

T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GÖĞÜS HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Celal KARLIKAYA

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÖĞRENCİLERİNİN SİGARA İLE İLGİLİ BİLGİ,
TUTUM VE DAVRANIŞLARI

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Levent ÖZDEMİR

EDİRNE-2007

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrubesinden yararlandığım Prof. Dr. Tuncay Çağlar'a; tezimin hazırlanmasında, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, tez danışmanım Doç. Dr. Celal Karlıkaya'ya, klinik eğitimindeki katkılarından dolayı Prof. Dr. Osman Nuri Hatipoğlu'na, Doç. Dr. Erhan Tabakoğlu'na, Yrd. Doç. Dr. Gündeniz Altıay'a, Yrd. Doç. Dr. Ebru Çakır Edis'e; tezimin her aşamasında bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Necdet Süt'e, çalışmaktan zevk aldığım tüm asistan arkadaşlarıma, hemşire ve diğer yardımcı personele katkılarından dolayı çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
SİGARA EPİDEMİYOLOJİSİ	3
SİGARANIN İÇERİĞİ	7
SİGARA KULLANIMININ SAĞLIĞA ETKİLERİ	9
SİGARANIN BIRAKILMASININ SAĞLIK AÇISINDAN YARARLARI ...	15
SİGARA İÇMEYLE İLİŞKİLİ MALİYETLER	16
TÜTÜN KONTROLÜ	17
TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE TÜTÜN EĞİTİMİ VE KONTROLÜ	19
SİGARANIN BIRAKILMASINA YÖNELİK TEDAVİDEKİ GÜNCEL YAKLAŞIMLAR	24
GEREÇ VE YÖNTEMLER	26
BULGULAR	29
TARTIŞMA	41
SONUÇLAR	49
ÖZET	51
SUMMARY	53
KAYNAKLAR	55
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

- ÇSD** : Çevresel sigara dumanı
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- IUATLD** : The Tobacco and Health Committee of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease
- KAH** : Koroner arter hastalığı
- KHAK** : Küçük hücreli akciğer kanseri
- KHDAK** : Küçük hücreli dışı akciğer kanseri
- KOAH** : Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

GİRİŞ VE AMAÇ

Tütün kullanımı tüm dünyada insan sağlığını tehdit eden en önemli etkenlerden biridir. Başta sigara olmak üzere tütün ürünlerinin kullanılması ciddi hastalıklara ve ölümlere yol açmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tahminlerine göre dünya çapında 1.3 milyar kişi sigara içmektedir. Sigara içen nüfusun büyük bir bölümü (800 milyon) gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır ve çoğu (700 milyon) erkektir (1). Özellikle bizim gibi sigara içme sıklığının gittikçe yükseldiği ülkelerde sigaraya karşı etkinlikler acilen artırılmalıdır. Çoğu sigara içicisi, hekime gelmek zorunda kaldığından bu problemle savaşta özellikle birinci basamak hekimler önemli rol oynar. Sigara karşıtı tutum ve davranışlarıyla tütün bağımlılığı ile savaşta büyük katkıda bulunmaları beklenen tıp doktorları arasında sigara içme alışkanlığının oldukça yaygın olduğu ve sigara alışkanlığı açısından genel popülasyondan anlamlı fark saptanmadığı bildirilmektedir.

Geleceğin tıp doktorlarını sigaraya karşı eğitmek toplumda sigara savaşına en çok katkısı olacak etkinliklerin başında gelmektedir.

Türkiye'de tıp fakültelerinde tütün kontrolü eğitimi artık kaçınılmaz bir gereksinimdir. Genel popülasyon ve tıp doktorlarının yarısı sigara içmektedir ve tütün ile ilgili birçok ulusal kampanyalar yapılmaktadır (2). Türkiye'de tıp fakültelerinde bu konu ile ilgili standart bir öğretim programı başlatabilmek için özellikle öğrencilerin tütün eğitimi konusunda bilgilenmeleri gerekmektedir. Birçok araştırma Türkiye'deki tıp öğrencilerinin ve tıp doktorlarının tütünün sağlık etkileri ile ilgili öğretilerini konusunda yetersiz olduğu saptanmıştır (2).

Bizim çalışmamızın amacı, tıp fakóltesi öğrencilerinin sigara içme prevalansını ve sigaraya karşı bilgi, tutum ve davranışlarını araştırmak, eğitim gereksinimlerini saptamak ve uygun yöntemleri geliştirecek bilgi üretmektir.

GENEL BİLGİLER

SİGARA EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünyada Sigara İçme Sıklıkları

DSÖ'nün tahminlerine göre, dünya çapında 1.3 milyar kişi sigara içmektedir; bu sayı 15 yaş ve üzerindeki tüm dünya nüfusunun üçte birini oluşturmaktadır. Sigara içen nüfusun büyük bir bölümü (800 milyon) gelişmekte olan ülkelerde yaşamakta ve yine büyük kısmını erkekler oluşturmaktadır (700 milyon). Dünya çapında erkeklerin %47 kadarının, kadınlarında %12'sinin sigara içtiği tahmin edilmektedir (1).

DSÖ'nün 1990'lı yıllar için sigara içme sıklığı tahminleri gelişmiş ülkelerde erkeklerde %42, kadınlarda %24, gelişmekte olan ülkelerde ise erkeklerde %48, kadınlarda %7 dir. Yine DSÖ'nün elde edilen en son veriler ışığında 2002 yılında yaptığı tahminlere göre gelişmiş ülkelerde erkeklerin %35'i, kadınların %22'si sigara içerken gelişmekte olan ülkelerde erkeklerin %50'si, kadınların %9'u sigara içmektedir (3,4). Sigara içme sıklığının gelişmiş ülkelerde azalma eğiliminde olduğu, gelişmekte olan ülkelerde ve kadınlar arasında yaygınlaştığı söylenebilir.

Sigara içme oranları bölgeler ve aynı bölgede yer alan ülkeler arasında büyük farklılık göstermektedir. 1998 verilerine göre dünyada en çok sigara tüketen beş ülke Çin, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Japonya, Rusya, Endonezya olarak sıralanmaktadır (5). Dünya çapında tüketilen sigaraların üçte biri Çin'de tüketilmektedir. Çin'li erkeklerin %63'ü kadınların ise %4'ü sigara içmektedir (6). 1999 sağlık taraması sonuçlarına göre ABD'de erişkinlerde toplam sigara içme sıklığı %23.5, erkeklerde %25.7, kadınlarda %21.5'tir (7). Avrupa ülkelerinin sigara içme durumları değerlendirildiğinde ise 1920 – 1960 döneminin

sigara açısından artışlarla seyrettiği, bir süre aynı düzeyde devam edip sonraları düşüş gösterdiği dikkati çekmektedir. 1975 – 1990 yılları arasında Finlandiya, İsveç, İngiltere, Belçika, Hollanda ve İsviçre'nin de aralarında bulunduğu 12 Avrupa ülkesinde sigara tüketiminde istikrarlı bir düşüş gözlenmiştir. Sigara kullanımı Güneydoğu ve Orta Avrupa ülkelerindeki erkeklerde yüksek, kadınlarda ise düşüktür. Kadınlarda sigara içenlerin sıklığı yükselme eğilimindedir. Kuzey ve Batı Avrupa'da erkekler ve kadınlar arasında sigara içenlerin yüzdesi düşmektedir. Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinin birçoğunda erkeklerin %50'si, kadınların %30'u sigara içmektedir (8). Erişkin erkeklerin neredeyse yarısının sigara içtiği Avrupa'da prevalans Rusya federasyonundaki erkeklerde %63 ile İsveç'teki erkeklerde %17 arasında değişmektedir (9).

Her gün dünyada 15 milyar adet sigara tüketilmektedir (5). Kişi başına tüketilen sigara miktarları yönünden en riskli ülkeler 2500 ve üstünde sigara tüketimi ile İspanya, Macaristan, İsviçre ve Bulgaristan'dır. Bu ülkeleri yıllık kişi başına 1500 – 2500 adet ile Rusya, Çin, Avustralya, Avrupa ülkelerinden pek çoğu, ABD ve Kanada izlemektedir. ABD gerek sigarayı bırakanların oranındaki düşme gerekse ileriye dönük tahminlerdeki en fazla azalma gösteren ülke olsa da nüfusun fazlalığı halen kişi başına tüketimde ilk sırada yer almasına engel olamamaktadır (5). Sigara tüketimi ile ilgili mevcut verilere göre sigarayı bırakanların yüzdesi ABD'de %40 ve üzerindedir. Meksika, Çin, Almanya, Finlandiya'da sigara bırakanların yüzdesi %10 - 19 arasındadır. Rusya, Estonya, Mısır, Sudan, Suudi Arabistan ise sigarayı bırakanların %10'dan az olduğu ülkelerdir (10).

Sigara tüketimindeki değişiklikler konusunda elde edilen verilerden yararlanılarak yapılan projeksiyonlar sonucunda 1998 ile 2008 yılı karşılaştırıldığında Yeni Zelanda ve İngiltere'de %20 ve üzerinde azalma olacağı, bu azalmanın ABD, Macaristan, Fransa, Portekiz ve İspanyada %10 - 20 arasında olacağı, Kanada, Hindistan ve pek çok Avrupa ülkesinde azalmanın %10'un altında kalacağı ifade edilmektedir. En fazla artışların ise Brezilya, Venezuela, Norveç ve Pakistan'da %30 ve üzerinde olacağı tahmin edilmektedir. Çin, Rusya, Arjantin, Kolombiya artışların %10'un altında kalacağı ülkeler olarak tahmin edilmektedir (11).

Gelişmiş ülkelerde ve erkeklerde sigara içme sıklıkları azalırken kadınlarda ve gelişmekte olan ülkelerde artışlar gözlenmektedir. Sigaraya başlama daha genç yaşlara kaymakta ve gelecek için daha tehlikeli sonuçlara yol açmaktadır. İleriki yıllar sigaranın özellikle gelişmekte olan ülkelerin önemli bir sağlık sorunu olacağına işaret etmektedir. Nüfus artışlarının yüksek olması, kadınların sosyal tabularının yıkılması, sağlık konusundaki bilgisizlik ve kontrol yöntemlerinin yetersizliği bu ülkelerde sorunun tüm hızıyla devam

etmesine neden olacaktır. Kontrol yöntemlerinin yetersizliğinden yararlanan sigara firmalarının bu ülkelere olan saldırgan politikaları da göz ardı edilmemelidir (12).

Sigara epidemisinin en önemli noktalarından birisi de sigaraya başlama yaşlarıdır. Gelişmekte olan ülkelerde sigaraya başlama yaşı 12-16'dır. Hergün dünyada 80.000-100.000 gencin sigara bağımlısı olduğu bildirilmektedir (13). 1999 yılında yapılan bir çalışmada, gelişmiş ülkelerde 13-15 yaşları arasındaki gençlerde sigara içme oranının %10-33 arasında değişmekte olduğu gösterilmiştir (14). Sigara içen gençlerin yaklaşık dörtte biri ilk sigarasını on yaşına gelmeden içmiştir. Adolosan dönemde sigaranın denenmesi oldukça yaygındır. Yurt dışındaki değişik çalışmalarda lise öğrencileri arasında sigara deneme sıklığı %70.4 ile %78 oranında bildirilmektedir (15,16).

Sigara üreticilerinin reklamları, tütün ürünlerine kolayca ulaşılabilme, düşük fiyatlar, arkadaş ve kardeşlerin sigara içmesi, imaj kaygıları gibi pek çok faktör genç yaşta sigara içme riskini artırmaktadır. Gençler arasında en yüksek sigara içme Orta ve Doğu Avrupa, Hindistan'nın bazı bölümleri ile Batı Pasifik adalarındadır (17). ABD'de sigara içenlerin %80'den fazlasının 18 yaş altında sigaraya başladığı gerçeği, gelecekteki sigara içme eğilimlerinin belirlenmesinde gençlere yönelik faaliyetlerin önemini vurgulamaktadır (18).

Sigara içme sıklığı sosyoekonomik durum, eğitim, yaşanılan bölge gibi faktörlerle ilişkili olarak değişiklikler göstermektedir. Genel olarak sağlık ve yaşam koşullarının iyi olduğu, kişilerin kendi sağlığına önem verdiği, yasal düzenlemelerle kişilerin sağlıklarının iyi korunduğu yerlerde sigaranın sağlık üzerine etkileri iyi bilinmekte ve sigara içme sıklıkları da düşük olmaktadır. Bu açıdan kişilerin eğitim düzeyi önemli bir faktördür. ABD'de 4 yıllık kolej eğitimi alanların %58.9'u hiç sigara denememişken, daha az eğitim almış grupta aynı oran %43.3'tür (19,20). Sigara içme davranışının toplumsal bir davranış olarak görüldüğü gelişmekte olan ülkelerde ise her eğitim seviyesinde sigara içme sıklığı yüksek olmaktadır (12).

Türkiye'de Sigara İçme Sıklıkları

Türkiye'de yapılan çalışmalarda gençlerde ortalama sigaraya başlama yaşları 11-18 arasında bulunmuştur (21,22,23,24). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 1988 yılında yapılan PİAR araştırmasına göre 15 yaş üstü nüfusta sigara içme sıklığı erkeklerde %62.8, kadınlarda %24.3 ve ortalama %43.6 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada sigara içme ölçütü paket taşıma olarak alınmıştır. Bu nedenle sigara içme düzeyinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Aynı çalışmada sigara içmeyenlerin %14'ünün bir dönem sigara içip bıraktıklarını göstermiştir (25). 1993 yılında yapılan BİGTAŞ (26) araştırmasında 20 yaş

üzerinde erkeklerde %57.8, kadınlarda %13.5 ve ortalama %33.6 olarak saptanmıştır. En yüksek sigara içme sıklığı %39 ile Trakya'da, en düşük sigara içme sıklığı ise %29 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesindedir. Ayrıca sigara içme sıklığı köylerde oturanlarda %29.1, kentlerde oturanlarda ise %36.9 olarak tespit edilmiştir. Emri ve arkadaşlarının (27) 2002 çalışmasına göre ülke genelinde 15 yaş üstü erişkin nüfusta sigara içme sıklığı erkeklerde %50.9, kadınlarda %10.9 ve ortalama %35.8 olarak bildirilmiştir. Yakın zamandaki bir başka çalışmada (28) ise 20 yaş ve üzerindeki popülasyonda erkeklerde %50.9, kadınlarda %10.9 olarak saptanmıştır. Türkiye Kardiyoloji Derneği tarafından 1990'dan beri yürütülen TEKHARF çalışmasına göre ise erişkin erkeklerin %59.4'ü, kadınların %18.9'u sigara içicisidir. 2000 yılındaki taramalarında erkeklerde sigara içme sıklığı %11 azalmışken özellikle genç kadınlarda artış olduğu bildirilmektedir (29,30).

Ülkemizin içinde bulunduğu Doğu Avrupa bölgesi halen dünyada tütüne bağlı yıllık ölümlerin %25'inden sorumludur ve 2020 yılında bu bölgedeki erişkin erkekler dünyada erken ölüm riski en yüksek grup olarak görülmektedir (31). Ülkemizde gençlerde yapılan prevalans çalışmalarında ortaokul ve lise öğrencilerinde toplam %10-43, üniversite öğrencilerinde %21.2- 48.2 içicilik saptanmıştır (32).

Dünya'da ve Türkiye'deki Tıp Fakültelerinde Sigara İçme Sıklıkları

Uluslararası Verem Savaş Dernekleri Birliği (IUATLD), DSÖ, Amerikan Kanser Derneği ve Uluslararası Kanser Savaş Birliği tarafından 42 ülkede 51 tıp fakültesinde 9000'in üzerinde tıp fakültesi öğrencisinde yapılan araştırmalar sonucunda tıp öğrencilerinde sigara içme prevalansı erkeklerde %0-48, kızlarda %0-22 olarak bulunmuştur (33,34,35).

Daha önce yapılmış çalışmalarda tıp fakültesi öğrencilerinde sigara içme sıklığı erkekler arasında, Avustralya'da %2, Afrika ve Orta Doğu'da %22, Japonya'da %65 olarak, kızlarda Asya ve ABD'de %0-2, Avrupa'da %22 olarak tespit edilmiştir (36,37,38).

10 Afrika ülkesi ve Orta Doğu'daki tıp fakültesi erkek öğrencileri arasındaki sigara içme sıklığı %29, kızlarda %10 olarak saptanmıştır. Asya'da 9 ülke 15 tıp fakültesinde sigara içme sıklığı erkeklerde %22-35, kızlarda %2-4.6 olarak saptanmıştır (39). Asya ve Afrika'da kız tıp öğrencilerinde sigara içme oranının erkeklerden düşük olduğu ve bu durumun muhtemelen kültürel baskıyı yansıttığı düşünülmektedir (34).

Türkiye'de tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan araştırmalarda Cumhuriyet Üniversitesi - 1984 erkeklerde %42, kızlarda %25; Anadolu Üniversitesi - 1989 erkeklerde %48, kızlarda %29 (40); Akdeniz Üniversitesi - 1992 erkeklerde %41.8, kızlarda %25.5 (41); İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi - 1993 - 1995 erkeklerde %18 - 20.8, kızlarda %5 - 8.4 (42,43);

Kocabaş ve ark.larının Türkiye'deki 7 Tıp Fakültesinde yaptığı çok merkezli çalışmaya göre sigara içme sıklığı erkeklerde %26.2 – 35, kızlarda %5.4 – 13.8 (44); Karadeniz Teknik Üniversitesi – 1996 erkeklerde %38.5, kızlarda %17.7 (45); Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi - 1999 erkeklerde %40.4, kızlarda %21.8 (46); Dokuz Eylül Üniversitesi - 2004 erkeklerde %45.6, kızlarda %29.1 (47); Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi – 2004 erkeklerde %35.5, kızlarda %13.8 (48). Türkiye'de tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan araştırmalar sigara içme sorununun halen ciddi boyutta olduğunu göstermektedir.

SİGARANIN İÇERİĞİ

Sigara dumanı, içinde farmakolojik olarak aktif, antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik olan 4000'den fazla madde içerir (Tablo 1) (49). Sigara içen ve içmeyen kişiler üzerinde yapılan uzun epidemiyolojik çalışmalar sonucunda Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi'nin (International Agency for Research on Cancer) 2003 yılında yayınladığı raporda sigara dumanı Grup 1 karsinojen olarak sınıflanmıştır (50). Sigara dumanı iki faza ayrılmaktadır; partikül ve gaz fazı. Cambridge glass-fiber filtresi kullanılarak sigara dumanının her iki fazı tanımlanmıştır. Partikül fazı cam fiber filtreden sigara dumanı geçerken içinde hapsolan kısımdan, gaz fazı ise bu filtreden geçen materyalden oluşmaktadır. Katran partikül fazının nem ve nikotin ayrıldıktan sonra geride kalan kahverengi yapışkan bir maddedir. Katran karsinojenik olan polinükleer aromatik hidrokarbonlar içermektedir (51).

Aktif sigara içen kişinin ağzından çıktığı dumana ana duman (mainstream), sigaranın yanan ucundan gelen dumana ise yan duman (sidestream) adı verilmektedir. Ana akım dumanının %92 - 95'i gaz fazındadır ve 1 mL'de 0.3 – 3.3 milyar partikül içerir. Sigaranın çevresel etkisinin çoğu (%85) yan dumanından, çok az bir bölümü ise ana dumandan oluşmaktadır. Yan duman ana duman ile karşılaştırıldığında çok yüksek seviyede toksik gaz komponenti içermektedir. Partikül fazının her gramında 10^{17} 'den, gaz fazında ise 10^{15} 'ten fazla serbest radikal bulunmaktadır (52).

Sigaradaki hangi maddenin hangi hastalıkla ilişkili olduğu kesin olarak bilinmemekle birlikte sigara komponentlerinin farmakolojik özelliklerine dayanarak elde edilmiş veriler mevcuttur. Kardiyovasküler hastalıklar ile karbonmonoksit (CO), nikotin ve serbest yağ asitleri ilişkili bulunmuştur. CO hipoksiye neden olarak miyokardı doğrudan hasara uğratmaktadır (53). Nikotin fizyolojik dozlarda nabız artışına, periferik ve koroner vazokonstriksiyona yol açması ve pıhtılaşma üzerine etkili olması nedeni ile iskemik kalp hastalığı patogenezinde önemli yer tutmaktadır (54). Neoplastik hastalıkların oluşumunda nikotin ve CO'den çok, çoğu bilinmeyen karsinojenik maddeler sorumlu tutulmaktadır.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) oluşmasında, partikül ve gaz fazındaki birçok ürünün etkisi ile proteolitik enzimlerin aktive olması, immün mekanizmaların bozulması ve mukosilyer klirensin inhibisyonu etkilidir (55). Sigara dumanında bulunan benzopirenler, oksidan moleküllerin kontrolünde görev alan enzimlerden biri olan mikrozomal epoksit hidrolazı artırarak oksidanların yeterince uzaklaştırılmaması sonucu hasara katkıda bulunmaktadır. Mukosilyer fonksiyon üzerine toksik etkili olan ve inhibisyona neden olan sigara komponentleri; akrolein, asetaldehid, formaldehid, hidrojen siyanid ve fenoldür. Nikotin mukosilyer klirens üzerine düşük dozda stimulan, yüksek dozda depresan etki yapmaktadır (56).

Tablo 1. Sigara dumanındaki bazı maddeler *

Partikül Fazı	Başlıca etki	Gaz Fazı	Başlıca etki
Tar (katran)	Mutajenik / karsinojenik	Karbonmonoksit	Oksijenin hemoglobine bağlanmasını bozar
Nikotin	Doza bağımlı uyarıcı veya parasempatik N-kolinerjik reseptörler üzerine depresör	Nitrojen Oksitler	İrritan, proinflamatuvar, silyotoksik
Aromatik hidrokarbonlar	Mutajenik / karsinojenik	Aldehitler	İrritan, proinflamatuvar, silyotoksik
Fenol	İrritan, mutajenik / karsinojenik	Hidrosiyanik asit	İrritan, proinflamatuvar, silyotoksik
Kresol	İrritan, mutajenik / karsinojenik	Akrolein	İrritan, proinflamatuvar, silyotoksik
b-Naftilamin	Mutajenik / karsinojenik	Amonyak	İrritan, proinflamatuvar, silyotoksik
Benzo(a)piren	Mutajenik / karsinojenik	Nitrosaminler	Mutajenik / karsinojenik
Katekol	Mutajenik / karsinojenik	Hidrazin	Mutajenik / karsinojenik
İndol	Tümör hızlanması	Vinil klorid	Mutajenik / karsinojenik
Karbazol	Tümör hızlanması		

*Kaynak 49

Sigaranın kimyasal içeriği değerlendirildiğinde çoğu katkı maddesi olan nemlendirme, yakma, boşluk doldurma gibi fonksiyonları olan çok sayıda madde karşımıza çıkmaktadır. Sigaranın içeriğinde yer alan kimyasal maddeler esans olarak, asetanizol, asetik asit, aseton, asetofen, balzam, benzaldehid, koruyucu olarak benzofen, benzoik asit, doldurucu olarak kalsiyum karbonat ve yakıcı madde olarakda karboksimetil selüloz ve selülozdur (57).

SİGARA KULLANIMININ SAğLIğA ETKİLERİ

Genel Sağlık Etkileri

Sigara içenler mortalite etkileri dışında aynı zamanda içmeyenlere göre daha fazla hastalanırlar. İçenler bırakanlara veya hiç iğmemişlere göre akut ve kronik hastalığa yakalanarak gündelik aktiviteden daha fazla yoksun kalırlar; daha fazla yatalak gün geğirirler; daha fazla okul veya iş devamsızlığı yaparlar. Ergenlik çağında sigara içmeye başlayan ve uzun süredir düzenli olarak sigara içen kişilerin yarısı sigaradan ölmekte ve bunların yarısı orta yaşlarda ölmektedir. Bu kişilerin beklenen yaşam süreleri içmeyenlerle karşılaştırıldığında 20 - 25 yıl daha kısadır (58). 1990 yılında tüm dünyada hastalıklara bağlı ölüm oranı %2.6 iken, 2020 yılında sadece tütüne bağlı hastalıklardan oluşacak ölüm yükü %9 olarak tahmin edilmektedir (59). Sigara direkt ölümlerle sonlanmayan yaklaşık 50 kadar kronik hastalıkla ilişkilidir. Sigara akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve periferik aterosklerozun (damar tıkanıklığı) ana nedenidir. Kalp - damar ve beyin - damar hastalıklarının ise başlıca nedenlerindedir. Sigara 20'ye yakın ölümcül hastalıkla ilişkilidir. Yakın zamanlarda elde edilen kanıtlar kadınların sigaradan daha fazla zarar görme olasılıkları olduğunu göstermektedir (60). Sigara içimi tüm kronik akciğer hastalıklarının %80'inden, kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerin de üçte birinden sorumlu bulunmuştur (61).

Solunum Sistemine Etkileri

Sigara alt solunum yollarının hemen her yerinde patofizyolojik değişikliklere yol açmaktadır. Bunlar peribronşiyal inflamasyon ve fibrozis, epitel yapı ve fonksiyonunda değişiklikler, vasküler intimal kalınlaşma ve alveoler harabiyettir. Fonksiyonel bozukluklar inhale edilen maddelerin klirensinde bozulma, patojen adherensinde artış, anormal vasküler ve epitelial permeabilite artışıdır (62,63).

Sigara içenlerde birçok solunum fonksiyon bozukluğu geliştiği saptanmıştır. Genel olarak sigara içenlerin FEV1 (1. saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm) değerleri daha düşük, FEV1 azalma hızı daha fazladır. Bu her iki etki de doz yanıt ilişkisi gösterir ve kadında erkeğe göre daha dramatiktir. Bu bulguların orta yaşlı bir bireyde gösterilmesi ciddi KOAH riskinin en önemli göstergelerinden birisi kabul edilmektedir. Solunumsal yakınmalar sigara içicilerinde belirgin şekilde artmıştır. Kronik öksürük, balgam, hırıltı ve dispne arasında doz - yanıt ilişkisi vardır. Hava yolu epitelinde siliyer kayıp, müköz bez hipertrofisi, goblet hücre sayısında artış ve permeabilite artışı bu semptomlardan sorumlu olan değişikliklerdir (64).

Sigara içimi KOAH için esas risk faktörüdür. KOAH ve sigara arasında doğrudan doz-yanıt ilişkisi vardır. Proteolitik ve anti-proteolitik dengesizliğe, bronş aşırı duyarlılığına yol açtığı ve inflamatuvar etkilere yol açtığı gösterilmiştir (65).

Sigara içenlerin %10 - 15'inde klinik olarak belirgin hava akım kısıtlanması ortaya çıkar. Sonuç olarak sigara içenlerde içmeyenlere göre KOAH, pnömoni ve gripten ölümler belirgin şekilde fazladır (65).

Akciğer Kanseri

1964'teki "Surgeon General" raporu ilk kez resmi olarak, sigara içiminin akciğer kanseri ile nedensel ilişkisini bildirmiştir. Bundan sonra yapılan çalışmalarda da inkar edilemeyecek şekilde sigaranın akciğer kanserinin tüm histolojik tipleri (epidermoid, küçük hücreli, büyük hücreli ve adenokarsinom) için hem erkekte, hem kadında başlıca neden olduğu kanıtlanmıştır. Akciğer kanseri en sık görülen kanser türlerindedir; tüm dünyada yıllık 1.3 milyon ölümlerle en sık öldüren kanserdir ve başlıca sağlık sorunlarından birisi olmaya devam etmektedir (66). 1991'de ABD'de 161.000 akciğer kanseri olgusu, 143.000 akciğer kanseri ölümü saptanmıştır (65). Ülkemizde yapılmış ilk popülasyona dayalı kanser kayıt çalışmasına göre erkeklerdeki tüm kanserlerin %38.6'sı akciğer kanseridir ve yaşa göre standartlaştırılmış insidans hızı 61.6 / 100.000'dir (67). Türkiye'deki en büyük veri serisine göre olguların %90.4'ü erkek, %9.6'sı kadındır ve %79.5'i küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK), %20.5'i küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK)'dir (68). Ülkemizde yılda 20.000 - 40.000 arasında akciğer kanserine bağlı ölüm olabileceği tahmin edilmektedir (69).

Yakın zamanlara kadar akciğer kanseri prevalansı erkekte stabil kalırken kadında dramatik bir şekilde artmaya devam etmektedir. Halen ABD'de akciğer kanseri kadınlarda da en önemli kanser ölümü nedenidir (65).

Diğer Kanseler

ABD’de tüm kanser ölümlerinin 1/3’i sigaraya bağlanmaktadır (70). Epidemiyolojik çalışmalar sigara ile birçok kanser türünün (örneğin, ağız boşluğu, larinks, özofagus, mesane, böbrek, pankreas, mide ve serviks) ilişkili olduğunu göstermektedir. Genellikle bu bölgelerde kanser gelişme riski akciğer kanseri riskinden daha azdır. Belirgin olarak sigara içenlerde sigara ile ilişkili bir kanser ortaya çıktığında ikincil bir sigara ile ilişkili kanser çıkma riski daha fazladır (65).

Kardiyovasküler Sisteme Etkileri

Birçok ileriye dönük çalışma hem kadın hem erkek sigara içicilerinde miyokard enfarktüsü, tekrarlayıcı kalp atakları, koroner arter hastalığına (KAH) bağlı ani ölüm risklerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Sigara içenlerde KAH insidansı 2 - 4 kat fazladır. KAH’dan ölüm riski günde içilen sigara, inhalasyon derinliği, sigaraya başlama yaşı ve içilen yıl sayısı ile ilişkilidir. Ayrıca sigara, KAH’ın hiperkolesterolemi ve diyabet gibi diğer risk faktörlerini de büyük oranda etkilemektedir (65).

Sigara akut ve kronik miyokard değişikliklerine yol açar. Akut olarak sigara oksijen ihtiyacını arttırarak veya kan akımını azaltma yolu ile oksijen sunumunu azaltarak miyokard iskemisine yol açar. Bu değişiklikler koroner arter spazmı ve / veya trombosit agregasyonu ve adhezyonu ile sonuçlanabilir. Ayrıca sigara özellikle ventriküler fibrilasyon olmak üzere disritmilerin eşliğini azaltarak ani ölüme yol açabilir. Kronik olarak, sigara içimi muhtemelen tekrarlayan endotel hasarına yolaçarak koroner ateroskleroza neden olur; düz kas proliferasyonunu stimüle ederek trombosit adhezyonunu arttırır; LDL - kolesterolü arttırır ve / veya HDL - kolesterolü azaltır (65).

Birçok çalışma sigaranın hem kadın, hem erkekte inmelere yol açtığını göstermiştir. Sigara içenlerdeki felç riski içmeyenlerden 2 kat fazladır. Bu risk doza bağlıdır ve gençlerde daha güçlüdür (71).

Gastrointestinal Sisteme Etkileri

Sigara içme ağız, özofagus, pankreas kanserleri ve kolorektal kanserler için risk faktörüdür (72,73). Pankreas kanseri sigara içenlerde içmeyenlere göre 2 kat daha sıktır (74). Mide yada duodenum ülserleri (75) yada Crohn Hastalığı (76) gelişme riski sigara içme ile artar. Sigara içmeyi bırakan hastalarda bu hastalıkların prognozu, bırakmayanlarla karşılaştırıldığında düzelmektedir. Buna karşılık ülseratif kolit’te sigara içmenin koruyucu etkisi vardır (77).

Bebek ve Çocuğa Zararları

Gebeliği sırasında sigara içen annelerin bebekleri ortalama 200 - 250 gr daha hafiftir ve daha erken doğma olasılıkları daha yüksektir. Bundan başka, ölü doğum, doğum sonrası ölüm ve ani bebek ölüm sendromu riski sigara içen anne bebeklerinde daha yüksektir. Yine sigara içen annelerin bebeklerini yeterince emziremedikleri saptanmaktadır. Emziren anne sigara içtiğinde sütle bebeğine nikotin geçirmektedir (78).

Gebelik sırasında sigara içimi doğmamış çocukta birçok ağır sağlık sorununa yol açabilir. Gebelik sırasındaki sigara içimi erken doğumların %14'ünden ve tüm bebek ölümlerinin %10'undan sorumludur. Annenin sigara içimi bebek ve küçük çocuklardaki astımla da ilişkilidir (79).

Sigara dumanına maruz kalma ve astım, 0-5 yaşları arasında 4331 çocuğun değerlendirildiği bir çalışmada incelenmiş, anneleri en az yarım paket sigara içen çocuklarda toplam 2.1 kat daha fazla astım görülme riskinin olduğu; ilk yaşta ise bu riskin 2.6 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir. Sigara ve atopi ilişkisi de gösterilmiştir: anneleri sigara içen çocuklarda cilt testlerinde allerji daha sık saptanmış; ebeveynleri sigara içen erkek çocukların kan IgE ve eozinofil düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (64).

Gebelik sırasında sigara içimi doğmamış çocuğa önemli oranda sağlık riskleri getirir. Birçok çalışmada gebeliği sırasında sigara içen annelerin bebeklerinin içmeyenlerinkine göre ortalama 200 gr daha hafif ve 1 cm daha kısa olduğu saptanmıştır. Sigaraya bağlı intrauterin büyüme geriliği önemli bir sağlık sorunudur; birçok nedene bağlı perinatal mortalite artışına yol açar. Bundan başka gebelik sırasında veya hamile kalındığı sırada sigara içen kadınlarda spontan düşük ve plasenta previa, plansental ayrılma ve membranların erken yırtılması gibi gebelik komplikasyonları da daha sıktır (65).

Son çalışmalar gebelikteki maternal sigaranın rezidüel gelişimsel sonuçları olduğunu da göstermiştir. Akciğer fonksiyonunda eksiklikler, erken infant döneminde hırıltılı solunum, çocuklukta somatik (boy) büyüme geriliği, standardize testlerde zekada ve davranışlarda küçük defisitler rahim içi duman maruziyeti ile ilişkilidir.

Kadın Sağlığına Etkileri

Sigara içmeyenlere göre içen kadınların kısırlık riski daha fazladır ve daha geç gebe kalmaktadırlar. Yukarıda da belirtildiği gibi daha düşük doğum ağırlığı, daha düşük doğum yaşı görülür ve ölü doğum ve doğumla ilgili ölüm riski artmıştır. Bazı yerlerde gebelikte sigara içimi %20 - 30'ları bulmaktadır. Sağlık sonuçları açısından değerlendirildiğinde, kadın ve çocuğun halk sağlığı problemleri açısından öncelikli sorunlarındandır (79).

Sigara içen bayanların amenore, adet düzensizliği, dismenore (ağrılı adet) ve erken menopoz riskleri daha fazladır. Sigara içen kadınlarda ortalama olarak 1 - 2 yıl daha erken menopoz ortaya çıkmaktadır (65).

Kemik Yoğunluğu ve Kırık Riski

Menopozdaki sigara içen kadınlarda kemik yoğunluğu hiç içmemişlere göre daha düşüktür. Sigara içen kadınlarda hiç içmeyenlere göre kalça kırığı riski daha fazladır (80).

Sigara ve Mesleki Akciğer Hastalığı

Sigara içimi mesleki akciğer hastalığı gelişme riskini arttırabilir ve mevcut işle ilişkili akciğer hastalığını tetikleyebilirler (81). Sigara içen ve kömür, silika, tahıl ve pamuk tozuna maruz kalan işçilerde içmeyenlere göre kronik bronşit gelişme olasılığı daha fazladır. Riskler birikim göstermektedir. Benzer şekilde sigara dumanı ve pamuk tozu veya silikaya birlikte maruz kalanlarda KOAH riski fazladır.

Sigara içimi işyerinde platin ve nemlendirici - ilişkili antijenler gibi antijenlere maruz kalanlarda IgE antikorlarının ve astımın gelişimini arttırır.

Sigara içimi mesleki akciğer kanseri gelişiminde de önemli rol oynar. Asbest, radon, arsenik, dizel eksozu, aromatik aminler ve silikaya maruz kalan sigara içen işçilerde içmeyenlere göre kanser gelişme riski daha fazladır. Asbest ve radon ürünleri gibi iki maruziyet için risk sinerjistikdir. Örneğin sigara içmeyen asbest yalıtım işçisinde akciğer kanseri riski 5 kat artmışken sigara içen asbest yalıtım işçisinin riski 50 kat fazladır (82).

Diğer Sağlık Sorunları

Sigara içimi yüzde erken yaşta kırışıklıklar oluşması, kadınlarda osteoporoz, erkeklerde seksüel disfonksiyonla ilişkilidir. Graves Hastalığı, katarakt, makuler dejenerasyon, dejeneratif disk hastalığı, uyku bozuklukları ve depresyonla ilişkili olabilir. Tütün dumanı içerikleri propranolol, propoksifen ve teofilin gibi ilaçlarla etkileşebilir (79).

Sigara, yol açtığı hastalıkların tedavisi amacıyla uygulanan ilaçların etki gücünü de azaltmaktadır. Sigara dumanında bulunan bazı maddeler karaciğer enzim sistemlerini harekete geçirerek ilaç metabolizmalarını da olumsuz etkiler. Örneğin, KOAH'da sık kullanılan teofilinlerin yarılanma ömrü sigara içicilerde %50 kısalmaktadır. Antiaritmikler, steroidler, antikoagülanlar, insülin gibi ilaçların metabolizmaları da etkilenerek, kronik hastalıkların tedavileri sigara içimi ile zorlaşmaktadır (82).

Sigara içenlerde hem romatoid artrit, hem romatoid akciğer tutulumu riski artmıştır (83). Sigara içicilerin katarakt riski (84) ve yaşla ilişkili maküler hasar riski artmıştır (85). Anksiyete (huzursuzluk) bozuklukları, bulimia (psikojenik aşırı yeme ve kusma), depresyon, dikkat azlığı bozuklukları ve alkolizm görülen kadınlarda sigara içme oranları daha fazla bulunmaktadır. Bu bozukluklarla sigaranın ilişkisi araştırılmaktadır. Son 20 yılda yapılan araştırmalar sigaranın daha fazla cilt kırışıklıklarına neden olduğu ve içenlerin daha az etkileyici ve daha yaşlı görünmelerine yol açtığını kanıtlamıştır (86).

Pasif Sigara Maruziyeti

Aktif sigara içimine bağlı birçok zararlı etkinin pasif sigara maruziyetine bağlı olarak da ortaya çıkabileceği artık bilinmektedir. İlk kez 1981'de Japon bir araştırmacı 91.000 ev hanımında yaptığı çalışma ile kocası sigara içenlerde akciğer kanseri riskinin fazla olduğunu göstermiş ve bu birçok çalışma ile teyid edilmiştir (81). Başkasının dumanına maruziyet (pasif sigara, çevresel sigara dumanı-ÇSD) içmeyen insanlarda ölüm ve bazı hastalıklara yol açmaktadır. ÇSD erişkinlerde koroner arter hastalığı, akciğer kanseri, nazal sinus kanseri, felçler, meme kanseri, servikal kanser ve düşüklere, çocuklarda da ani bebek ölümü sendromu, fetal büyüme geriliği, bronşit, pnömoni, otitis media, davranış ve biliş üzerine olumsuz etki, astım oluşumu, kistik fibrozis alevlenmelerine neden olmaktadır (87). Dünya genelinde her yıl 600.000 masum insan başkasının dumanından ölmektedir. En önemli zararları çocuk ve gebelerdir (81). Ülkemizde her yıl 8750 kişinin başkasının dumanından öldüğü hesaplanabilir.

1992'de ABD'de çevresel koruma ajansı (EPA) ÇSD'yi Sınıf A karsinojen olarak tanımlayan bir rapor yayımlanmıştır. Bu rapora göre ABD'de her yıl 3000 yeni akciğer kanseri, içmeyen kişilerde pasif sigara maruziyetine bağlıdır (88). Çok yeni, büyük bir prospektif çalışmada ÇSD'ye çocukken sık maruz kalmanın akciğer kanserini 3.63 kat (%95 GA, Güven Aralığı: 1.19-11.11 arttırdığı gösterilmiştir (89).

İstemsiz sigara dumanı maruziyeti ile KAH riski arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma içenlerde aynı evde yaşayan içmeyenlerin riskini %20 - 50 daha fazla artırdığını göstermiştir. Dahası birçok çalışmada maruziyet dozu - yanıt ilişkisi de gösterilmiştir. Amerikan Kalp Birliği 1.2 kat daha az bir risk bile olsa çevresel sigara dumanı maruziyetine bağlı olarak yılda 30.000 - 40.000 fazladan kalp hastasının ortaya çıktığını bildirmiştir (90).

Ev içinde ÇSD'ye maruz kalan çocuklarla ilgili çalışmalar solunumsal hastalık riskinin belirgin derecede arttığını göstermiştir. Ayrıca anne karnında sigaraya maruz kalan infantlarda yaşamın ilk 2 yılında pnömoni, bronşiolit ve bronşit gibi solunumsal hastalıklar daha fazladır.

Babanın sigara içimi ve ev içindeki toplam içici sayısı da riski artırmaktadır. EPA raporuna göre ÇSD, ABD’de her yıl, 18 ay ve daha küçük bebeklerde 150.000 - 300.000 fazladan alt solunum yolu hastalığına yol açmaktadır (89). Öksürük, balgam ve hırıltı anne - babaları sigara içen çocuklarda daha sıktır. Pasif sigara ile çocukluk astımı arasında ilişki vardır (65). İngiltere’de her yıl 17.000 çocuğun ÇSD nedeniyle hastanelere yatırıldığı bildirilmektedir (91).

İstemsiz sigara çocukların akciğer fonksiyonlarının gelişim hızını düşürür. İçicilerin evlerinde yaşayan çocuklarda bronş duyarlılığı artmıştır.

Boyacı ve arkadaşlarının (92) yaptığı çalışmada çocukların %70 kadarının evinde en az bir kişinin sigara içtiği saptanmış, ülke ortalaması olarak çocukların %75 kadarının pasif sigaraya maruz kaldığı bildirilmiştir.

SİGARANIN BIRAKILMASININ SAĞLIK AÇISINDAN YARARLARI

On yıl yada daha uzun süre sigara içenlerde, içmeyenlerle karşılaştırıldığında ölüm, hastalık ve sakatlık oranları önemli ölçüde daha yüksektir. Bununla birlikte, sigara içmeyle ilişkili istenmeyen etkilerin çoğu sigaranın bırakılmasıyla düzelen geri dönüşlü etkilerdir. Özellikle solunum sistemi açısından risk, sigara bırakılmasından sonra yıllarca sürsede, belirli organ sistemleri açısından risk sigaradan uzak durmanın süresiyle uyumlu olarak azalmaktadır (93). En büyük yarar sigaranın genç yaşta bırakılmasıyla elde edilmekle birlikte, orta yaşlarda bırakılması bile fazla riskin çoğunu ortadan kaldırmaktadır. Böylece sigarayı bıraktıktan 15 yıl sonra ölüm riski, hiç sigara içmemiş olanlardakine eşdeğer olmaktadır (94).

Solunum Sistemine Etkileri

Sigara bırakılmasından sonra birkaç ay içerisinde akciğer fonksiyonları yaklaşık %5 düzelmektedir. Sigaradan uzak durulduğu takdirde, akciğer fonksiyonlarındaki azalma hızı yavaşlamaya başlamakta ve KOAH gelişme riski azalmaktadır (95). Aynı şekilde, sigaranın bırakılması akciğer kanseri riskini, premalign histolojik değişikliklerin derecesini, ilerlemesini ve başka kanser gelişme riskini azaltmaktadır. Sigaranın bırakılması kanserli hastalarda sağkalımı da artırmaktadır (94,96). Kanser riskindeki azalmanın boyutu sigaradan uzak durulan süreyle birlikte artmaktadır: 10 yıl sonra risk %30 - 50 azalmaktadır (97).

Kardiyovasküler Sisteme Etkileri

Koroner kalp hastalığına ilişkin fazla risk sigaranın bırakılmasından sonra bir yıl içinde yarıya inmekte ve 15 yıl sonra sigara içmeyenlerdeki risk ile eşitlenmektedir (94). Aynı

şekilde inmeyle ilişkili fazla riskin, sigaranın bırakılmasından sonra 5 - 15 yıl içinde sigara içmeyenlerdeki düzeye döndüğü bildirilmektedir (98). Periferik damar hastalıkları bulunan hastalarda prognoz, sigaranın bırakılmasıyla önemli ölçüde düzelmektedir (94).

Gastrointestinal Sisteme Etkileri

Genel olarak Crohn Hastalığı bulunan ve en az bir yıl boyunca sigara içmeyen hastalarda hastalığın seyri sigara içmeyenlerdekine benzer şekilde daha selim olmaktadır. İleriye yönelik, 12 - 18 ay süreli bir kohort (gözlem) çalışması sırasında sigarayı içmeyi sürdürenlerde Crohn Hastalığı'ndaki alevlenme oranı (%46), sigarayı bırakanlardakine göre (%23) iki kat daha yüksektir (99). Ranitidin ile idame tedavisi sırasında sigara içmeyi sürdürenler ile karşılaştırıldığında (%25), sigarayı bırakanlarda (%14) daha az ülser nüksü bildirilmiştir (100).

Yaşamı boyunca hiç sigara içmemiş olanlarda oranlar en düşük olmakla birlikte, sigara içmeyi sürdürenlerle karşılaştırıldığında, sigarayı bırakanlarda kolorektal kanser mortalitesinde belirgin azalmalar gözlenmiştir (101).

Sigara içmeyenlerle karşılaştırıldığında, ağız, özofagus ve pankreas kanseri riski sigaranın bırakılmasından sonra 5 yıl içinde azalmaktadır (94).

Üreme Sistemine Etkileri

Sigara içmenin doğurganlığı azalttığı öne sürülmekte ve gebe kalmakta zorluk çeken kadınlara sigarayı bırakması önerilmektedir (102). Ayrıca, gebelikte sigaranın bırakılması fetal gelişme geriliği, erken doğum ve perinatal mortalite gibi olumsuz sonuçların azalması açısından en etkili yöntem olarak değerlendirilmektedir (103).

Üriner Sisteme Etkileri

Mesane kanseri riski sigaranın bırakılmasından sonra birkaç yıl içinde yarı yarıya azalmakta, ancak yıllar boyunca yüksek kalmaktadır (94).

SİGARA İÇMEYLE İLİŞKİLİ MALİYETLER

Tütün kullanımı, sigara içmeye bağlı morbidite ve mortalitenin sağlık hizmetleri açısından oluşturduğu yükten kaynaklanan çok büyük sosyal ve ekonomik maliyetlere yol açmaktadır. Bunlar arasında sigara içenlerin neden olduğu maliyetler (sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların kullanılması, işe devamsızlık, iş gücü kaybı, hastalık nedeni ile yapılan

ödemeler, vb.) ve çevredeki sigara dumanının zararlı etkilerinin neden olduğu maliyetler de bulunmaktadır (91).

Dünya bankası verilerine göre her yıl tütünün yol açtığı ekonomik zarar 200 milyar dolardır. ABD’de 1993’te sigaraya bağlanabilen tıbbi giderler 50 milyar dolar olarak hesaplanmıştır. İşgücü ve üretim kaybı da eklendiğinde kayıp 97 milyar dolar veya kişi başına 373 dolardır. Bu maliyetlerin sigara içenler tarafından vergi şeklinde karşılanabilmesi için her paketin 4 dolar olması gerektiği hesaplanmıştır. 1995 yılında ABD’de sigara reklamları için harcanan para günlük 5 milyon dolar olup o yılki tüberküloz programının bütçesini karşılayabilecek düzeydedir. 1998 yılında, tıbbi giderlerin maliyeti 75.5 milyara yükselmiş, her sigara içicisinin toplamda (yol açtığı hastalıklar, iş gücü kaybı vb.) 3.391 dolara mal olduğu ve bunun da ABD’de sağlık giderlerinin %8’ini oluşturduğu belirlenmiştir. Ekonomik kayıpların günümüzde, sadece ABD’de 157 milyar dolara ulaştığı bildirilmektedir. Bunun 75 milyar doları direkt kişisel sağlık harcamaları, 82 milyar doları mortaliteye bağlı işgücü kaybıdır (104).

İngiltere’de sigara içmeye bağlı hastalıklar Ulusal Sağlık Hizmetlerine her yıl yaklaşık 1.5 milyar sterline mal olmaktadır (91). 2030 yılında sigara içenlerin beşte dördünü geliştirmekte olan ülkelerdeki insanlar oluşturacaktır ve tütün kullanımına bağlı hastalıkların yol açtığı ekonomik maliyetler, büyük olasılıkla bu ülkelerin sağlık hizmetlerine çok büyük yükler oluşturacaktır. Tütünün ülkemize verdiği zararın ise 8 - 10 milyar dolar olduğu hesaplanmaktadır. Bu tablo karşısında sigaranın bırakılmasına yönelik tedaviler tüm sağlık girişimleri arasında maliyet açısından en uygun girişimlerden birisini oluşturacaktır (105,106).

TÜTÜN KONTROLÜ

Bir nüfusun tütün kullanımını ve tütün dumanına maruziyetini ortadan kaldırarak veya azaltarak sağlığını iyileştirmeyi amaçlayan bir takım arz, talep ve zarar azaltma stratejileridir. Tütünün kontrolü birçok sektörün işbirliğini gerektirir. Özellikle tütünle mücadelenin işsizliğe yol açmayacağı, ekonomiye zarar değil yarar sağlayacağı, ortaya konması, yoksullukla mücadelede sigara ile mücadelenin önemini ortaya konması önemlidir. Ülkemiz gibi yoğun tütün tarımı yapılan ülkelerde bile tütün kontrolünün ekonomiye zarardan çok yarar getirdiği bildirilmektedir (13). Kapsamlı tütün kontrol programı uygulayan birçok ülkede tütün tüketimi hızla azalmış ve sonuç olarak kanserler, kalp hastalıkları ve diğer dolaşım sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve düşük doğum ağırlığı insidanslarında azalma sağlanmıştır (13).

Tütün kontrol faaliyetlerinden amaç tütün ürünlerine olan talebi azaltmaktır. Talepteki bu değişim tütün ürünleri için yapılan harcamaların diğer mal ve hizmetlere kaymasını sağlayacaktır. Tütün endüstrisi zarar görse de diğer sektörler yararlanacak, işsizlik olmayacaktır. Dünyada birçok yönetim tütün kontrolünün istenmeyen ekonomik sonuçları olacağı endişesi ile harekete geçmekte tereddüt etmiştir. Tütün talebinde düşme olması ile birlikte kitlesel iş kayıpları yaşanacağı, tütünden alınan vergi gelirlerinin kaybedileceği, vergi oranlarının arttırılması ile kaçakçılıkta kitlesel artışa neden olunacağı gibi görüşler sürekli gündemde olmuştur. Tütün üretimi ile ilgili işler ülkemizde, Bangladeş, Mısır, Filipinler ve Tayland'da imalat ile ilgili işlerin %2.5 - 5'ini oluşturmaktadır. İnsanların tütüne para harcamaktan vazgeçmeleri durumunda genellikle onun yerine başka ürünlere para harcayacakları ve böylece olası iş kaybını telafi edecek alternatif iş kaynakları yaratacakları gerçeği dikkate alınmalıdır (13).

Sigara vergilerinin devlet bütçelerine etkilerini incelemek için geliştirilen bir modelde, sigaralardan alınan vergi kesintilerinde tüm dünyada %10 oranında orta derecede bir artış yapılmasının ülkeden ülkeye değişmekle birlikte genel olarak tütün vergilerinden elde edilen geliri yaklaşık olarak yüzde yedi oranında arttıracığı sonucuna varılmıştır (13).

Reklam ve promosyon yasakları, toplumun bilgilendirilmesi ve uyarı etiketleri gibi bazı fiyat dışı önlemlerin geliri azaltması beklenebilir. Nikotin replasman tedavisinin ödenmesi ve sigarayı bıraktırmaya yönelik diğer çabalar da tüketimi, dolayısıyla geliri azaltacaktır. Ancak, gelir üzerinde ortaya çıkabilecek bu tür bir etki kademeli olarak gerçekleşecektir ve bu durum her ne olursa olsun vergi artışlarını da içeren kapsamlı bir kontrol paketi ile gelirden olası net artışa yol açacaktır (13).

Ayrıca tütün kontrolündeki nihai hedef insan sağlığına yarar sağlamak olduğundan tütün tüketiminin tütün vergi gelirlerinin azalacağı noktaya kadar düşmesi istenir bir sonuç olacaktır. Aynı zamanda yönetimler tütün vergilerinden elde edilen gelirin yerini alacak alternatif bir gelir yada tüketim vergisini devreye sokma serbestisine sahiplerdir (107).

Tütün Kontrol Yöntemleri

Tütün kontrol yöntemlerinin uygulanması için ulusal ve uluslararası birçok sektörün işbirliği şarttır. Kontrol programı için aşağıdaki basamaklar önerilmektedir:

1. Çocukların - ergenlerin tütün bağımlılığına yakalanmalarının önlenmesi: ergenler arasındaki sigara içiciliğini etkileyen en önemli unsurlardan birisi sigara fiyatlarıdır. Sigara fiyatlarının vergiler yoluyla artırılmasının vergi kaybına uğramadan sağlığa büyük oranda katkısı olacağı bildirilmekte ve DSÖ,

Uluslararası Kanser Savaş Örgütü (UICC) gibi kurumlarca tütün kontrol yöntemi olarak önerilmektedir (108).

2. Tütün kullanımı için cesaret kırıcı mali politikalar uygulamak, büyümeden ve fiyatlardan daha hızlı artan bir vergilendirme sistemi
3. Artırılan vergilerden elde edilen paraların bir kısmını tütün kullanımını önlemeye ve sağlığı geliştirmeye yönelik etkinliklere ayrılması
4. Çevresel sigara dumanına istemsiz maruziyetin önlenmesi
5. Sosyo-ekonomik, davranışsal ve diğer yüreklendirici tütün kullanmaya yönelten faktörlerin ortadan kaldırılması
6. Direkt ve indirekt reklam, promosyon ve sponsorlukların ortadan kaldırılması
7. Tütün ürünlerinin kontrolü: çarpıcı sağlık uyarılarının paketlere konması ve reklamların tamamen önlenmesi; tütün ürünlerinin ve tütün dumanının toksik içeriklerinin limitlerinin belirlenmesi ve paketler üzerinde zorunlu olarak belirtilmesi
8. Tütün üretimi ve fabrikasyonuna alternatif ürünlerin promosyonu ve desteklenmesi
9. Tütünle ilgili konuların etkin yönetimi, izlem ve değerlendirmesi

Tütün mücadelesinin sadece sağlık sektörü içinde değil birçok sektör olarak ele alınması, tütünün halk sağlığı önceliği değil halk politikası önceliği haline getirilmesi gerekmektedir. Tütün kontrolünde ilk hedefler olarak sigarayı bırakmak isteyen insanların %20 artırılması ve isteyen insanların bırakma hızının %10 artırılması önerilmektedir (109).

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE TÜTÜN EĞİTİMİ VE KONTROLÜ

Çoğu ülkede erken morbidite ve mortalitenin önde gelen nedeni olan tütün önlenebilir bir nedendir. Tıp eğitimi sırasında hastalık nedeni olan önemli ajanlardan biri olmasına karşın tütün üzerinde pek durulmamaktadır. Ancak bu durum değişmelidir. Tıp öğrencileri konuya yabancı kaldıkları gibi, yapılan çalışmalarda yaşlıları arasında en fazla sigara içenlerin tıp öğrencileri olduğu ortaya çıkmıştır (110). Bu nedenle, tüm dünyada mortalitenin giderek artan kaynağı olarak tütün kullanımı hakkında geleceğin tıp doktorlarının bu konuda motive edilmesi ve bu konu ile ilgili bilginin verilmesi gereklidir. Crofton'un da önerdiği gibi bu eğitim, sigara dumanının zararlı bileşenleri hakkında bilgi, tütünün psikolojik, fizyolojik ve sosyal bağımlılık yapıcı etkileri, oral yolla kullanılan tütünün zararlı bileşenleri, tütün alışkanlığı, tütün kullanımının neden olduğu hastalıklar, çocuklarda anne - baba içiminin etkileri, erken yaşta aktif içimin etkileri, pasif içimin etkileri, hastalanmadan önce sigarayı

bırakmanın yararları, sigaraya başlamayı önlemek için alınabilecek politik önlemler, profesyonel aktiviteler, tıp fakültelerinin aktiviteleri, öğrencilerin, çalışanların alışkanlıkları ve bireysel davranışlarını içermelidir (34).

Dünyadaki Tıp Fakültelerinde Tütün Eğitimi

Dünyadaki tıp fakültelerinde daha önce yapılan çalışmalarda tıp öğrencilerinin tütünle ilişkili bilgi seviyeleri düşük oranda saptanmış olup tütün, tütünle ilişkili hastalıklar ve sigara bırakma tekniklerinin tıp öğrencilerinin eğitimi için müfredatta yer alması gerektiği vurgulanmıştır (111).

IUATLD'nin 93 ülkede 493 tıp fakültesinde %36 yanıt oranlı tıp öğrencilerinde tütün bilgisi ve tutumları ile ilgili çalışmada müfredatlardaki tütünün yeri, müfredatta tütünün konulmamasının nedenleri araştırıldı. Afrika ve Asya tıp fakültelerinin 1/4'inde hiçbir şekilde tütün eğitimi olmadığı saptandı. Tüm bölgelerde tütün eğitimi sistematik olmayan yaklaşım şeklinde idi. Yalnızca %10-15'inde tütün müfredatta yer almaktaydı. Sigara bırakma teknikleri Afrika (%14), Asya (%22), Orta Doğu (%27), Güney Amerika (%30)'da düşük oranda, Kuzey Amerika (%54) ve Avustralya (%60)'da daha yüksek oranda öğretilmekteydi. Tüm bölgelerde %90-100'lerde yanıt oranı ile tütünle ilişkili hastalıkların öğretildiği saptandı. Sigaranın psikolojik bağımlılık yapıcı etkisinin daha çok Avrupa, Kuzey Amerika, Orta Doğu ve Avustralya'da anlatıldığı saptandı (111).

Türkiye'deki Tıp Fakültelerinde Tütün Eğitimi

Türkiye'de tıp fakültelerinde tütün eğitimi artık kaçınılmazdır. Genel popülasyon ve doktorların yarısı sigara içmektedir. Birçok araştırma Türkiye'deki tıp öğrencilerinin ve doktorların tütünün sağlık etkileri ile ilgili öğretimi konusunda yetersiz olduğunu saptamıştır. Öğretim programlarındaki eksikliğin birçok nedeni vardır. Tütünün sağlık etkileri konusundaki öğretmenlerin yetersiz bilgisi, önleme yöntemleri, bırakma programlarındaki eksiklikler sayılabilir. Türkiye'de tıp fakültelerinde bu konu ile ilgili standart bir öğretim programı başlatabilmek için özellikle öğrencilerin tütün eğitimi konusunda bilgilenmeleri gerekmektedir (112).

Türkiye'deki tıp fakültelerinde problem bazlı yaklaşıma daha adapte olunamamıştır. Tıp eğitiminin ilk 3 yılında pratik laboratuvar çalışmaları ve konferans ağırlıklı öğretim mevcuttur. Neredeyse tıp fakültelerinin yarısında öğretim başlıklarını, tek tek içeren entegre sistem vardır. 4. yılın ardından öğretim hastanede devam etmekte ve pratik deneyimler elde edilmektedir. Son sınıfta intörn programı mevcut olup doktor olarak profesyonel biriyle

çalışmaktadırlar. 3. yılda başlayan tütün eğitimi, müfredatta yer alan konferanslar, tütünle ilişkili hastalıklarla ilgili sunumlar, tartışmalı konferanslar, hastanede yatak başı eğitim, öğrenciler tarafından kurulan sigara ve sağlık kampanyalarını içermektedir. Çoğu tıp fakültesinde tütünün sağlık etkileri göğüs hastalıkları, kardiyoloji, göğüs cerrahisi, halk sağlığı ve pediatristler tarafından anlatılmaktadır. Genelde temel olarak 3. ve 4. yılda aktarılmakla birlikte her bölüm sigaranın etkilerini kendi branşı çerçevesinde anlatmaktadır. Tütüne karşı önlemler olarak toplum örgütlenmesi, sağlık uyarıları, medyanın konuyu kapsamaması, cezalar, reklam yasakları öğretilmekte ve tıp fakültelerinde tütün müfredatında tartışılmaktadır. Tütünün zararlı içeriği, bağımlılık yapıcı özelliği, tütünle ilişkili hastalıklar, pasif sigara içiciliğinin etkileri, tütün sanayisinin taktikleri ve sigara bırakma teknikleri konferanslarda bahsedilen konulardır. Her ne kadar müfredatta tütün eğitimine sınırlı zaman ayrılrsa da çoğu tıp fakültesinde organize konferanslar düzenlenerek ve lokal toplantılar hazırlanarak tütünün sağlık etkileri ve bırakma metodları tartışılmaktadır (112).

Türkiye de tıp fakültelerindeki tütünle ilişkili konferanslarda öğreticiler, dinleyicilerin dikkatini toplamak ve ilgilerini kaybetmemeleri için ilginç yöntemler uygulamaktadır. Bazı öğreticiler, hastane içi ve yatak başı eğitimin, konuların interaktif ortamda tartışılabileninden dolayı daha öğretici olduğunu savunmaktadırlar. Tıp fakültesinin ilk yıllarında öğrenciler hastalara karşı empatiyi fazla gösterirler ve onların korku, inkar ve cesaretsiz olmalarını son yıllardaki öğrencilere göre daha fazla algırlar. Bu yüzden sigaraya başlamadan öğrencileri sigara karşıtı olarak motive edersek daha fazla ve kolay sigarayla savaşırlar. Pasif olarak konferansları dinlemektense tütünle ilişkili hastalığı bulunan hastaları görmek öğrencileri daha fazla etkileyecektir. Hastalara sigara öyküsünün sorulması ile yakınlarının ve hastanın sigarayı bırakmasını sağlamanın uzun zaman gerektirdiğini anlamalıdır. 3 tıp fakültesinde tütün ve sağlıkla ilgili öğrenci organizasyonları kurulmuştur. Bu tütün ve sağlık grupları, organize periyodik toplantılar düzenleyerek daha fazla bilgi edinilmesini sağlamaktadır. Medyanın ilgisini bu konuya çekmek için uğraşırlar. Bu sayede öğrenciler ilk elden medya ile uğraşmanın zorluğunu anlamakta ve tütün sanayisinin verdiği reklamların ne kadar geniş boyutta olduğunu öğrenmektedirler ve tütün sanayisinin stratejilerinin gelişmekte olan ülkelerdeki fakir insanlara olduğunun önemini anlamaktadırlar (112).

Tıp öğrencileri aynı zamanda bu organizasyonları eğlenceli sosyal aktivite olarak görmektedirler. Bu aktiviteler için en önemli zaman DSÖ tarafından planlanan 31 Mayıs Sigarasız Dünya Günü'dür. 1995' te İstanbul' da ilk olarak yapılmıştır.

Tütünle ilişkili konular, özellikle bırakma programları ile ilgili olanlar konusunda öncelikle eğitimcilerin eğitiminden başlamak gerekmektedir. Tütün eğitim programlarını verecek eğitim koordinatörlüğü başlığı altında her okulda bir üst düzey yönetim olmalıdır. Bu koordinatör diğer eğitimcileri tütünle ilgili konulardaki konferanslarda eğitmelidir. Her tıp fakültesinin müfredattaki değişiklikleri ve tütün bilgisinin öğrenciler arasındaki derecesi izlenmelidir. Türkiye’de hastanede eğitim ve öğrenci gruplarının aktiviteleri en iyi tütün eğitim formatı olarak görülmektedir. Tütünün zararları ve tütün sanayisi hakkında acil olarak standart öğretim programı oluşturulmalıdır (112).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinde tütün ile ilgili öğretim konusu araştırılmış ve 37 tıp fakültesinin 12’sinden cevap alınmış. 4 tıp fakültesinin müfredat programında tütün eğitimi, tütünün etkileri, sigara bırakma programları bulunmuştur. % 8.3’ünde müfredat programında spesifik tütün modülü, %16.7’sinde diğer konulara tütün başlığının entegre edildiği, %66.7’sinde tütün başlığını tartıştığını, %16.7’sinde de tütün başlığının müfredatta hiçbir şekilde olmadığı saptanmıştır (112).

Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Tütün Kontrolü

IUATDL’nin tütün önleme bölümü 42 ülkede 5000 tıp öğrencisinde uluslararası çalışma yaparak tütün eğitimi ile ilgili geniş anlamda eksiklikler saptadı. En büyük eksiklikler, birçok hastalığın önlenabilir nedenleri arasında tütün kontrolünün sağlanması hakkında bilginin eksik ve düşük oranda olması, sigarayı bırakmada hastaların motive edilmesi ve bilgilendirilmesinde yetersizlik, tütün kontrolünde doktorun rolünün tespitindeki eksikliklerdi.

Tıp fakültesi öğrencilerinde tütün kontrolünün sağlanmasında öncelikle, tütün eğitimi ile ilgili bir koordinatör belirlenmelidir. Koordinatör bir politika belirleyerek onunla çalışacakları belirlemeli ve elverişli anketler uygulanmalıdır. Sigarasız tıp fakültesi, sigarasız hastane projesi gibi projeler uygulanmalıdır. Tıp fakültelerine ilk girişte, ilk günde öğrencilere bu konu hakkında bilgi verilmeli, hastalıkların önlenabilir bir nedeni olduğu ve bir doktor olarak diğer insanlara örnek olmak gerektiği vurgulanmalıdır. Öğrencilerin tıp fakültesi girişinde ve çıkışındaki sigara içme durumları belirlenmelidir. Tütün problemlerinin hem teorik hem de klinik örneklerle belirtilmesi ve öğrencilerin bu konu ile ilgili motive edilmesi gerekmektedir.

Başlamanın önlenmesinde birçok yöntem denenmiş, denenmektedir. Ancak bu günümüzde, özellikle sosyo-ekonomik yönden gelişmiş ülkelerde tütün kontrolünün en zor

problemlerinden birisi olarak görülmekte, çok yüksek bütçeli, yoğun çabalar gösterilmektedir. Ekonomik önlemler ve yasaklar dışında burada kısaca eğitime değinilecektir:

1994 yılında ABD’de yayınlanan, okullardaki tütün kullanımını engellemeye yönelik bir kılavuza göre eğitim çalışmalarının 6 - 8. sınıflarda başlaması gerekliliği vurgulanmıştır (113). Ayrıca tüm okullarda tütün kullanılmasını engellemeye yönelik eğitim programının, tütünün yol açtığı negatif psikososyal etkilerinin anlatıldığı, tütün kullanmayı engelleyici becerilerin kazandırıldığı ana konuları içermesi gerektiği vurgulanmıştır. Tüm okullarda ihtiyaca göre bu eğitimin dernekler, basın, aileler tarafından desteklenmesi önerilmiştir. 2000 yılı “Surgeon General” raporunda, okullardaki sağlık ve tütün kullanımını engelleme programının aşağıdaki konuları mutlaka içermesi tavsiye edilmektedir (114):

1. Tüm okullarda tütün kullanımına karşı bir okul politikası geliştirilmelidir. Okuldaki öğretmenlere, görevlilere, ziyaretçilere ve tüm öğrencilere okul sınırları içinde sigara içilmesi yasaklanmalıdır.
2. Tüm okullarda tütün kullanımını engellemeye yönelik eğitim programı 6 - 12. sınıfları kapsayacak şekilde yaş grupları belirlenerek oluşturulmalıdır.
3. Tüm okullarda bu eğitim programı çerçevesinde öğrencilere sigara içmenin nedenleri, zararları ve sonuçları anlatılmalıdır. Sigara içmemek için davranışsal beceriler kazandırılmalıdır.
4. Tütün kullanılmasını engelleyecek eğitim programı müfredata sokulmalı ve uygulanıp uygulanmadığı kontrol edilmelidir.

Araştırmalar insanların sosyal, psikolojik ve farmakolojik faktörlerin etkisi ile sigara içtiğini göstermiştir. Sigaraya başlatan faktörlerle sürdürülmesine neden olan faktörlerin genellikle farklı olduğu kabul edilmektedir. Sosyal ve ailesel faktörlerin sigaraya başlamada özellikle önemli olduğu düşünülür. Aile bireylerinin ve arkadaşların sigara içmesi ergenlikte sigaraya başlama ile yakından ilişkili iken nikotin bağımlılığı, genetik ve psikososyal faktörler sigara içme davranışını sürdürmede önemlidir. Genetik faktörlerin de sigara içme durumunu etkilediği gösterilmiştir. Genetik kanıtlara karşın sigara içme davranışı çok yönlüdür. 20 yıl boyunca günde 1 paket sigara içen bir kişi 1 milyon kez duman inhale etmiştir; bu tekrarlayıcı hareketler günlük hayatta çok güçlü uyarılmaya yol açar. Sigara ile ilişkili uyarılmanın özellikle sosyal ve stresli ortamlardaki nüklere katkısı olduğu saptanmıştır. Aile ve arkadaşların sigara içimi bırakmayı zorlaştıran faktörlerdir.

Sigara ile mücadelede asıl başarı, sigaraya başlamanın engellenmesi ile sağlanacaktır. Ancak göz ardı edilemeyecek bir diğer gerçek, milyonlarca bireyin sigara içmeyi sürdürdüğü ve bu bireylerin yarısının sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle zamanından önce ölecekleridir.

Sağlık çalışanları, sigara kaynaklı çoğu kronik hastalığın neden olduğu sağlık, zaman, iş gücü ve yüksek tedavi maliyeti kayıplarını önlemek ya da en aza indirmek için sigara içenlerin bırakmasına yardım etmeyi görev olarak benimsemelidir. Sigara içmek kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Sigara tüketimine bağlı hastalık riskini azaltmak, hasta olanlarda hastalığın ilerleme hızını yavaşlatmak ve sağkalım beklentisini artırmak; sigara tüketimine bağlı hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan iş gücü kaybı ve sağlık harcamalarından kaynaklanan maddi kayıpları önlemek, sigara bırakma tedavisinin en önemli hedefleridir.

SİGARANIN BIRAKILMASINA YÖNELİK TEDAVİDEKİ GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Sigara bırakma tedavisi ve bunun yaygın bir şekilde sunulması tütün kontrolünün en önemli yöntemlerinden birisidir. Ülke çapında her yıl on binlerce insanımızın yaşamının kurtarılmasında ve sağlığın geliştirilmesinde katkısı olmasını dileyen her hekim için, sigara alışkanlığı ve bağımlılığının tedavisi en iyi fırsatlardan birisidir. Günümüzde, doktorların hastalarına sigara bırakmayı önerme oranı ABD’de sağlık kuruluşları için bir kalite standardıdır (115). Bu bizim ülkemizde de hızla bir standart haline gelmelidir. Sigara bırakma tedavileri konusunda şu genel ilkeleri sayabiliriz:

1. Sigara bağımlılığı, sıklıkla tekrarlayan girişimler gerektiren kronik bir durumdur. Ancak uzun süreli ve hatta kalıcı bıraktırma sağlayabilen etkili tedaviler vardır.
2. Etkili sigara bağımlılık tedavileri bulunduğundan sigara kullanan her hastaya bu tedavilerden en az birisi sunulmalıdır. Bırakmayı denemeyi istemeyenlere motivasyonlarını artırmaya yönelik girişim yapılmalıdır.
3. Hekim ve sağlık kuruluşunun her içicinin uygun bir şekilde saptanması, belgelenmesi ve tedavisini gerçekleştirilmesi çok önemlidir.
4. Kısa süreli bir bağımlılık tedavisi bile etkilidir ve sigara kullanan her hastaya bu olanak sunulmalıdır.
5. Sigara bıraktırma önerilerinin etkinliği ile yoğunluğu arasında bir doz-yanıt ilişkisi vardır. Kişiler arasında şahsen yapılan tedavi girişimleri (örneğin bireysel, grup veya yönlendirici telefon konuşmaları gibi) etkilidir ve tedavinin yoğunluğu (temas süresi) ile tedavinin etkinliği ilişkilidir.
6. Üç tip öneri ve davranış tedavisi özellikle etkili bulunmuştur ve sigara bırakmaya çalışan her hastada kullanılmalıdır.
 - Pratik başa çıkma önerileri (sorun giderme becerilerinin öğretilmesi)
 - Tedavinin bir parçası olarak sosyal destek sağlanması

- Tedavi dışı sosyal desteği sağlamaya yardım

7. Sigara bırakmada birçok etkili farmakoterapi bulunmaktadır. Kontrendikasyonlar dışında sigarayı bırakmaya çalışan tüm hastalarda bunlar kullanılmalıdır. Uzun süreli sigara bırakmayı inanılır düzeyde arttırdığı saptanan birinci basamak farmakoterapiler: Nikotin replasman tedavisi (bant, sakız, inhaler, nazal sprey) ve bupropiondur. Etkili olduğu saptanan ve birinci basamak farmakoterapi etkisiz kaldığında ikinci basamakta düşünülecek iki farmakoterapi vardır: clonidine, nortriptyline.

Yukarıdaki bilgilerden de anlaşılacağı üzere sigaranın bırakılması üzerine etkili tedavi yaklaşımlarından biri farmakoterapi, diğer ise bilişsel-davranışçı yaklaşımlarla motivasyondan oluşan destek tedavisidir. Her iki yöntem de tek başına etkili olup, iki yöntem birlikte uygulandığı zaman bırakma oranlarını artırmaktadır. Tedavinin başarısı, yoğunluğu ile doğru orantılıdır. Hastalar herhangi bir nedenle polikliniğe başvurduklarında hekimin kısa süreli görüşmesi bile sigarayı bırakmak için motivasyon sağlamaktadır (116).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışma grubunu 2006 – 2007 öğretim yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim görmekte olan 854 öğrenci oluşturdu. Çalışma öncesinde Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu onayı alındı (Ek 1). Çalışmada örneklem seçilmedi; öğrencilerin tümüne ulaşılması hedeflendi. Veriler anket yoluyla elde edildi. Anket uygulamalarına güz döneminin sonuna doğru başlandı. Ankete 764 (%89.4) öğrenci katıldı. Sekiz öğrencinin anket cevaplarında tutarlılık olmadığından çalışma dışı bırakıldı ve 758 (%88.7) anket değerlendirmeye alındı. Katılanların 355'i (%46.8) erkek, 403'ü (%53.2) kızdı. DSÖ tarafından önerilen anket formları incelendikten sonra hazırlanan anket formu önce Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim gören 20 hemşirelik öğrencisine uygulandı ve güvenilirlik ve tutarlılık açısından değerlendirilerek ankete son şekli verildi (Ek 2). Anket formları öğretim üyesi ve araştırma görevlileri tarafından, ders ve ders dışı saatlerde dersane ortamında, zaman kısıtlaması olmadan serbestçe ve samimi yanıtlanması konusunda rica edilerek, ankette elde edilen bilgilerin sadece bilimsel amaçla kullanılacağı belirtilerek, kimlik bilgileri gizli kalacak şekilde anketi cevaplamaları istendi. Anket öğrencilerin demografik özelliklerini, sigara içme durumlarını, barınma durumlarını, sigaranın aktif ve pasif zararları ile ilgili bilgi düzeylerini ve sigara ile ilgili tutum ve davranışlarını içeren sorulardan oluşmaktaydı.

Ankette sigara içme durumu ile ilgili araştırılan ölçütler DSÖ tarafından tanımlanmış ölçütlerdi.

1. Sigara içicisi: Tarama sırasında (30 gün öncesine kadar) her gün veya arasıra sigara kullanan ve hayat boyu en az 100 adet sigara içen kişi.

Günlük içici: Günde en az 1 kez herhangi bir tütün ürünü kullanan sigara içicisi.

Arasıra içici: Sigara içen ama her gün içmeyen

2. Sigara içmeyen kişi: Tarama sırasında sigara içmeyen kişi.

Bırakanlar: En az üç ay, haftada en az 1 sigara içmiş ve bırakalı en az bir ay olmuş kişiler

Deneyenler: Halen arasıra içen ama henüz 100 tane den az içmiş kişiler

Hiç içmeyenler: Daha önce hiç içmemişler veya daha önce hiç günlük içici olmamış ve yaşamı boyunca 100 taneden az içmişler.

Demografik özelliklerinden başka barınma durumu ile ilgili araştırılan ölçütler şunlar olarak belirlendi.

1. Yurtta kalanlar: Dönem başından beri resmi veya özel kurum yurtlarında kalanlar ile bir ay öncesine kadar bu durumunu devam ettirenler
2. Bekar evinde kalanlar: Dönem başından beri en az kendi başına veya başka arkadaşları ile birlikte bekar hayatı yaşayanlar ve bir ay öncesine kadar durumunu devam ettirenler.
3. Aile yanında kalanlar: Anne-babasının veya yakınlarının yanında kalanlar.

Ankette bilgi, tutum ve davranışların değerlendirilmesi ile ilgili olan sorulara faktör analizi yapılarak 8 boyutta değerlendirme yapıldı. Bilgi düzeylerinin değerlendirilmesinde, aktif sigara kullanımının akciğer kanseri, mesane kanseri, gırtlak kanseri, ağız kanseri, amfizem, kalp damar hastalıkları, periferik damar hastalıkları, felç, lökoplaki (ağız – dil), enfeksiyon, ani bebek ölümü sendromu, ölü doğum ile ilişkili hastalık bilgisini içeren 12, pasif sigaranın içmeyen kişilerde akciğer hastalığı, kalp hastalığı ve anne babanın sigarasına maruz kalan çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonunu artırdığı ile ilgili 3 soru bulunmakta idi. Değerlendirme sınav sonucu olarak hesaplandı ve bilen-bilmeyen olarak ifade edildi. Bilenler % olarak belirtildi.

Tutum ve davranışlar 6 boyutta değerlendirildi. Birinci boyutta; pasif sigara önlemleri ile ilgili tutumları içeren 7 soru (hastane okul gibi topluma ait yerlerde sigara içimi yasaklanmalıdır, sigara içenler için ayrıca düzenlenmiş odalar olmalıdır, hastanelerde sigara içilmemelidir, okullarda sigara içilmemelidir, spor tesislerinde sigara içilmemelidir, hastaneler ve tüm diğer sağlık kuruluşlarında sigara tamamen yasaklanmalıdır, halka açık kapalı

mekanlarda sigara tamamen yasaklanmalıdır), ikinci boyutta; sağlıkçıların rol model olması ile ilgili düşüncelerini içeren 9 soru (sağlıkçılar sigara içmeyerek topluma örnek olmalıdır, sağlık çalışanları hastaları ve halk için rol model durumundadır, sağlık çalışanları sigara içmeyerek iyi bir örnek olmalıdır, hastaların bırakma şansı sağlık çalışanlarının tavsiye etmesiyle artmaktadır, sağlık çalışanları hastalarına sigara alışkanlıklarını rutin olarak sormalıdır, sağlık çalışanları hastalarına rutin olarak sigarayı bırakmayı önermelidir, sigara içen sağlık çalışanlarının insanlara sigara bırakmalarını önerme olasılıkları daha azdır, sağlık çalışanları sigara bırakma konusunda özel eğitim almalıdır, sağlık profesyonelleri toplumda sigara hakkında konuşmalar yapmalıdır), üçüncü boyutta; endüstri davranışı ile ilgili 2 soru (sigara şirketlerinin sponsorluk yapması yasaklanmalıdır, tütün ürünlerinin reklamı tamamen yasaklanmalıdır), dördüncü boyutta; ergenlerin ulaşması (satış yasağı) ile ilgili 4 soru (18 yaşından küçüklere sigara satışı yapılmamalıdır, sağlık eğitim ve spor tesislerinde sigara satışı yapılmamalıdır, çocuk ve ergenlere sigara satışı yapılmamalıdır, tütün ürünlerinin fiyatı ciddi oranda artırılmalıdır), beşinci boyutta; sigara bıraktırma ve pasif sigarayla mücadele etme ile ilgili tutum ve davranışını içeren 2 soru (hastalara sigarayı bırakmalarına yardım etmem için yeterli bilgiye sahibim, hastanede fakültede, kapalı alanlarda sigara içen birisini görürsem içmemesi gerektiği yönünde uyarırım), altıncı boyutta; sigara içmenin bağımlılık olabileceği bilgisini içeren 1 soru (sigara içenlerin çoğu istediklerinde sigarayı bırakabilirler) soruldu ve evet / hayır, katılıyor / katılmıyor ile değerlendirilerek cevaplar % olarak belirtildi.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, nominal sonuçların tek değişkenli analizi Pearson ve lüzum halinde Fisher'in kesin X^2 metotları ile analiz edildi. Nominal değerlerin çok değişkenli analizinde Logistik regresyon yöntemi kullanıldı. Anketten elde edilen verilerin hesaplanmasında Statistica 7.0 istatistik paket programı (Lisans no:31N6YUCV38) kullanıldı. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma olarak verildi ve T testi ile analiz edildi.

BULGULAR

Toplam 854 öğrenciden 764'ü (%89.4) ankete katıldı. Sekiz öğrencinin anket cevaplarında tutarlılık olmadığından çalışma dışı bırakıldı ve 758 (%88.7) anket değerlendirmeye alındı. Katılanların 355'i (%46.8) erkek, 403'ü (%53.2) kızdı. Öğrencilerin katılımı cinsiyete ve sınıflara göre Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2. Sınıf ve cinsiyete göre ankete katılım

Sınıf	Kız		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Sınıf 1	64	88.8	50	84.7	114	87
Sınıf 2	55	90.1	60	81	115*	85.1*
Sınıf 3	77*	96.2*	54*	76*	131	86.7
Sınıf 4	67*	94.3*	52*	76.4*	119	85.6
Sınıf 5	77	93.9	79	91.8	156	92.8
Sınıf 6	63	92.6	60	96.7	123*	94.6*
Toplam	403	92.8*	355	84.5*	758	88.7

* Kızlarla erkekler arasındaki ankete katılım hızları anlamlı derecede farklıdır ($p<0.05$).

Tüm öğrenciler içerisinde kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre ankete katılım hızları daha fazla saptandı (%92.8'e karşı %88.7, ($p<0.05$)). Sınıf 3 ve Sınıf 4'te kız öğrencilerin ankete katılım hızı erkeklere göre daha fazla idi ve istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). Ankete katılımın sınıflara göre de farklılık gösterdiği, Sınıf 2'de katılım hızı %85.1 iken, Sınıf 6'da %94.6 ya ulaştığı saptandı ($p<0.05$).

Sigara içme durumu ile ilgili prevalanslara bakıldığında öğrencilerin %25.9'unun sigara içtiği saptandı. Bunların % 20.8'inin günlük içici (sık içici), %5.1'inin arasıra sigara içtiği, %4.9'unun bırakmış olduğu, %29'unun denediği, %40.2'sinin hiç sigara içmediği saptandı (Tablo 3). Cinsiyet ile sigara içme davranışı arasındaki ilişki incelendiğinde

erkeklerin kızlara göre 2 katından daha fazla içici olduğu (%36.6'e karşılık % 16.3 p<0.001) saptandı. Arasına içenler, erkeklerde %5.9 iken, kızlarda %4.2 idi (p<0.001). Sigara bırakma oranlarına bakıldığında erkeklerin kızlara göre daha fazla sigara bırakma oranına sahip olduğu (%6.8'e karşılık %3.3 p<0.001) saptandı. Hiç içmemiş olma oranları kızlarda %46.4, erkeklerde %33.2 olarak saptandı (p<0.001). Deneyenler kızlarda %34, erkeklerde %23.4 olarak saptandı (p<0.001).

Tablo 3. Cinsiyete göre sigara içme durumları

Cinsiyet	Hiç içmemiş		Deneyen		Sigara içenler						Bırakmış	
	n	%	n	%	Arasına içen		Günlük içici		Toplam		n	%
					n	%	n	%	n	%		
Kız	187	46.4*	137	34*	17	4.2*	49	12.1*	66	16.3*	13	3.3*
Erkek	118	33.2*	83	23.4*	21	5.9*	109	30.7*	130	36.6*	24	6.8*
Toplam	305	40.2	220	29	38	5.1	158	20.8	196	25.9	37	4.9

*Kızlarla erkekler arasındaki sigara içme prevalansları anlamlı derecede farklıdır (p<0.001).

Sigara deneme yaşı erkeklerde 14.3 ± 4.2 , kızlarda 15.3 ± 3.8 idi ve erkeklerde anlamlı olarak daha düşüktü (p<0.05). Düzenli içmeye başlama yaşı erkeklerde 18.2 ± 2.7 , kızlarda 18.8 ± 3.2 olarak saptandı ve anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4).

Erkeklerin kızlara göre daha çok sigara içtiği saptandı. Erkekler 11.9 ± 8.9 sigara / gün, kızlar 7.1 ± 7.2 sigara /gün (p<0.05). Sigara içme süreleri karşılaştırıldığında erkeklerin ortalama 4.2 ± 3.2 yıl, kızların ortalama 3.1 ± 2.4 yıl sigara içtiği saptandı (p<0.05) (Tablo 4).

Tablo 4. Cinsiyete göre sigarayı deneme, düzenli sigara içme yaşları, içilen sigara miktarı ile sigara içme süresi

Cinsiyet	Sigarayı deneme yaşı	Düzenli içmeye başlama yaşı	İçilen sigara (gün)	Sigara içme süresi (yıl)
Kız	$15.3 \pm 3.8^*$	18.8 ± 3.2	7.1 ± 7.2	3.1 ± 2.4
Erkek	$14.3 \pm 4.2^*$	18.2 ± 2.7	11.9 ± 8.9	4.2 ± 3.2
Toplam				

* Kızlarla erkekler arasındaki sigarayı deneme yaşı, içilen sigara miktarı ve sigara içme süresi anlamlı derecede farklıdır (p<0.05).

Sınıf ile sigara içimi arasındaki ilişki karşılaştırıldığında sigara içiminin Sınıf 1'de %19.3, Sınıf 2'de %19.1, Sınıf 3'te %16, Sınıf 4'te %28.6, Sınıf 5'te %32.7, Sınıf 6'da %37.4 olduğu sınıfın sigara içme davranışını anlamlı derecede etkilediği (p<0.05) Sınıf 1'den Sınıf 6'ya kadar arttığı saptandı. En az oran Sınıf 3'te idi (%16). Hiç içmemiş olma oranı Sınıf 1'de %50 ile en çok iken, Sınıf 5'te %26.9 ile en az idi. Sigara bırakma oranlarına bakıldığında

Sınıf 2, 4 ve 5'teki sigara bırakma oranlarının sırasıyla %4.3, %5.9 ve %7.7 olduğu ve anlamlı şekilde diğer sınıflardan yüksek olduğu ($p<0.05$), diğer sınıflar arasında bırakma oranları yönünden fark olmadığı saptandı. Deneyenlerle sınıflar arası ilişki karşılaştırıldığında Sınıf 3'te %39.7 ile en çok iken, Sınıf 6 da %20.3 en az olarak saptandı ve sınıflar arasında anlamlı fark saptandı ($p<0.001$) (Tablo 5).

Tablo 5. Sınıflara göre sigara içme durumları

Sınıf	Hiç içmemiş		Deneyen		Sigara içenler						Bırakmış	
	n	%	n	%	Arasına içen		Günlük içici		Toplam		n	%
					n	%	n	%	n	%		
Sınıf 1	57	50	31	27.2**	8	7	14	12.3	22	19.3*	4	3.5
Sınıf 2	55	47.8	33	28.7**	5	4.3	17	14.8	22	19.1*	5	4.3*
Sınıf 3	53	40.5	52	39.7**	4	3.1	17	13	21	16*	5	3.8
Sınıf 4	50	42	28	23.5**	3	2.5	31	26.1	34	28.6*	7	5.9*
Sınıf 5	42	26.9	51	32.7**	5	3.2	46	29.5	51	32.7*	12	7.7*
Sınıf 6	48	29	25	20.3**	13	10.6	33	26.8	46	37.4*	4	3.3
Total	305	40.2	220	29	38	5	158	20.8	196	25.9	37	4.9

*Sınıflara göre sigara içme durumu anlamlı derecede farklıdır ($p<0.05$).

** Sınıflara göre sigara içme durumu anlamlı derecede farklıdır ($p<0.001$).

Barınma durumu ile sigara içimi arasındaki ilişki incelendiğinde, aile yanında ve bekar evinde kalanlarda yurttaki kalanlara göre günlük içicilik, yurt ve bekar evinde kalanlarda, aile yanında kalanlara göre de arasıra içicilik daha fazla saptandı ($p<0.05$). Hiç içmemiş, deneyen, bırakmış olma durumu ile barınma durumu arasında ilişki saptanmadı (Tablo 6).

Tablo 6. Barınma durumuna göre sigara içme durumları

Barınma Durumu	Hiç içmemiş		Deneyen		Sigara içenler						Bırakmış	
	n	%	n	%	Arasına içen		Günlük içici		Toplam		n	%
					n	%	n	%	n	%		
Yurt	85	46.2	58	31.5	8	4.4*	26	14.1	34	18.5	7	3.8
Bekar evi	195	37.9	147	28.5	30	5.8*	117	22.7*	147	28.5	26	5
Aile yanı	25	42.4	15	25.4	0	0	15	25.4*	15	25.4	4	6.8
Toplam	305	40.2	220	29	38	5	158	20.8	196	25.9	37	4.9

* Barınma durumuna göre sigara içme durumları anlamlı derecede farklıdır ($p<0.05$).

Erkek öğrenciler arasında gümrüksüz-kaçak-bandrolsüz sigara içimi kız öğrencilere göre anlamlı derecede yaygın olarak saptandı (erkeklerde %33, kızlarda %10.2) ($p<0.05$). Sınıflar arasında gümrüksüz-kaçak-bandrolsüz sigara kullanımı karşılaştırıldığında en fazla %41.2 ile Sınıf 2, en az %14.5 ile Sınıf 6 saptandı. Sınıflar arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 7).

Tablo 7. Sınıf ve cinsiyete göre gümrüksüz–kaçak-bandrolsüz sigara kullanımı

Sınıf	Gümrüksüz-kaçak-bandrolsüz sigara içiyorum		Gümrüksüz-kaçak-bandrolsüz sigara içmem		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Sınıf 1						
Kız	0	0	13	100	13*	38.2*
Erkek	9	42.9	12	57.1	21*	61.8*
Toplam	9	26.5	25	73.5		
Sınıf 2						
Kız	2	25	6	75	8*	23.5*
Erkek	12	46.2	14	53.8	26*	76.5*
Toplam	14	41.2	20	58.8		
Sınıf 3						
Kız	2	11.8	15	88.2	17*	45.9*
Erkek	6	30	14	70	20*	54.1*
Toplam	8	21.6	29	78.4		
Sınıf 4						
Kız	2	9.5	19	90.4	21*	45.7*
Erkek	8	32	17	68	25*	54.3*
Toplam	10	21.7	36	78.3		
Sınıf 5						
Kız	2	7.1	26	92.9	28*	35.9*
Erkek	18	36	32	64	50*	64.1*
Toplam	20	25.6	58	74.4		
Sınıf 6						
Kız	3	14.3	18	85.7	21*	38.2*
Erkek	5	14.7	29	85.3	34*	61.8*
Toplam	8	14.5	47	85.5		
Toplam	69	24.3	215	75.7	284	100

* Kızlarla erkekler arasındaki gümrüksüz–kaçak–bandrolsüz sigara içimi anlamlı derecede farklıdır (p<0.05).

Sigara dışı tütün mamülü kullanmanın erkekler arasında anlamlı olarak yaygın olduğu saptandı (p<0.05) (erkeklerde %19.7, kızlarda %7.9). Sınıf ile sigara dışı tütün mamülü kullanımı karşılaştırıldığında Sınıf 1’de %18.4, Sınıf 2’de %14.7, Sınıf 3’te %7.6, Sınıf 4’te %13.4, Sınıf 5’te %16, Sınıf 6’da %10.5 olarak saptandı. Sınıf 3’te sigara dışı tütün mamülü kullanımının diğer sınıflara göre daha düşük olduğu saptandı (p<0.05). Öğrenciler arasında sigara dışında sıklık sırasına göre %37.2 nargile, %9.2 puro, % 0.5 pipo içildiği saptandı (Tablo 8).

Tablo 8. Sigara dışı tütün mamülü kullanımının cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı

Sınıf	Kız		Erkek		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sınıf 1	10	15.6	11	22	21	18.4
Sınıf 2	2	0.3	15	25	17	14.7
Sınıf 3	3	0.3	7	12	10*	7.6*
Sınıf 4	7	10.4	9	17.3	16	13.4
Sınıf 5	7	9	18	22.7	25	16
Sınıf 6	3	4.7	10	16.6	13	10.5
Total	32	7.9*	70	19.7*	102	13.4

* Kızlarla erkekler arasındaki sigara dışı tütün mamülü kullanımı anlamlı derecede farklıdır ($p<0.05$).

Öğrencilerin aktif sigara kullanımının zararları ile ilgili bilgi düzeyi değerlendirildiğinde sınıf düzeyi arttıkça aktif sigaranın zararları konusunda bilgi düzeyinin arttığı, uzun süre sigara içenlerde bilgi düzeyinin düşük olduğu saptandı ($p<0.05$). Sınıf 1'deki kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre bilgi düzeyi anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$) (Tablo 9).

Sigaranın yol açtığı hastalıklar arasında en çok bilinenler sırası ile akciğer kanseri, kalp damar hastalıkları, gırtlak kanseri, periferik damar hastalıkları, ağız kanseri, enfeksiyon, ani bebek ölümü sendromu, amfizem, felçler, lokoplaki iken, en az bilinenler mesane kanseri ve ölü doğum idi.

Tablo 9. Aktif sigara içiminin zararlarını konusundaki bilgi düzeyinin sınıflara göre dağılımı

Aktif sigara kullanımının zararları	Sınıf 1	Sınıf 2	Sınıf 3	Sınıf 4	Sınıf 5	Sınıf 6	Toplam
	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
Akciğer Kanseri	112 98.2	109 94.8	128 97.7	116 97.5	153 98.1	119 96.7	737 97.2
Mesane Kanseri	65 57	75 65.2	97 74	108 90.8	144 92.3	112 91.1	601 79.3
Gırtlak Kanseri	101 88.6	104 90.4	125 95.4	116 97.5	155 99.4	120 97.6	721 95.1
Ağız Kanseri	96 84.2	102 87.7	126 96.2	118 99.2	152 97.4	118 95.9	712 93.9
Amfizem	80 70.2	98 85.2	116 88.5	111 93.3	142 91	118 95.9	665 87.7
Kalp-damar hastalıkları	101 88.6	109 94.8	129 98.5	116 97.5	154 98.7	120 97.6	729 96.2
Periferik damar hastalıkları	91 79.8	105 91.3	128 97.7	115 96.6	155 99.4	123 100	717 94.6
Felç	71 62.3	82 71.3	108 82.4	112 94.1	142 91	121 98.4	636 83.9
Lokoplaki(ağız-dil)	86 75.4	81 70.4	106 80.9	112 94.1	134 85.9	110 89.4	629 83
Enfeksiyon	84 73.7	86 74.8	123 93.9	115 96.6	148 94.9	121 98.4	677 89.3
Ani Bebek Ölümü Sendromu	96 84.2	93 80.9	111 84.7	113 95	147 94.2	111 90.2	671 88.5
Ölü doğum	76 66.7	84 73	101 77.1	103 86.6	125 80.1	100 81.3	589 77.7

Aktif sigaranın kullanımının zararları ile ilgili bilgi düzeyi kliniğe girişten önceki sınıflarda (Sınıf 1, 2, 3), klinik sınıflara göre (Sınıf 4, 5, 6) daha az bulundu ($p<0.05$). Akciğer kanseri bilgisi klinik (%97.5) ve preklinik (%96.9) öğrenciler arasında anlamlı fark göstermedi. Çünkü bilme oranı zaten %95'in üzerinde idi (Tablo 10).

Tablo 10. Öğrencilerin preklinik ve klinik sınıflarda sigara ile ilişkili hastalıklar konusundaki bilgi düzeyleri

Aktif sigara kullanımının zararları	Preklinik % n=360	Klinik % n=398	P değeri
Akciğer Kanseri	96.9	97.5	$p>0.05$
Mesane Kanseri	65.8	91.5	$p<0.05$
Gırtlak Kanseri	91.7	98.2	$p<0.05$
Ağız Kanseri	90	97.5	$p<0.05$
Amfizem	81.7	93.2	$p<0.05$
Kalp-damar hastalıkları	94.2	98	$p<0.05$
Periferik damar hastalıkları	90	98.7	$p<0.05$
Felç	72.5	94.2	$p<0.05$
Lokoplaki (ağız - dil)	75.8	89.4	$p<0.05$
Enfeksiyon	81.4	89.3	$p<0.05$
Ani Bebek Ölümü Sendromu	83.3	93.2	$p<0.05$
Ölü doğum	72.5	82.4	$p<0.05$

Öğrencilerin pasif sigara maruziyetinin zararları ile ilgili bilgi düzeyi değerlendirildiğinde sınıf düzeyi arttıkça bilgi düzeyinin arttığı saptandı ($p<0.05$). Cinsiyet ile pasif sigara maruziyeti zararları arasındaki ilişki incelendiğinde de kız öğrencilerinin pasif sigaranın zararları ile ilgili bilgi düzeyi erkek öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p<0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Pasif sigara maruziyetinin zararları konusundaki bilgi düzeyinin sınıflara göre dağılımı

Pasif sigara maruziyetinin zararları	Sınıf 1		Sınıf 2		Sınıf 3		Sınıf 4		Sınıf 5		Sınıf 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pasif sigara, içmeyen kişilerde akciğer hastalığı riskini artırır	105	92.1	111	96.5	128	97.7	116	97.5	154	98.7	119	96.7
Pasif sigara, içmeyen kişilerde Kalp hastalığı riskini artırır	88	77.2	103	89.6	121	92.4	110	92.4	135	86.5	111	90.2
Anne-babanın sigara içmesine maruz kalan çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonları riski artmaktadır.	91	77.8	109	94.8	119	90.8	113	95	151	96.8	118	95.9

Pasif sigara maruziyetinin akciğer hastalığı riskini artırdığı prelinik ve klinik dönemde en çok, kalp hastalığı riskini artırdığı prelinik ve klinik dönemde daha az olarak bilindi. Anne - babanın sigara içmesine maruz kalan çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonları riski prelinik dönemde klinik döneme göre daha az bilinmekteydi ($p<0.05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Öğrencilerin prelinik ve klinik sınıflarda pasif sigara ile ilişkili hastalıklar konusundaki bilgi düzeyleri

Pasif sigara maruziyetinin zararları	Prelinik % n=360	Klinik % n=398	P değeri
Pasif sigara, içmeyen kişilerde akciğer hastalığı riskini artırır	95.6	97.7	$p>0.05$
Pasif sigara, içmeyen kişilerde Kalp hastalığı riskini artırır	86.7	89.4	$p>0.05$
Anne-babanın sigara içmesine maruz kalan çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonları riski artmaktadır	88.6	96	$p<0.05$

Öğrencilerin pasif sigara önlemleri ile ilgili tutumları hastane (%93.6), okul (%93.8), spor tesisleri (%93.5) ve halka açık kapalı mekanlarda sigaranın yasaklanması (%89.3) ve içilmemesi yönünde daha fazla iken, sigara içenler için düzenlenmiş ayrı odaların (%80.1) olması yönünde daha az olarak saptandı (Tablo 13).

Tablo 13. Pasif sigara önlemleri ile ilgili öğrencilerin tutumları

	Evet %	Hayır %
Hastane okul gibi topluma ait yerlerde sigara içimi yasaklanmalıdır (n=756)	94	6
Sigara içenler için ayrıca düzenlenmiş odalar olmalıdır (n=756)	80.1	19.9
Hastanelerde sigara içilmemelidir. (n=756)	93.6	6.4
Okullarda sigara içilmemelidir. (n=756)	93.8	6.2
Spor tesislerinde sigara içilmemelidir. (n=757)	93.5	6.5
Hastaneler ve tüm diğer sağlık kuruluşlarında sigara tamamen yasaklanmalıdır. (n=757)	85.5	14.5
Halka açık kapalı mekanlarda sigara tamamen yasaklanmalıdır (n=757)	89.3	10.7

Sağlıkçıların rol model olması ile ilgili sağlık çalışanlarının hastalarına sigara alışkanlıklarını rutin olarak sorması (%92.7), sağlık profesyonellerinin toplumda sigara hakkında konuşmalar yapması (%91.8) ve rutin olarak (%90.6) bırakmayı önermesi, sağlık çalışanları hastaları ve halk için sigara içmeyerek topluma örnek olmalıdır (%87.9) düşüncesine katılım daha fazla iken, sigara içen sağlık çalışanlarının insanlara sigara bırakmalarını önerme olasılıkları daha azdı (%71.1) ve hastaların bırakma şansı sağlık çalışanlarının tavsiye etmesiyle artmaktadır (%75.2) düşüncesine katılım daha azdı (Tablo 14).

Tablo 14. Sağlıkçuların rol model olması ile ilgili düşünceleri

	Katılıyor %	Katılmıyor %
Sağlıkçular sigara içmeyerek topluma örnek olmalıdır (n=757)	87.9	12.1
Sağlık çalışanları hastaları ve halk için rol model durumundadır (n=757)	86.7	13.3
Sağlık çalışanları sigara içmeyerek iyi bir örnek olmalıdır (n=757)	89.3	10.7
Hastaların bırakma şansı sağlık çalışanlarının tavsiye etmesiyle artmaktadır (n=756)	75.2	24.8
Sağlık çalışanları hastalarına sigara alışkanlıklarını rutin olarak sormalıdır (n=757)	92.7	7.3
Sağlık çalışanları hastalarına rutin olarak sigarayı bırakmayı önermelidir (n=757)	90.6	9.4
Sigara içen sağlık çalışanlarının insanlara sigara bırakmalarını önerme olasılıkları daha azdır (n=756)	71.1	28.9
Sağlık çalışanları sigara bırakma konusunda özel eğitim almalıdır (n=757)	87.7	12.3
Sağlık profesyonelleri toplumda sigara hakkında konuşmalar yapmalıdır (n=757)	91.8	8.2

Öğrencilerin endüstri davranışı ile ilgili düşünceleri, tütün ürünlerinin reklamı (%82.3) ve sigara şirketlerinin sponsorluk yapmasının yasaklanması (%79.8) yönünde idi (Tablo 15).

Tablo 15. Endüstri davranışı ile ilgili düşünceleri

	Katılıyor %	Katılmıyor %
Sigara şirketlerinin sponsorluk yapması yasaklanmalıdır (n=757)	79.8	20.2
Tütün ürünlerinin reklamı tamamen yasaklanmalıdır. (n=757)	82.3	17.7

Ergenlerin ulaşması (satış yasağı) ile ilgili düşünceleri, 18 yaşından küçüklere (%94.2) ve sağlık, eğitim, spor tesislerinde sigara satışının yapılmaması yönünde (%88.7) daha fazla iken, tütün ürünleri fiyatının ciddi oranda artırılması yönünde (71.5) daha az olarak saptandı (Tablo 16).

Tablo 16. Ergenlerin sigaraya ulaşması (satış yasağı) ile ilgili düşünceleri

	Evet %	Hayır %
18 yaşından küçüklere sigara satışı yapılmamalıdır (n=757)	94.2	5.8
Sağlık eğitim ve spor tesislerinde sigara satışı yapılmamalıdır (n=757)	88.7	11.3
Çocuk ve ergenlere sigara satışı yapılmamalıdır (n=757)	94.2	5.8
Tütün ürünlerinin fiyatı ciddi oranda artırılmalıdır (n=757)	71.5	28.5

Sigara ile tedavi ederek veya pasif sigaraya müdahale ederek mücadele etmek noktasında tutum ve davranışları incelendiğinde, “hastalara sigarayı bırakmalarına yardım etmem için yeterli bilgiye sahibim” (%33.3), “hastanede, fakültede, kapalı alanlarda sigara içen birisini görürsem içmemesi gerektiği yönünde uyarırım” (%49.2) diğer boyutlara göre daha düşük olarak saptandı (Tablo 17).

Tablo 17. Öğrencilerin sigara bıraktırma ve pasif sigarayla mücadele etme ile ilgili tutum ve davranışları

	Evet %	Hayır %
Hastalara sigarayı bırakmalarına yardım etmem için yeterli bilgiye sahibim (n=756)	33.3	66.7
Hastanede, fakültede, kapalı alanlarda sigara içen birisini görürsem içmemesi gerektiği yönünde uyarırım (n=757)	49.2	50.8

Sigara içiminin bir kişisel seçimden öte bağımlılık olabileceği bilgisi sorgulandığında ancak %11.6 öğrencinin olumlu yanıt verdiği saptandı (Tablo 18).

Tablo 18. Sigara içiminin bağımlılık olabileceği bilgisi

	Evvet %	Hayır %
Sigara içenlerin çoğu istediklerinde sigarayı bırakabilirler (n=757)	88.4	11.6

TARTIŞMA

Tütün kullanımı tüm dünyada insan sağlığını tehdit eden en önemli etkenlerden biridir. (3). Başta sigara olmak üzere tütün ürünlerinin kullanılması ciddi hastalıklara ve ölümlere yol açmaktadır. 1990'da tütün kullanıma bağlı ölümler 3 milyon iken, 2020 yılında 10 milyona ulaşacağı hesaplanmaktadır (117). Özellikle bizim gibi sigara içme sıklığının gittikçe yükseldiği ülkelerde sigaraya karşı etkinlikler acilen artırılmalıdır. Çoğu sigara içicisi, hekime gelmek zorunda kaldığından bu problemle savaşta özellikle birinci basamak hekimler önemli rol oynar. Sigara karşıtı tutum ve davranışlarıyla, sigara içme alışkanlığı ile savaşa büyük katkıda bulunmaları beklenen tıp doktorları arasında sigara içme alışkanlığının oldukça yaygın olduğu ve sigara alışkanlığı açısından genel popülasyondan anlamlı fark saptanmadığı bildirilmektedir.

Tıp doktorlarının primer olarak insanların sigara bırakmasında önemli rolleri vardır. Dolayısıyla tıp öğrencileri geleceğin tıp doktorları olarak sigara ile ilişkili hastalıklar konusunda yeterli bilgi ve sigara bırakma konusunda yeterli donanıma sahip olmalıdır. Geleceğin doktorlarını sigaraya karşı eğitmek toplumda sigara savaşına en çok katkısı olacak etkinliklerin başında gelmektedir. Hekim eğitiminden başta tıp fakülteleri sorumludur ve öğrencilerin sigara içme sıklığı fakültenin bu konudaki eğitimini yansıtabilir. Tüm dünyada 143 ülkeden 1353 tıp fakültesinde yapılan araştırmada, araştırmaya katılan fakültelerin %12'sinde sigara ile ilgili hiçbir dönemde eğitim yokken %58'inde sigara diğer dersler içerisinde, %40'ında diğer modüller içinde sistematik bir şekilde düşünölmekte ve sadece %11'inde sigaraya özel eğitim modelleri verilmektedir (118).

Uluslararası Verem Savaş Dernekleri Birliği, DSÖ, Amerikan Kanser Derneği ve Uluslararası Kanser Savaş Birliği tarafından 42 ülkede 51 tıp fakültesinde 9000'in üzerinde

tıp fakültesi öğrencisinde yapılan araştırmalar sonucunda tıp öğrencilerinde sigara içme prevalansı erkeklerde %0 – 56.9, kızlarda %0 – 44.7 olarak bulunmuştur (33-35). Toplam içicilik Asya tıp fakültelerinde (ortalama %11.1) Avrupa tıp fakültelerinden (ortalama %21.9) daha azdır (33).

Türkiye’de tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan araştırmalarda ise Cumhuriyet Üniversitesi – 1984 – erkeklerde %42, kızlarda %25; Anadolu Üniversitesi – 1989 – erkeklerde %48, kızlarda %29 (40); Akdeniz Üniversitesi – 1992 erkeklerde %41.8, kızlarda %25.5 (41); İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi – 1993 – 1995 erkeklerde %18 – 20.8, kızlarda %5 – 8.4 (42,43); Kocabaş ve ark.larının (44) Türkiye’deki 7 Tıp Fakültesinde yaptığı çok merkezli çalışmaya göre sigara içme sıklığı erkeklerde %26.2 – 35, kızlarda %5.4 – 13.8; Karadeniz Teknik Üniversitesi – 1996 erkeklerde %38.5, kızlarda %17.7 (45); Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi - 1999 erkeklerde %40.4, kızlarda %21.8 (46); Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi – 2002 erkeklerde %25, kızlarda %12.1 (119), Dokuz Eylül Üniversitesi - 2004 erkeklerde %45.6, kızlarda %29.1 (47); Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi – 2004 erkeklerde %35.5, kızlarda %13.8 (48) olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da sigara içme prevalansı erkek öğrenciler arasında %36.6, kızlarda %16.3 olarak saptandı (Tablo 19). Günlük içicilik ve arasıra içicilik oranları irdelendiğinde, günlük içicilik erkeklerde %30.7, kızlarda %12.1, arasıra içicilik erkeklerde %5.9, kızlarda %4.2 olarak saptandı.

Tablo 19. Türkiye’de Tıp Fakültelerindeki sigara içme prevalanslarının cinsiyete göre dağılımı

Tıp Fakültesi	Yıl	Erkek %	Kız %	Toplam %
Cumhuriyet Üniversitesi (40)	1984	42	25	33.5
Anadolu Üniversitesi(40)	1989	48	29	38.5
Akdeniz Üniversitesi(41)	1992	41.8	25.5	33.6
İstanbul Üniversitesi (42,43)	1993 - 1995	18 – 20.8*	5 – 8.4*	
7 Tıp fakültesi (44)	1994	26.2 - 35*	5.4 – 13.8*	
Karadeniz Teknik Üniversitesi (45)	1996	38.5	17.7	28.1
Trakya Üniversitesi (46)	1999	40.4	21.8	30.5
Celal Bayar Üniversitesi (119)	2002	25	12.1	18
Dokuz Eylül Üniversitesi (47)	2004	45.6	29.1	39
Gazi Üniversitesi (48)	2004	35.5	13.8	24
Trakya Üniversitesi**	2006	36.6	16.3	25.9

Kaynak: 46

*Birinci ile son yıl tıp öğrencilerindeki sigara içme prevalansı, **Bizim yaptığımız çalışma

Türkiye'deki diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında bizim çalışmamızdaki sigara içiciliğinin Çan ve ark. (45) ile İlhan ve ark.'nın (48) yaptığı çalışmalarla benzer sonuçlarda olduğu saptandı. Erkek ve kız öğrenciler arasında günlük içicilik oranlarının Yıldırım ve ark.'nın (119) yaptığı çalışma ile benzer olduğu diğer çalışmalardan ise belirgin olarak düşük olduğu görüldü. Ayrıca 1999 yılında Karlıkaya ve ark. (46) yaptığı çalışma ile karşılaştırıldığında (erkeklerde %43.7, kızlarda %25.1) geçen 7 yıl boyunca erkek ve kız öğrencilerde sigara içme oranının belirgin olarak azaldığı (erkeklerde %7.1, kızlarda %8.8) saptandı. 1999 yılında Trakya Üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumlarını belirlemek, sigara ile ilgili eğitim gereksinimlerini ve etkilerini araştırmak üzere anket uygulandı. Sonuçlar tıp fakültesi dergisi ve konferanslarda duyurularak öğrencilerin ve öğretim görevlilerinin dikkati çekildi. 2000 yılında fakültede Sigara Polikliniği açıldı ve yılda 3 kez toplumsal bilinç seviyesini artırmak için konferanslar, toplantılar düzenlendi. Yine 2000 yılında 1. sınıf tıp fakültesi öğrencilerine tıbbi pratiğe giriş dersinde teorik olarak sigara anlatıldı. 2001 yılından itibaren toraks derneğinin 31 Mayıs Sigarasız Dünya Günü etkinliklerine katıldı. 2001'de 21 Kasım Sigarasız Kadın Günü ilan edildi. 1998 yılından beri 3. ve 5. sınıflara sigara ders içerisinde hastalık bilgisi olarak verilmekte iken 2002 yılından sonra 3. sınıflara akciğer ve sigara, 5. sınıflara da sigara ders olarak anlatılmaya başlandı. 2005 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Türkiye'nin ilk sigarasız hastanesi olarak ilan edildi. Yine 2005 yılında Sigara Bırakma Merkezi ve öğrenci topluluğu olan Temiz Nefes Topluluğu kuruldu. 3 Eylül 2007'de hastanede sigara satışı yasaklandı. 1999 yılından beri yürütülen bu çalışmalar sonucunda, öğrenciler arasında sigara içiminin azalmış olduğu düşünüldü.

Bizim çalışmamızda tıp öğrencilerinin sigarayı deneme yaşı erkeklerde 14.3 ± 4.2 , kızlarda 15.3 ± 3.8 , düzenli olarak sigaraya başlama yaşı da erkeklerde 18.2 ± 2.7 , kızlarda 18.8 ± 3.2 olarak saptandı. Karlıkaya ve ark.'nın (46) 1999 yılında tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada sigarayı deneme yaşı erkeklerde 16.8 ± 3.5 , kızlarda 17.7 ± 2.8 iken, düzenli olarak sigaraya başlama yaşı erkeklerde 19.2 ± 2 , kızlarda 19.3 ± 1.7 idi. Geçen süre içerisinde tıp öğrencilerinin sigarayı deneme yaşının ve düzenli olarak sigaraya başlama yaşının düşmüş olduğu saptandı. Buradan da anlaşılacağı üzere sigara alışkanlığı yaygın olarak çocukluk çağlarında kazanılmakta, ilkokul son sınıftan başlayarak ortaokul ve lise dönemlerinde sigara ile tanışmakta ve alışkanlık haline gelmekte olup üniversite yıllarında da düzenli olarak içilmektedir.

Tıp öğrencilerinin çoğunun üniversite eğitimleri sırasında sigara kullanma alışkanlığı edindikleri yada içtikleri sigara miktarını artırdıkları, bunun nedeni olarak da sigaranın

zararları konusunda eğitim yetersizliği olabileceği bildirilmektedir (33,120). Tıp öğrencilerinde, eğitimleri sırasında sigara alışkanlığında artış olmasının, aldıkları tıbbi eğitim ve klinik pratiklerin öğrencileri sigaradan vazgeçiremediğinin göstergesi olduğu vurgulanmaktadır (121). Uçkun ve ark. (122), Karlıkaya ve ark. (46), İtil ve ark. (47) ile İlhan ve ark.'nın (48) yaptığı çalışmalarda tıp öğrencilerinde sınıf düzeyi arttıkça sigara içme alışkanlığının arttığına dikkat çekilmektedir. İncelediğimiz kaynaklarda da genel olarak bu durumun dünya tıp fakültelerinde de böyle olduğunu göstermektedir. Bizim fakültemizde de Sınıf 1 den sınıf 6'ya kadar sigara içiminin arttığı en düşük oranının Sınıf 3'te (%16) olduğu saptandı. Özellikle ilk üç yılda sigara kullanımı (Sınıf 1'de %19.3, Sınıf 2'de 19.1, Sınıf 3'te %16) düşük olarak saptanmış olup Sınıf 6'da (%37.4) maksimuma ulaşmıştır. Karlıkaya ve ark.'nın (46) yaptığı çalışma (Sınıf 1'de %8.4, Sınıf 2'de %32.2, Sınıf 3'te %44.3), İlhan ve ark.'nın (48) yaptığı çalışma (Sınıf 1'de %17.6, Sınıf 2'de %21.3, Sınıf 3'te %14.1) ile Yıldırım ve ark.'nın (119) yaptığı çalışmada da (Sınıf 1'de %18, Sınıf 2'de %22.8, Sınıf 3'te %24.3) ilk üç yılda sigara kullanımının düşük olduğu saptanmıştır. Daha önce Karlıkaya ve ark. (46) tarafından 1999 yılında fakültemizde yapılan çalışmaya göre de özellikle 2. ve 3. sınıflarda belirgin azalma gözlenmiştir. Bizim çalışmamızda da diğer iki çalışmada olduğu gibi ilk üç yıldaki günlük sigara kullanımı belirgin olarak düşüktü. İlk üç yılda sigara içiciliğinin düşük olarak saptanması, fakülte eğitiminin en başından itibaren ve hatta fakülte öncesi sigara eğitimine başlanması gerektiğini ve tüm eğitim boyunca aksatılmadan devam ettirilmesinin zorunlu olduğu düşüncesi bizim çalışmamızda da aynı yöneydi.

Sınıf 4 ve 5'teki öğrenciler arasında sigara bırakma oranlarındaki artışında öğrencilere verilen etkili sigara eğitimi ile kliniklerde sigaraya bağlı hastalığı olan hastalarla karşılaşması olduğu düşünüldü.

Barınma koşulları ile sigara içimi arasındaki ilişki incelendiğinde İlhan ve ark.'nın (48) yaptığı çalışmada bekar evinde (%29.8) ve aile yanında (20.8) kalanlarda, yurttta (%17.2) kalanlara göre, Karlıkaya ve ark.'nın (46) yaptığı çalışmada ise bekar evinde (%37.5) kalanlarda, ailesi (%18) ve yurttta (%13.4) kalanlara göre günlük içicilik daha fazla olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise aile yanında (%25.4) ve bekar evinde (%22.7) kalanlarda, yurttta (%14.1) kalanlara göre günlük içicilik daha fazla olarak saptandı. Sonuçlar İlhan ve ark. (48) yaptığı çalışma ile benzerdi. Bunun nedeni olarak aile yanında ve bekar evinde kalan öğrencilerin ekonomik yönden daha bir bağımsızlık duygusu içinde davranabildikleri düşünüldü. Diğer taraftan ise yurt (%4.4) ve bekar evinde (%5.8) kalanlarda, aile yanında (%0) kalanlara göre de arasıra içicilik daha fazla saptandı. Neden olarak ta bekar

evinde ve yurttan kalanlar arasında ikili arkadaş ilişkilerinin ve akran baskısının olabileceği düşünöldü.

Ergenlerin sigara içme riskini artıran birçok faktör vardır. Bunlar tütün endüstrisinin yaptığı reklam ve promosyonlar, tütün mamüllerine kolay erişebilme ve düşük fiyatlardır (123). Ergenlerin sigaraya ulaşmasını azaltan en önemli etkenlerden biri fiyattır (124). Ülkemizde 4207 sayılı yasa ile 18 yaşın altındakilere sigara satışı yasaklanmıştır. Ancak Karlıkaya (125) tarafından yapılan bir çalışma ergenlerin rahatça sigara satın alabildiği hatta isteyen öğrencilerin tek sigara bile satın alabildiklerini göstermiştir. Edirne'nin sınır kenti olması nedeni ile vergi dışı ticaretin kolaylıkla yapıyor olması beklenebilir. Sigara kaçakçılığı dünyanın her yerinde, halk sağlığı açısından uluslararası bir tehdittir. Burada bahsedilen sigara kaçakçılığına gümrük kapılarında satılan vergisiz sigara da dahildir. Karlıkaya (125) tarafından lise öğrencilerinde yapılan çalışmada sigara içen öğrencilerin ucuz –gümrüksüz–kaçak sigara alma durumları erkek öğrencilerde %50, kız öğrencilerde %23.1 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda Türkiye'de tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan diğer çalışmalardan farklı olarak tıp fakültesi öğrencilerinin gümrüksüz–kaçak–bandrolsüz sigara içimi de incelendi ve gümrüksüz–kaçak–bandrolsüz sigara kullanımı erkek öğrencilerde %33, kız öğrencilerde %10.2 olarak saptandı. Sonuçlar Karlıkaya'nın (125) yaptığı çalışma ile benzerdi. Gümrüksüz–kaçak–bandrolsüz sigaranın normal büfe ve marketlerde satışının olmadığı ve el altından satıldığı göz önüne alındığında, erkeklerin bu tür ortamlara ikili ilişkilerle kızlara göre daha rahat girebildiği ve daha kolay temin edebildikleri düşünülmüştür. Ayrıca, erkekler kızlara göre daha çok sigara içtiğinden sigara için daha fazla para harcamak zorunda kalmaktadırlar. Bu yüzden gümrüksüz–kaçak–bandrolsüz sigaranın daha ucuza elde edilmesi de erkek öğrencilerde, kız öğrencilere göre gümrüksüz–kaçak–bandrolsüz sigara kullanımının nedeni daha fazla olduğu düşüncesini destekledi.

Sigara dışında tütünün değişik kullanım biçimleri arasında nargile, puro, pipo ve enfiye de bulunmaktadır. Türkiye'de son dönemde tütünün nargile şeklinde tüketimi özellikle gençler arasında önemli bir artış göstermiştir (126). Çalışmamızda Türkiye'de tıp öğrencilerinde yapılan diğer çalışmalardan farklı olarak sigara dışı tütün mamulü kullanımı da incelenmiş olup erkelerde (%19.7), kızlara (%7.9) oranla daha yüksek saptanmıştır. Öğrenciler arasında sigara dışında sıklık sırasına göre %37.2 nargile, %9.2 puro, % 0.5 pipo içildiği saptandı. Son yıllarda gençler arasında kullanımı giderek artan ve çalışmamızda da yüksek oranda saptadığımız sigara dışı tütün mamüllerinin zararlarının da tıp fakültesi öğrencilerine anlatılması gerektiği düşünülmüştür.

Crofton'un yaptığı çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin sigaranın zararları ile ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde sigaranın koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, amfizem, mesane kanseri ve neonatal mortalitenin sigara ile ilişkisi bilinmemektedir (127). Tunus'ta yapılan bir diğer çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin çoğunluğu sigaranın bronşlar ve koroner arterler üzerinde etkisi olduğunu, ancak öğrencilerin sadece 1/3'i sigaranın mesane kanseri oluşumunda rol oynadığını belirtmişlerdir (127). Yine Pakistan'da yapılan bir çalışmada öğrencilerin tümü sigaranın akciğer kanseri ile ilişkisini bilmekte fakat, %5'i ağız, gırtlak kanseri ve koroner arter hastalığı ile olan ilişkisini bilmemektedir (128).

Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde Oya ve ark.'nın (47) yaptığı çalışmada öğrencilerin sigara ile ilişkili hastalıklar konusunda prelinik ve klinik yıllar arasında fark saptanmıştır. Öğrencilerin sigaranın akciğer kanseri ve koroner arter hastalığı ile ilişkisini daha çok, periferik vasküler hastalıklar, mesane kanseri ve özofagus kanseri ile ilişkisini daha az olarak bilindiği saptanmıştır. Yıldırım ve ark.'nın (119) yaptığı çalışmada ise öğrenciler akciğer kanseri, koroner arter hastalığı, gırtlak kanseri ve ağız kanseri sigaranın neden olduğu en sık patolojiler olarak belirtilirken, sigaranın mesane kanseri, yeni doğan ölümleri ve serebrovasküler hastalıklara olan etkisinin daha az bilindiği saptandı. Bizim çalışmamızda da tıp fakültesinin ilk üç yılında (prelinik dönemde) bilgi düzeyinin klinik döneme göre düşük olduğu ve sınıf düzeyi arttıkça bilgi düzeyinin arttığı saptandı. Çalışmamızda sigaranın yol açtığı hastalıklar arasında en çok bilinenler sırası ile akciğer kanseri, kalp damar hastalıkları, gırtlak kanseri, periferik damar hastalıkları, ağız kanseri, enfeksiyon, ani bebek ölümü sendromu, amfizem, felçler, lokoplaki iken, en az bilinenlerde mesane kanseri ve ölü doğum idi. Çalışmamızda diğer iki çalışmadan farklı olarak uzun süre sigara içenlerde bilgi düzeyinin düşük olduğu saptandı. Birinci sınıftan altıncı sınıfa kadar tıp öğrencilerinin sigara ile ilişkili hastalıklar bilgisi artmış olmasına rağmen sigara içim oranları etkilenmemiştir. Çalışmamızda ilk üç yılda sigara içim oranlarının düşük olduğu, bilgi düzeyinin artmasına rağmen sigara içim oranlarının arttığı saptanmıştır. Richmond'un makalesinde (33), tıp öğrencilerinde sigaranın zararlı etkilerinin bilinmesinin sigara alışkanlığını göreceli olarak düşük oranda etkilediği, sigara içme konusundaki bilgilerin sigara içme davranışına yansımadağı sürece etkili olmayacağı vurgulanmaktadır. Bu nedenle sigarayla ilgili eğitime tıp fakültesinin ilk yıllarında, sigara alışkanlığı edinilmeden önce başlanması yararlı olacaktır. Çalışmamızda sigara ile ilişkili sağlık sorunları bilinmesine rağmen tıp öğrencilerinde hala sigara içimi yaygındır.

Bu çalışmada, Türkiye'de yapılan diğer çalışmalardan farklı olarak tıp fakültesi öğrencilerinin pasif sigara maruziyetinin zararları konusundaki bilgi düzeyleri de

değerlendirildi. Sonuç olarak kız öğrencilerin pasif sigara maruziyetinin zararları ile ilgili bilgi düzeyi erkek öğrencilere göre daha yüksekti ve sınıf düzeyi arttıkça pasif sigara maruziyetinin zararları ile ilgili bilgi düzeyinin arttığı saptandı. Pasif sigara maruziyetinin içmeyen kişilerde akciğer hastalığı riskini artırdığı prelinik ve klinik dönemde en çok bilinirken, kalp hastalığı riskini artırdığı prelinik ve klinik dönem de daha az olarak bilindi. Anne - babanın sigara içmesine maruz kalan çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonları riski prelinik dönemde klinik döneme göre daha az bilinmekteydi. Tıp öğrencilerine sigaranın zararları ve ilişkili olduğu hastalıklar ile ilgili bilgiler verilirken en az aktif sigara kullanımının zararları kadar pasif sigara maruziyetinin zararları ile ilgili de bilginin verilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda ayrıca diğer çalışmalardan farklı olarak, öğrencilerin pasif sigara önlemleri ile ilgili tutumlarını, sağlıkçıların rol model olmaları ile ilgili düşüncelerini, endüstri davranışı ve ergenlerin ulaşması (satış yasağı) ile ilgili düşüncelerini, kendi davranış ve tutumları ile bağımlılık bilgisini araştırdık.

Fakültemizdeki öğrencilerin pasif sigara önlemleri ile ilgili tutumları, hastane, okul, spor tesisleri ve halka açık kaplı mekanlarda sigaranın yasaklanması ve içilmemesi yönünde daha fazla iken, sigara içenler için düzenlenmiş ayrı odaların olması yönünde de yine yüksek oranda fakat diğerlerine göre daha az olarak saptandı. Tam dumansız ortamlar yaratmanın, pasif sigara maruziyetini azalttığı bilinmektedir. Biz de tütün kontrolü konusunda öğrencileri eğiteceğimiz için pasif sigara önlemleri ile ilgili öğrencilerin tutum geliştirmesine yönelik eğitime de ağırlık verilmesi gerektiğini düşündük.

Hekimlerin davranışı toplumu etkileme potansiyeli taşıdığından, sigara içme alışkanlığını azaltmada hekimlere çok büyük görev ve sorumluluklar düşmektedir. Öğrenciler bile genel olarak tıp doktorunun sigara içmeyen insan modeli olması gerektiğini kabul etmesine karşın bazı eğitimcilerin sigara içmeleri onlar için bir model eksikliğine, hatta yanlış modele maruziyete yol açmaktadır. Öğrencilerimizin sağlıkçıların rol model olmaları ile ilgili düşünceleri irdelenmiş olup, sağlık profesyonellerinin toplumda sigara hakkında konuşmalar yapması, sağlık çalışanlarının hastalarına sigara alışkanlıklarını rutin olarak sorması ve rutin olarak bırakmayı önermesi, sağlık çalışanları hastaları ve halk için sigara içmeyerek örnek olmalıdır düşüncesine katılım daha fazla iken, sigara içen sağlık çalışanlarının insanlara sigara bırakmalarını önerme olasılıkları daha azdı ve hastaların bırakma şansı sağlık çalışanlarının tavsiye etmesiyle artmaktadır düşüncesine katılım da yine yüksek oranda fakat diğerlerine göre daha azdı. Tıp fakültelerinde başta öğretim görevlileri olmak üzere sağlık profesyonellerinin geleceğin doktorları olan tıp fakültesi öğrencilerine model olması gerektiği

ve tıp fakültesi öğrencilerine de, toplumdaki rollerini hakkında motive edici sürekli eğitim programları uygulanması gerektiği düşünüldü.

Gençlerin sigara içme davranışlarını tütün endüstrisinin reklam ve promosyonları, tütün mamüllerine kolay erişebilme ve düşük fiyatlar etkilemektedir (123). Gençlerin sigaraya ulaşmasına yönelik önlemler, sigara içiciliğinin kontrolünde büyük öneme sahiptir. Biz de bu bağlamda tıp fakültesi öğrencilerimizin endüstri davranışı ve ergenlerin ulaşması (satış yasağı) ile ilgili düşüncelerini inceledik. Öğrencilerin çoğu tütün ürünlerinin reklamı ve sigara şirketlerinin sponsorluk yapmasının yasaklanmasını, 18 yaşından küçüklere ve sağlık, eğitim, spor tesislerinde sigara satışının yapılmaması yönünde düşüncelerini belirtirken, tütün ürünleri fiyatının ciddi oranda artırılmasının daha az olarak düşünülmesi bu konuda da eğitimin artırılması gerektiğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda tıp fakültesinde eğitim gören öğrencilerin sigara bırakma ve pasif sigarayla mücadele etme ile ilgili tutum ve davranışları ile sigara içiminin bağımlılık olabileceği bilgisi düşük oranda saptanmıştır. Bu da tıp fakültesinde öğrencilerin sigara ile ilgili tutum ve davranışlarını geliştirmeye ve bağımlılık bilgisini artırmaya yönelik eğitim konularına ağırlık verilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

SONUÇLAR

Çalışmamızda tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme prevalansı ve sigaraya karşı bilgi, tutum ve davranışları araştırıldı, eğitim gereksinimleri saptandı ve şu sonuçlar elde edildi:

1. Tıp fakültesi öğrencilerinin halen 1/4'i sigara içmektedir (%25.9). Tıp fakültesi öğrencilerinin sigarayı deneme ve düzenli olarak sigaraya başlama yaşı düşmüştür. Erkek öğrenciler kız öğrencilere göre daha uzun süre ve daha çok sigara içmiş olup, erkek öğrencilerin sigara içme ve bırakma oranları daha yüksektir.
2. Sınıf 1'den Sınıf 6'ya kadar sigara içme oranlarının arttığı, ilk üç yılda sigara içme oranının düşük, daha sonraki yıllarda artmış olduğu saptandı. Bu nedenle de tıp fakültesinin ilk yıllarından itibaren hatta fakülte öncesinde sigaraya başlanmasının önlenmesi için eğitime başlanması gerektiğinin ve tüm eğitim boyunca aksatılmadan devam ettirilmesinin zorunlu olduğu düşüncesi ile üçüncü sınıftan itibaren de sigara bırakmayı teşvik edici yöntemlerin uygulanmaya sokulmasının gerektiği düşünüldü.
3. Barınma durumunun sigara içme davranışını etkileyebileceği, özellikle yurtda kalmanın bekar evi ve aile yanına göre daha koruyucu olabileceği düşünüldü.
4. Öğrencilerin 1/4'i daha ucuz olduğu için gümrüksüz-kaçak-bandrolsüz sigara içmekte idi (%24.3). Bu durum, bu konudaki yasal mücadelenin yetersizliğinin göstergesi olup bu konunun ilgili makamların dikkatine sunulması gerektiğini düşündürdü.

5. Sigara dışı tütün mamülü kullanmanın tıp fakültesi öğrencileri arasında yaygın olduğu, sigara dışı tütün mamüllerinin zararlarının da tıp fakültesi öğrencilerine anlatılması gerektiği düşünüldü.
6. Tıp öğrencilerine sigaranın zararları ve ilişkili olduğu hastalıklar ile ilgili bilgiler verilirken, aktif sigara kullanımının zararları kadar pasif sigara maruziyetinin zararları ile ilgili de bilginin verilmesi gereğini düşündürdü.
7. Öğrencilerin pasif sigara önlemleri ile ilgili tutum geliştirmesine yönelik eğitime ağırlık verilmesi gereği düşünüldü.
8. Öğrencilerin, sağlık görevlilerinin toplum için rol model olma konusundaki düşünce ve tutumları 2. soru dışında oldukça yüksek saptandı. Böylece, beklenen eğitim gereksinimine göre müfredat değişikliği yapılması gerektiği düşünüldü.
9. Öğrencilerin endüstri davranışı ve ergenlerin ulaşması (satış yasağı) ile ilgili düşüncelerinin oldukça yeterli düzeylere yaklaştığı özellikle, sigara fiyatlarının artımı konusunun önemi ile ilgili bilgilenme gereği saptandı.
10. Sigara içiminin bağımlılık olduğu ve tedavi gerektiği konusunda yeterli bilgi düzeyi oluşmadığı görüldü. Buna rağmen yardım edebilme yeterliliği düşüncesi yanlış olarak 1/3 olması sigara bırakma tedavisi konusunda eğitim ihtiyacının olduğunu düşündürdü.
11. Öğrencilerin sigara içse de, pasif sigarayla ilgili bilgi düzeylerinin eksikliği ile birlikte tutum eksikliği olduğu ve bu konunun tıp fakültesi müfredatına konması gerektiği düşünüldü.

ÖZET

Tütün kullanımı tüm dünyada insan sağlığını tehdit eden en önemli etkenlerden biridir. Başta sigara olmak üzere tütün ürünlerinin kullanılması ciddi hastalıklara ve ölümlere yol açmaktadır. Önlenebilir bir halk sağlığı sorunu olan sigara içme alışkanlığının azaltılmasında geleceğin tıp doktorları olan tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme alışkanlıklarının bilinmesi bu nedenle çok önemlidir.

Bu çalışmanın amacı, tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme prevalansını ve sigaraya karşı bilgi, tutum ve davranışlarını araştırmak, eğitim gereksinimlerini saptamak ve uygun yöntemleri geliştirecek bilgi üretimine katkıda bulunmak idi.

Çalışma grubunu 2006 – 2007 öğretim yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim görmekte olan 854 öğrenci oluşturdu. Öğrencilerin 764'üne (%89.4) (Erkek / Kız: 355 / 403) kimlik bilgileri gizli kalacak şekilde önceden denenmiş anket uygulandı. Anket öğrencilerin demografik özellikleri, sigara içme durumları, barınma durumları aktif ve pasif sigaranın zararları ile ilgili bilgi düzeylerini ve sigara ile ilgili tutum ve davranışlarını içeren sorulardan oluşmaktaydı.

Çalışmanın sonucunda, öğrencilerin %25.9'unun sigara içicisi (erkeklerde %36.6, kızlarda 16.3), %4.9'unun bırakmış olduğu, %29'unun denediği, %40.2'sinin hiç sigara içmediği saptandı. Günlük içicilik oranı %20.8 (erkeklerde %30.7, kızlarda % 12.1) saptandı. Arasına içicilik %5.1 (erkeklerde %5.9, kızlarda %4.2) saptandı. Erkeklerin kızlara göre daha fazla sigara bırakma oranına sahip olduğu (%6.8'e karşılık %3.3) saptandı. Hiç içmemiş olma oranları kızlarda %46.4, erkeklerde %33.2 olarak saptandı. Deneyenler kızlarda %34, erkeklerde %23.4 olarak saptandı. Sigara deneme yaşı erkeklerde 14.3 ± 4.2 , kızlarda 15.3 ± 3.8 , düzenli içmeye başlama yaşı erkeklerde 18.2 ± 2.7 , kızlarda 18.8 ± 3.2 olarak saptandı.

Erkeklerin kızlara göre daha çok ve uzun süre sigara içtiği saptandı. Sigara içme davranışının Sınıf 1'den Sınıf 6'ya kadar arttığı saptandı. İlk üç yılda sigara içme oranının düşük, daha sonraki yıllarda artmış olduğu saptandı. Barınma durumunun sigara içme davranışını etkileyebileceği, özellikle yurttan kalmanın bekar evi ve aile yanına göre daha koruyucu olabileceği düşünüldü. Gümrüksüz-kaçak-bandrolsüz sigara içimi erkek öğrencilerde (%33) kız öğrencilere (%10.2) göre daha fazla saptandı. Sigara dışı tütün mamülü kullanmanın erkekler arasında anlamlı olarak yaygın olduğu (erkeklerde %19.7, kızlarda %7.9) saptandı. Sınıf düzeyi arttıkça sigara kullanımının aktif zararları konusunda bilgi düzeyinin arttığı, prelinik sınıflarda klinik sınıflara göre bilgi düzeyinin düşük olduğu saptandı. Sınıf düzeyi arttıkça pasif sigara maruziyeti konusunda bilgi düzeyinin arttığı, kız öğrencilerin pasif sigara maruziyetinin zararları ile ilgili bilgi düzeyinin erkek öğrencilere göre anlamlı olarak daha fazla olduğu saptandı.

Sonuç olarak, tıp fakültesinde tütün kontrol yöntemlerine ağırlık verilmesi ve tıp fakültesi eğitim müfredatının ilk sınıftan itibaren tutum kazandırmaya yönelik şekilde düzenlenmesi gerektiği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Sigara içimi, tıp öğrencileri, tıp eğitimi

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND BEHAVIORS OF MEDICAL STUDENTS TO SMOKING IN TRAKYA UNIVERSITY MEDICAL FACULTY

SUMMARY

Tobacco use is one of the most important risk factor to the health among worldwide. Tobacco products, especially cigarette can lead to severe diseases and mortality. For declining rate of smoking as a preventable major public health problem, it is very important to know smoking attitudes of the medical students as a future medical doctors.

In this study we aimed to investigate smoking prevalence and knowledge, attitudes and behaviours of smoking to determine educational needs and make contribution for developing new methods for tobacco control amongst the medical students.

In this study 854 students were surveyed in Trakya University Medical Faculty in curriculum year 2006–2007. We conducted a pre-examined questionnaire to 764 students (89.4%) (male / female: 355 / 403). Their identity data were hidden. In the questionnaire, medical students asked for demographic characteristics, smoking behaviours, accommodation, knowledge about harmful effects of active and passive smoking and attitudes and behaviours of smoking.

It was found that the rate of the smoking students was 25.9% (male 36.6 %, female 16.3%), quit rate was 4.9 %, the rate of experienced to smoke was 29% and never smoker rate was 40.2%. Frequent smoker rate was 22% (male 30.7%, female 12.1%) and occasional smoker rate was 5.1%. (male 5.9%, female 4.2%). The rate of ex smoker was more in males than females (6.8% - 4.2%). The rate of female never smoker was 46.4% and males 33.2 %.

Out of 34 % of females had experienced the smoking whereas 23.4 % of males. The age of starting to smoke was 14.3 ± 4.2 in males and 15.3 ± 3.8 in females, the age of being a regular smoker was 18.2 ± 2.7 in males and 18.8 ± 3.2 in females.

We found that males were smoking more and longer time than females. The smoking prevalence was increasing towards the 6th year of the curriculum. Especially it was increasing after the 3th year. It is found that living in the hostels may be more preventive for tobacco use than living with family or friends. The use of duty free - smuggled or not labelled cigarettes was higher in males than females. (33.3 %, 10.2%). Tobacco products usage other than cigarette was significantly higher in males (19.7%, 7.9%). Knowledge of harmful effects of active smoking was increasing towards the 6th year and in preclinic classes the knowledge was lower than the clinic classes. Also it was found that knowledge about passive effects of smoking was increasing towards the 6th year and female students knew more than males about passive smoking.

In conclusion, it must be given more importance to the methods of tobacco control in the medical faculty and we thought that for gaining attitudes to tobacco must be started in the first year in medical faculty curriculum.

Key Words: Smoking, medical students, medical education

KAYNAKLAR

1. Beyer J, Waverly I. Tobacco Control Policy. Strategies, Successes and Setbacks. The World Bank, 2003:1-12.
2. Richmond R. Educating Medical Students About Tobacco Planning and Implementation. In: Dağlı E (Eds.). Application of the Teaching Program For Medical Students In Turkey. France:1996: p.99-107.
3. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One, 3. Male smoking 2002:24-5.
4. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One, 4. Female smoking 2002:26-7.
5. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One, 6. Cigarette consumption 2002:30-1.
6. World Health Organization Smoking in China: A Time Bomb for the 21 st Century. Fact sheet No:177. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1997.
7. Centers of Disease Control: Cigarette smoking among adults-United States, 1999. MMWR 2001; 50:869-73.
8. Murin S, Silvestri G. Smoking and pulmonary and cardiovascular diseases. Clin Chest Med 2000;21:1-9.
9. World Health Organization. The European report on tobacco control policy. WHO European ministerial conference for a tobacco-free Europe. Warsaw: World Health Organization, 2002 Feb 18-9.
10. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization 2002.Part Five, 28. Quitting p:82-3.

11. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization 2002.Part Five, 31. Projections by Industry 2002:88-9.
12. Demir T. Sigara ve Sigara Bırakma Tedavileri. In: Çan G. Sigara Epidemiyolojisi. İstanbul: 2005:5-15.
13. World Bank. Curbing the epidemic: Governments and the Economics of tobacco Control. 1999. Washington, World Bank
14. Warren CW, Riley L, Asma S, Eriksen MP, Gren L, Blanten C et al. Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey Project. Bull World Health Organ 2000;78:868-76.
15. Tucker JS, Ellickson PL, Klein DJ. Predictors of the regular smoking during adolescence and young adulthood. Journal of Adolescent Health 2003;32:314-24.
16. Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 1999. MMWR 2000;49(SS05):1-96.
17. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One, 5.Yought 2002:28-9.
18. World Health Organization: Tobacco Use by Children: A Pediatric Disease. Fact sheet No. 197. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1998
19. Centers for Disease Control: Surveillance for selected tobacco use behavior-United States, 1990-1994. MMWR 1994;43(SS3).
20. Centers for Disease Control: Cigarette smoking among adults-United States, 1995. MMWR 1997;46:1217-20.
21. Kocabaş A. Orta dereceli okul öğrencilerinde sigara içme alışkanlığı. Ankara Tıp Mecmuası 1988;41:9-22.
22. Kıyak M, Dağoğlu T. Lise öğrencileri arasında sigara kullanımı. İstanbul Halk Sağlığı Bülteni 1990;11:14-7.
23. Dabakoğlu T, Kukner S, Vicdan K. Smoking drinking and drug use in female adolescent. Tr J Med Sci 1993;19:157-64.
24. Karlıkaya C. Edirne' de orta öğretim öğrencilerinde sigara içme prevalansı. Toraks Dergisi 2002;3:6-12.
25. PIAR Araştırma Ltd.Şti. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırması raporu. 1988. İstanbul
26. BİGTAŞ, Health Services Utilization Survey in Turkey, 1993. Ministry of Health.

27. Emri S, Başoğlu S, Turnagöl H, Bacanlı S, Güven GS, Arslan D. Epidemiology of smoking among Turkish adults: A national Household survey 2002. The second International symposium on medicalgeology, nutrition and Cancer. March 31-april 03 2003 İstanbul Turkey. Abstract book p:33-6.
28. Satman I, Yılmaz T, Sengun A, Salman S, Salman F, Uygur S et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: result of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). Diabetes Care 2002;25:1551-6.
29. Türk Kardiyoloji Derneği. Türkiye Kalp Raporu 2000. İstanbul: Yenilik Basımevi;2000.
30. Şahin M, Arslandağ M. Kardiyovasküler sistem ve sigara. Tür A (Editör). Sigaranın bilimsel yüzü. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2005.
31. World Health Organization. The tobacco epidemic rages on in Eastern and Central Europe. Fact Sheet No. 156. Geneva,Switzerland;1997.
32. Dabak Ş. Sigara ve sağlık. Tür A (Editör). Sigaranın bilimsel yüzü. İstanbul: Logos Yayıncılık, 2004;s1-32.
33. Richmond R. Teaching medical students about tobacco. Thorax 1999;54:70-8.
34. Crofton JW, Freour PP, Tessier JF. Medical education on tobacco: implications of a worldwide survey. Tobacco and Health Committee of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD). Med Educ 1994;28:187-96.
35. Crofton JW, Freour PP, Tessier JF,Piha T. European medical schools and tobacco. Med Educ 1996;30:424-7.
36. Richmond RL, Kehoe EL. Smoking behavior and attitudes among Australian medical students . Medical education 1997;31:169-76.
37. Crofton JW, Freour PP and Tessier JF. Medical education on tobacco:implications of a worldwide survey. Medical education 1994;28:187-96.
38. Mangus RS, Hawkins CE, Miller MJ. Tobacco and alcohol use among 1996 medical school graduates. Jama 1998;280(13):1192-5.
39. Tessier JF, Freour PP, Nejari C, Belaugne D, Crofton JW. Smoking behavior and attitudes of medical students towards smoking and anti-smoking campaigns: a survey in ten African and Middle Eastern countries. Tobacco Control 1992;1:95-101.
40. Yardımcı E, Kıyan A, Özbilen T ve ark. Türkiye' deki Tıp Fakültesi Öğrencilerinde sigara içiciliği prevalansına ilişkin metaanaliz. V. Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı s.175-7; İstanbul,1996.
41. Özdemir T, Saka O, Artvinli M. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin sigara içme alışkanlıkları ve sigaranın sağlığa etkileri konusunda düşünceleri. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1992;9:7-10.

42. Erkan F, Sabuncu H, Ertuğrul E. İstanbul Tıp Fakültesi öğretim Elemanları ve Öğrencilerinin Sigara İçme Davranışları. İstanbul Tıp Fakültesi 12. Kurultayı Özet Kitabı 1993.
43. Sahip Y, Özbilen T, Erkan F. İstanbul Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara içme ile ilgili bilgi tutum ve davranışlar. İstanbul Tıp Fakültesi Kurultayı Özet Kitabı 1995.
44. Kocabaş A, Burgut R, Bozdemir N, Akkoçlu A, Cildag O, Dağlı E ve ark. Smoking patterns at different medical schools in Turkey. Tobacco Control 1994; 3:228-35.
45. Çan G, Özlü T, Bülbül Y, Torun P. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Alışkanlıkları. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 1998;46:245-9.
46. Karlıkaya C, Erdoğan S, Çakır E, Hatipoğlu ON, Dilek E, Hacıoğlu V. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara alışkanlığı ve İlişkili Faktörler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2000; 17(3):161-9.
47. İtil O, Ergör G, Ceylan E. Knowledge and Attitudes about smoking student in a medical faculty. Turkish Respiratory Journal 2004;5(2):86-91.
48. İlhan F, Aksakal NF, İlhan MN, Aygün R. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005;4(4):188-98.
49. Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. In: D'Amato G, Holgate ST (Eds.). The impact of Air Pollution on Respiratory Health. First Ed. Sheffield:ERS Journal Ltd. Eur Respir Mon, 2002; 21:p.161-79.
50. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking Monograph on the Evaluation of Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans IARC, 2003. Vol 88, Lyon, France
51. Pryor WA, Stone K. Oxidants in cigarette smoke; radicals, hydrogen peroxide, peroxynitrate and peroxynitrite . Ann NY Acad Sci 1993;686:12-28.
52. Ambrose JA, FCCC, Barua RS. The Pathophysiology of Cigarette Smoking and Cardiovascular Disease.J Am Coll Cardiol 2004;43:1731-3.
53. Zevin S, Saunders S, Gourlay SG, Jacob P,Benowitz NL. Cardiovascular Effects of Carbon Monoxide and Cigarette Smoking. J Am Coll Cardiol 2001;38:1633-8.
54. Ridker PM, Genest J, Libby P. Risk Factors Atherosclerotic Disease. In: Braunwald E, Zipes D, Libby P (Eds.). Heart Disease. Philadelphia, WB Saunders, 6th edition, 2001;p.1010-1040.
55. Shapiro SD. The macrophage in COPD. Am J Respir Crit Care Med 1999;160:29-32.
56. Tudor RM, Voelkel NF. The pathobiology of chronic bronchitis and emphysema. Voelkel NF, MacNee W (Eds.). Chronic Obstructive Lung Disease, London, BC Decker Inc 2002;p.90-113.

57. Baker RR, Massey ED, Graham S. An overview of the effects of tobacco ingredients on smoke chemistry and toxicity. *Food and Chemical Toxicology* 2004;425:53-83.
58. Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *BMJ* 1994;309:937-9.
59. Murray JL, Lopez AD. The global burden of disease, summary. World Bank Publication 1996.
60. Ash UK. Smoking Statistics: Illness and Death. Fact Sheet No: 2 2003. <http://www.ash.org.uk/html>
61. US Department of Health and Human Services. A Report of the Surgeon General: The health consequences of smoking. Washington (DC), US Department of Health and Human Services. 1982.
62. Foster WM, Langenback EG, Bergofsky EH. Disassociation in the mucociliary function of central and peripheral airways of asymptomatic smokers. *Am Rev Respir Dis* 1985;132:633-9.
63. Murin S, Bilello KS, Matthay R. Other smoking-affected pulmonary diseases. *Clin Chest Med* 2000;21:121-37.
64. Hasan SU. ATS statement-cigarette smoking and health. *Am J Respir Crit Care Med* 1996;154:1579-80.
65. Beck GJ, Doyle CA, Schachter EN. Smoking and lung function. *Am Rev Respir Dis* 1981;123:149-55.
66. Cohen V, Khuri FR. Progress in lung cancer chemoprevention. *Cancer Control* 2003;10:315-24.
67. Fidaner C, Eser SY, Parkin DM. Incidence in Izmir in 1993-1994: first results from Izmir Cancer Registry. *Eur J Cancer* 2001;37:83-92.
68. Goksel T, Akkoclu A. Turkish Thoracic Society, Lung and Pleural Malignancies Study Group. Pattern of lung cancer in Turkey, 1994-1998. *Respiration* 2002;69:207-10.
69. Köktürk N, Öztürk C, Kırıçoğlu CE. Sigara ve akciğer kanseri. *Solunum* 2004;5:139-45.
70. Holbrook JH. Nicotine addiction. In: Fauci AS, Martin JB, Braunwald E (Eds.). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 14th International ed. Health Professional Division, McGraw-Hill; 1998; 2: 2516-9.
71. US Department of Health and Human Services. A Report of the Surgeon General: The health consequences of smoking. Washington (DC), US Department of Health and Human Services. 1982.
72. Giovannucci E, Rimm EB, Stampfer MJ, Colditz GA, Ascherio A, Kearney I et al. A prospective study of cigarette smoking and risk of colorectal adenoma and colorectal cancer in U.S men. *J Natl Cancer Inst* 1994; 86:(3)183-91.

73. Giovannucci E, Colditz GA, Stampfer MJ, Colditz GA, Ascherio A, Kearney I et al. A prospective study cigarette smoking and risk of colorectal adenoma and colorectal cancer in U.S women. *J Natl Cancer Inst* 1994; 86:(3)192-9.
74. Wald NJ, Hackshaw AK. Cigarette smoking : an epidemiological overview. *Br Med Bull* 1996; 52:3-11.
75. Kato I, Nomura AM, Stemmermann GN, Chyou BH.. A prospective study of gastric and duodenal ulcer and its relation to smoking, alcohol and diet. *Am J Epidemiol* 1992; 135(5):521-30.
76. Rhodes J, Thomas GA. Smoking: good or bad for inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 1994; 106:8807-10.
77. Thomas GA, Rhodes J, Green JT, Richardson C. Role of smoking in inflammatory bowel disease: implications for therapy. *Postgrad Med J* 2000; 76:273-9.
78. American Lung Association. Fact Sheet. Women and Smoking. 2001. http://www.lungusa.org/tobacco/women_factsheet99.html.
79. US Surgeon General. Women and Smoking, A Report of the Surgeon General 2001. CDC's Office on smoking and health. 2001.
80. Mackay J, Amos A. Women and tobacco. *Respirology* 2003;8:123-30.
81. Karlıkaya C. Sigara ve meslek. *Solunum* 2004;6:262-75.
82. Zevin S, Benowitz NL. Drug interactions with tobacco smoking. An update. *Clin Pharmacokinet* 1999;36:425-38.
83. Heliovaara M, Aho K, Aromaa A, Knekt P, Reunanen A.. Smoking and risk of rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1993;20:1830-5.
84. Christen WG, Glynn RJ, Ajani UA, Schaumberg DA; Buring JE, Hennekens CH et al. Smoking cessation and risk of age-related cataract in men. *JAMA* 2000;284:713-6.
85. Tomany SC, Wang JJ, Van Leeuwen R, Klein R, Mitchell P, Vingerling JR et al. Risk factors for incident age-related macular degeneration: pooled findings from 3 continents. *Ophthalmology* 2004;111:1280-7.
86. Kadunce DP, Burr R, Gress R, Kanner R, Lyon JL, Zene JJ. Cigarette smoking: risk factor for premature facial wrinkling. *Ann Intern Med* 1991;114:840-4.
87. Physicians for a Smoke-Free Canada (PSC). Health effects of second hand smoke. 2006. <http://www.smoke-free.ca/factsheets/pdf/>.
88. U.S.Environmental Protection Agency (U.S.EPA). Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders. EPA/600/6-90/006F. Washington, DC, EPA Office of Research and Development. 1992.

89. Vineis P, Airoidi L, Veglia P, Olgiati L, Pastorelli L, Autrup H et al. Environmental tobacco smoke and risk of respiratory cancer and chronic obstructive pulmonary disease in former smokers and never smokers in the EPIC prospective study. *BMJ* 2005;330:277.
90. U.S.Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S., Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2004.
91. Fagerstrom K. Sigara içmenin epidemiyolojisi. Sigarayı bırakmanın sağlık açısından sonuçları ve yararları. *Drugs* 2002;62:1-9.
92. Boyacı H, Duman C, Başığit İ, Ilgazlı A, Yıldız F. İlkokul çocuklarında çevresel sigara dumanına maruziyetin idrar kotinin düzeyi ile değerlendirilmesi. *Tüberk Toraks* 2004;52:231-6.
93. US Department of Health and Human Services. A report of the Surgeon General: the health benefits of smoking cessation. Washington(DS): US Department of Health and Human Services, 1990.
94. Doll R, Peto R, Wheatley K, Wheatley K, Gray R. Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors. *BMJ* 1994;309:910-1
95. Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. *BMJ* 1977; 1:1645-8.
96. Gritz ER. Smoking and smoking cessation in cancer patients. *Br J Addict* 1991; 86:549-54.
97. Brodish PH, Ross GL. The irreversible health effects of cigarette smoking: American Council on Science and Health, 1998.
98. Shinton R. Lifelong exposures and the potential for stroke prevention: the contribution of cigarette smoking, exercise, and body fat. *Epidemiol Community Health* 1997; 51:138-43.
99. Cosnes J, Carbonnel F, Carrat F, Beougerie L, Cattan S, Gendre J. Effects of current and former cigarette smoking on the clinical course of Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther* 1999; 13:1403-11
100. Breuer – Katschinski BD, Armstrong D, Goebell H, Arnold R, Classen M, Fisher M et al. Smoking as a risk factor for duodenal ulcer relapse. RUDER study group. *Z Gastroenterol* 1995; 33:509-12.
101. Chao A, Thun MJ, Jacobs EJ, McCullough MI, Calle EF. Cigarette smoking and colorectal cancer mortality in the cancer prevention study II. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92:1886-96.

102. Bolumar F, Olsen J. Smoking reduces fecundity: a European multicenter study on infertility and subfecundity. The European study group on infertility and subfecundity. *Am J Epidemiol* 1996; 143:578-87.
103. Klesges LM, Johnson KC, Ward KD, Barnard M. Smoking cessation in pregnant women. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2001; 28:269-82.
104. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs-United States, 1995-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2002;51:300-3.
105. Parrott S, Godfrey C, Raw M, West R, McNeill A. Guidance for commissioners on the cost-effectiveness of smoking cessation interventions. Health Educational Authority. *Thorax* 1998;53 (Suppl 5):1-38.
106. Warner KE. Cost effectiveness of smoking-cessation therapies. Interpretation of the evidence-and implications for coverage. *Pharmacoeconomics* 1997;11:538-49.
107. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak AZ, Özkan M, Örsel O. Tütün Kontrolü. *Toraks Dergisi* 2006; 7(1):51-64.
108. UICC. UICC Tobacco Control Fact Sheet 4. Tobacco Taxation and Price Policies. Tobacco and Cancer Programme, International Union Against Cancer. 1993. <http://www.globalink.org>.
109. Slama K. Tobacco ad prevention. A guide for low income countries. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. 1998.
110. Adriaanse HP, Reek JV, Zutphen WV, RuiterR. Physician's smoking worldwide. *Sigaraya Hayır* (ed:Erkan F, Kılıçaslan Z, Tabak L, Özkardeşler S.) İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD. 1991-1992 Sempozyumları, 89-110.
111. Richmond R. Educating Medical Students About Tobacco Planning and Implementation. In: Richmond R, Larcos D, Debono D (Eds). *A Worldwide Survey of Teaching About Tobacco in Medical Schools*. France: 1996. p.281-92.
112. Richmond R. Educating Medical Students About Tobacco Planning and Implementation. In: Dağlı E (Eds). *Application of the Teaching Program For Medical Students In Turkey*. France:1996: p.99-107.
113. Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep* 1994; 43: 1-18.
114. US Department of Health and Human Services. *Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia., US Department of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2000.
115. *The state of managed care quality 2*. National Committee for Quality Assurance. Washington, D.C. 2000.
116. Fiore MC. US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. *Respir Care* 2000;45:1200-62.

117. Advancing Knowledge on Regulating Tobacco Products. World health Organization, 2001.
118. Richmond RL, Debono DS, Larcos D, Kehoe L. Worldwide survey of education on tobacco in medical schools. *Tob Control* 1998;7:247-8.
119. Yıldırım Ç, Çelik P, Şakar A, Dinç G. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigaraya Karşı Tutumları. *Solunum* 2004;6:30-5.
120. Allen MB. Medical students knowledge of smoking. *Thorax* 1999; 54:2.
121. Livaditis M, Samakouri M, Kafalis G, Tellidou C, Tzavaras N. Sociodemographic and psychological characteristics associated with smoking among Grek Medical Students. *Eur Addict Res* 2001 ;7:24-31.
122. Uçkun İ, Metintaş S, Özdemir N, Kolsuz M, Metintaş M, Erginel S. Üniversiteye Yeni Başlayan Öğrencilerde ve Ailelerinde Sigara Alışkanlığı: dört yıllık kohort çalışması ilk sonuçları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 1999;47(3):305-10.
123. Benowitz N. Nicotine Addiction. *Prim Care Clin Office Prac.* 1999;26 (3): 611-31.
124. Townsend J. Price and consumption of tobacco. *Br Med Bull* 1996; 52:132-42.
125. Karlıkaya C. Edirne’de Lise Öğrencilerinde Sigara İçme Prevalansı Kaçakçılık, Reklamlar ve Ergenlerin Sigaraya Ulaşması?. *Toraks Dergisi* 2002;3(1):6-12
126. Subaşı N, Bilir N, İlhan E, Avluk A, Bavlı G, Biteker M ve ark. Nargile İçenlerin Nargile İçme Konusundaki Bigi, Tutum ve Davranışları. *Toraks Dergisi*, 2005;6(2):137-43.
127. Crofton J, Tessier JF. A worldwide survey of knowledge and attitudes of tobacco among medical students. In: Richmond R (Eds). *Educating medical students about tobacco: planning and implementation*. Paris, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 1997: p.271-80.
128. Khan F.M, Husain SJ, Laeeq A, Awais A, Hussain SF, Khan JA. Smoking prevalence, knowledge and attitudes among medical students in Karachi, Pakistan. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2005; 11: 952-8.

EKLER

EK I



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURUL KARARLARI

Oturum Sayısı: 18

Karar Tarihi: 02.11.2006

1-Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu 02.11.2006 tarihinde; “Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Düşünce Tutum ve Davranışları” adlı TÜTFEK-2006/164 protokol no.lu Dr. Levent ÖZDEMİR’in tez çalışmasını incelemek üzere toplandı. Doç. Dr. Betül UĞUR ALTUN, Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA izinli olması nedeniyle katılmadı ve çalışmanın incelenmesine geçildi.

Yapılan inceleme sonunda çalışmanın Fakültemiz Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalında yapılacağı, Doç. Dr. Celal KARLIKAYA’nın yürütücüsü olduğu araştırma protokolünün amaç, yaklaşım, gereç ve yöntemler dikkate alınarak incelenmesi sonucunda; Helsinki Deklerasyonu Kararlarına, Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak hazırlandığına ve Trakya Üniversitesi Araştırma Projeleri (TÜBAP) tarafından desteklenmesi koşuluyla yapılabileceğine mevcudun oybirliği ile karar verildi.

Ünvanı/Adı/Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Betül Uğur ALTUN Üye	Endokrinoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	izinli
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	izinli
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Filiz AKATA
Dekan

Posta Adresi:
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
Güllapoğlu Yerleşkesi
22030 EDİRNE

Tel : (0284) 235 76 41 (9 Hat) Fax: (0284) 235 76 52

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SİGARA İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Sigara günümüzde en başta gelen halk sağlığı sorunlarından birisidir. Bu araştırma anketine verdiğiniz bilgiler çok önemlidir. Vereceğiniz yanıtlar tıp eğitimi, ulusal ve lokal politikalar oluşturma, hekimlik mesleği pratiklerini yönlendirme gibi çok önemli sonuçları belirleyecektir. Lütfen tüm sorulara, sonuna kadar, dikkatle ve sabırla yanıtlarınız için çok teşekkür ederiz. Şimdi lütfen sağ üst köşedeki başlama saatini öncelikle doldurarak başlayınız.

Anketlerde gizlilik esastır, sizden hiçbir şekilde kimlik bilginiz sorulmamaktadır ve elde edilen bilgiler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Dr. Levent Özdemir

Doç.Dr. Celal Karlıkaya

Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Sınıfınız: Tıp Dönem ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ **Yaşınız:** **Cinsiyetiniz (K) (E)** **Medeni Durum:** Bekar ① Evli ② Boşanmış ③ **Başlama Saati:**

Şu andaki barınma durumu: Yurt ① Bekar evi ② Aile ortamı ③ **Ne zamandır ?**..... **Aylık ortalama harçlık miktarınız?**YTL

SİGARA İÇME DURUMUNUZ

- Hayatınız boyunca hiç sigara (bir – iki nefes bile olsa) içtiniz mi ?
a. Evet b. Hayır
- Yaşamınız boyunca içtiğiniz sigaraların toplamı 100 adeti (5 paket) geçti mi?
a. Evet b. Hayır
- Sigarayı ilk kez kaç yaşında denediniz?
..... yaşındaydım.
- İlk sigaranızı Tıp Fakültesine başlamadan önce mi, sonra mı denediniz?
a) Önce b) Sonra
- Oldukça düzenli sigara içmeye kaç yaşında başladınız ?
i. yaşında başladım.
ii. Düzenli bir şekilde sigara içmedim.
- Son 30 gün içinde sigaradan başka tütün ürünlerini kullandınız mı? (nargile, puro, pipo, sigarillo, enfiye vs.)
a) Hayır b) Evet (Açıklayınız, hangisi, ne kadar sıklıkla?):
- Halen sigara içiyor musunuz?
a) Hiç içmiyorum
b) Hergün en az bir tane sigara içiyorum.Günde ortalama kaç sigara içiyorsunuz?.....
c) Bazı günler içiyorum
- Son 30 günü düşününüz. Bu 30 günün kaç gününde sigara içtiniz?
a. 0
b. 1 veya 2 gün
c. 3 veya 5 gün
d. 6 veya 9 gün
e. 10 veya 19 gün
f. 20 veya 29 gün
g. 30 günün hepsinde

- Son 6 ayda sigara içtiniz mi?
a) Her gün en az 1 tane b) Haftada en az 1 tane c) Haftada birden az, arasıra
d) Sadece birkaç kez e) Hiç içmedim
- Ortalama olarak bir günde ne kadar sigara içiyorsunuz / içtiniz?
Günde.....Adet / Paket,
Haftada..... Adet / Paket,
- Ortalama olarak kaç yıldır sigara içiyorsunuz / içtiniz?yıl
- Sigara bırakma ile ilgili size uyan durumu işaretleyiniz.
a. Önümüzdeki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünmüyorum
b. Önümüzdeki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünüyorum.
c. Bırakmaya hazırım
d. Bıraktım
- Sigarayı tamamen hangi yaşta bıraktınız?
i. ___yaş O Bırakmadım
ii.
- Eğer bıraktıysanız en son sigaranızı içeli ne kadar zaman oldu?
a. Bırakmadım
b. Bir aydan az
c. 1 – 3 ay
d. 3-6 ay
e. 6-12 ay
f. 1-5 yıl
g. 5 yıldan fazla
- Gümrüksüz-kaçak-bandrolsüz sigara içiyor musunuz / muydunuz?
a. İçtiğim sigaraların %80-100'ü
b. İçtiğim sigaraların %60-80'i
c. İçtiğim sigaraların %40-60'ı
d. İçtiğim sigaraların %20-40'ı
e. Gümrüksüz-bandrosüz- kaçak sigara hiç içmem.

SİGARA İÇİMİ KONUSUNDA Bilgi, Tutum ve Davranışlar

16. Aşağıdaki görüşlerden/önermelerden onayladıklarınızı (+) işareti koyarak belirtiniz.

Önermeler	1. Kesinlikle evet	2. Evet	3. Emin değilim	4. Hayır	5. Kesinlikle Hayır
Hastane, okul gibi topluma ait yerlerde sigara içimi yasaklanmalıdır.					
Sigara içenler için ayrıca düzenlenmiş odalar olmalıdır					
Hastanelerde sigara içilmemelidir					
Okullarda sigara içilmemelidir					
Spor tesislerinde sigara içilmemelidir					
18 yaşından küçüklere sigara satışı yapılmamalıdır					
Sağlık, eğitim ve spor tesislerinde sigara satışı yapılmamalıdır					
Sağlıklılar sigara içmeyerek topluma örnek olmalıdır					
Sigara sağlığa zararlı değildir .					
Sağlık çalışanları hastaları ve halk için rol-model durumdadırlar.					
Sağlık çalışanları sigara içmeyerek iyi bir örnek olmalıdırlar.					
Hastaların bırakma şansı sağlık çalışanlarının tavsiyesiyle artmaktadır.					
Sağlık çalışanları hastalarına sigara alışkanlıklarını rutin olarak sormalıdırlar.					
Sağlık çalışanları hastalarına rutin olarak sigarayı bırakmayı önermelidirler.					
Sigara içen sağlık çalışanlarının insanlara sigarayı bırakmalarını önerme olasılıkları daha azdır.					
Sağlık çalışanları sigara bırakma konusunda özel eğitim almalıdırlar.					
Sağlık rofesyionelleri toplumda sigara hakkında konuşmalar yapmalıdırlar.					
Halka açık kapalı mekanlarda sigara tamamen yasaklanmalıdır.					
Çocuk ve ergenlere sigara satışı serbest olmalıdır .					

Önermeler	1. Kesinlikle evet	2. Evet	3. Emin değilim	4. Hayır	5. Kesinlikle Hayır
Sigara şirketlerinin sponsorluk yapması yasaklanmalıdır.					
Tütün ürünlerinin reklamı tamamen yasaklanmalıdır.					
Hastaneler ve tüm diğer sağlık kuruluşlarında sigara tamamen yasaklanmalıdır.					
Tütün ürünlerinin fiyatı ciddi oranda arttırılmalıdır.					
Bebek ölümleri sigara ile ilişkilidir.					
Gebelik sırasında annenin sigara içmesi Ani Bebek Ölümü Sendromu riskini arttırır.					
Pasif sigara içeyen kişilerde de akciğer hastalığı riskini arttırır.					
Pasif sigara sigara içmeyen kişilerde de kalp hastalığı riskini attırır.					
Anne-babanın sigara içmesi maruz kalan çocuklarda pnömoni gibi alt solunum yolu enfeksiyonları riskini arttırmaktadır.					
Sağlık çalışanları sigara içenlere rutin olarak çocukların yanında sigara içmemelerini önermelidir.					
Sigara akciğer kanserine yol açmaz .					
Sigara mesane kanserine yol açar					
Sigara gırtlak kanserine yol açar					
Sigara ağız kanserine yol açar					
Sigara akciğerlerde amfizeme yol açar					
Sigara kalp damar hastalıklarına yol açar					
Sigara periferik damar hastalıklarına yol açar					
Sigara felçlere yol açar					
Sigara ağızda-diilde lökoplakiye yol açar					
Sigara enfeksiyon riskini arttırır					
Sigara içenlerin çoğu istedikleri takdirde sigarayı bırakabilirler					

Önermeler	1. Kesinlikle evet	2. Evet	3. Emin değilim	4. Hayır	5. Kesinlikle Hayır
Hastalara, sigarayı bırakmalarına yardım etmem için yeterli bilgiye sahibim					
Hastanede / Fakültede, kapalı alanlarda sigara içen birisini görürsem "içmemesi gerektiği" yönünde uyarırım.					

Bitiş Saati: