Kep Adresi: icisleribakanligi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Filiz KAZAN
Şef
Telefon No:462 230 19 66-240

