

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

MANİSA İLİ İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA İÇME
PREVALANSI

UZMANLIK TEZİ
Dr. ÇAYAN ALKAÇ

Tez Danışmanı
PROF.DR. PINAR ÇELİK

Manisa, 2011

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim sırasında bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan değerli hocalarım, Prof. Dr. Arzu YORGANCIOĞLU, Doç.Dr. Ayşin Şakar COŞKUN ve Yrd. Doç.Dr. Yavuz Havlucu'ya,

Tezimin her aşamasında ilgi, yardım ve emeğini benden sakınmayan hocam ve danışmanım Prof. Dr. Pınar ÇELİK'e,

Asistanlık eğitimim boyunca desteklerini hep yanımda hissettiğim ablalarım Dr. Tuğba GÖKTALAY, Dr.Aylin Özgen ALPAYDIN'a,

Tez çalışmam boyunca desteğini esirgemeyen Dr.Beyhan Cengiz ÖZYURT'a,

Sevgili arkadaşlarım Dr. Seher SATAR'a, Mine BORA'ya, Dr. Işın Konyar ARSLAN'a, Dr. Cemile ÇETİNKAYA'ya, Dr. Ayşen ÖZ'e, Dr. Selim Erkan AKDEMİR'e, Dr. Önder Utku DATLI'ya, Dr. Feride DURMAZ'a, Dr. Nazmiye Akis GÖNEN'e,

Kliniğimiz tüm hemşire ve personeline,

Beni yetiştiren ve daima destek olan aileme,

Hayatımın her döneminde hep yanımda olan, sevgi ve desteği hiç eksilmeyen sevgili eşime ve oğluma,

Sonsuz teşekkür ederim...

Dr.Çayan Alkaç

İÇİNDEKİLER

1.Kısaltmalar	1
2.Giriş ve Amaç	2-3
3.Genel Bilgiler	
3.1.Tütünün Tarihçesi	4-6
3.2. Dünyada ve Türkiye’de Sigara Tüketimi	6-10
3.2.1. Dünyada Sigara tüketimi	6-8
3.2.2. Türkiye’de Sigara tüketimi	8-10
3.3. Dünyada Tütün Kontrolü ve Dünya Sağlık	
Örgütü Önerileri (MPOWER)	10-13
3.4. Sigaranın İçeriği	13-14
3.5. Tütün Kullanımının Etkileri	14-24
3.5.1 Genel Sağlık Etkileri	14-16
3.5.2. Sigaranın sistemler üzerindeki etkileri	16-19
3.5.2.1. Sigaranın kalp-damar sistemine etkileri	16
3.5.2.2.Gastro-intestinal sisteme etkileri	16-17
3.5.2.3.Üreme sistemine etkileri	17
3.5.2.4. Solunum sistemi üzerine etkileri	17-18
3.5.2.5. Sigaranın hormonal sisteme etkileri	18
3.5.2.6. Sigaranın immün sistem üzerine etkileri	19
3.6 Pasif İçicilik ve Prenatal-çocukluk Dönemi Etkileri	19-25
3.6.1.Prenatal Maruziyet	20-21
3.6.2.Postnatal Maruziyet	21-25
3.7. Adolesan Dönem ve Sigara	25-26

4.Gereç ve Yöntem	27-29
5.Bulgular	30-45
6.Tartışma	46-54
7.Sonuç ve Önerier	55-57
8.Özet	58-59
9. İngilizce Özet	60
10.Kaynaklar	61-73
11.Ek 1	74-83

1.KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

TKÇS: Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

BM: Birleşmiş Milletler

IARC: International Agency for Research on Cancer

CO: Karbonmonoksit

KOAH:Kronik obstrüktif akciğer hastalığı)

KAH: Koroner arter hastalığı

BHR: Bronş hiperreaktivitesi

FEV1: Birinci saniye zorlu ekspiratuvar volüm

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

2. GİRİŞ VE AMAÇ

Aktif ve pasif sigara içimi tüm dünyada önlenebilir hastalıkların ve ölümlerin başlıca nedeni olup, hem erişkinlerde hem de çocuklarda önemli, bir halk sağlığı problemidir (1,2).

Dünya genelinde 1.3 milyar sigara içicisi olduğu, herhangi bir müdahale yapılmaz ise bu rakamın 2025 yılında 1.7 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Her saniye sigaraya bağlı sağlık sorunları nedeniyle bir kişi ölmektedir (3).

Son yıllarda özellikle gelişmiş toplumlarda erişkin sigara içiciliğinde azalma görülmekle birlikte, ergenlerde sigara kullanım sıklığında istenilen azalma görülmemekte, aksine birçok ülkede artış gözlenmektedir. Dünyada ergen sigara içme prevalansı %15-60 arasında olup, sigaranın %80'i geliştirmekte olan ülkelerde tüketilmektedir (4,5).

Her gün dünyada 80.000-100.000 gencin tütün bağımlısı olduğu bildirilmektedir (6).

Gelişmiş ülkelerde 13-15 yaşları arasındaki gençlerde sigara içme oranı %10-33 arasında değişmektedir (7). Erişkin yaştaki kişilerin çoğunluğu, 18 yaşından önce sigaraya başlamaktadır (8). Erken yaşta sigara içmeye başlayan kişilerde ileri yaşlarda her gün içtikleri sigara sayısında artış olmaktadır (9,10). Okul yaşlarındaki çocuklarda sigara kullanımını sosyal öğrenme doğrudan etkilemektedir. Arkadaş baskısı, anne baba ya da kardeşlerin sigara içimi, öğrencilerin öğretmen, sanatçı, usta, sporcu gibi sevdikleri ve önemsedikleri kişilerin sigara içmeleri, öğrencilerin sigaraya başlamasında özendirici rol oynamaktadır (11,12). Toplumsal bir sorun olarak nitelendirilen sigara kullanımı konusunda herkese sorumluluklar düşmektedir. Özellikle sağlık çalışanları sigara ile mücadelede çok önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık çalışanları öncelikle sigara kullanımı konusunda topluma örnek bireyler olmalı, daha sonra da sigarayla savaşta birebir görev almalıdırlar (13). Bireylerin sigaraya başlama yaşları, nedenleri belirlenerek

sigara içme oranları saptanmalı ve bu doğrultuda sigarayla mücadeleye yön verecek girişimlerde bulunulmalıdır.

Bu çalışmada bu amaçla Manisa il merkezinde ilköğretim öğrencilerinde sigara içme prevalansının belirlenmesi, sigara içimini etkileyecek faktörlerin belirlenmesi ve de Temmuz 2009'da yürürlüğe giren "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun" a karşı öğrencilerin tutumlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

3. GENEL BİLGİLER

3.1.Tütünün Tarihçesi

M.Ö. 6000 yılı civarında Amerika kıtasında tütün tarımı yapıldığına dair kanıtlar olmasına rağmen tütünün anavatanının neresi olduğu tam olarak bilinmemektedir (14).

Maya ve Aztek uygarlıklarında rahipler dinsel törenlerde ve ayinlerde tütün dumanını kullanmışlardır. Zamanla rahipler dışındaki insanlar da kullanmaya başlamış ve tütün Orta ve Kuzey Amerika'da yaygınlaşmıştır (14). Avrupalılar tütünü 1492 yılında Amerika'yı keşfeden Cristopher Columbus ve mürettebatından öğrenmişlerdir. Columbus, tütün yapraklarına yerlilerin tütün içtikleri saz borusunun adı olan "tobacco" adını vermiştir. Romane Pane adlı piskoposun 1518 yılında tütün tohumunu Şarlken'e sunması ile İspanya'da tütün üretimine başlanmıştır(14,15). Fransa'nın Portekiz büyükelçisi olan Jean Nicot 1560'lı yıllarda tanıştığı tütün bitkisini kraliçeye sunması ile saray bahçesinde yetiştirilmeye başlanmış ve kraliçenin baş ağrısına yararı olunca, tütün kısa zamanda sağlığa yararlı bitkiler sınıfına girmiş ve yeni bir endüstri doğmuştur (14,15).

Botanikçi Charles Etienne ile Jean Liebault 1570 tarihli bir tarım kitabında tütün bitkisine, Jean Nicot'un adından hareketle Nicotiana adını vermiş ve böylece bitkinin bilimsel adı Nicotiana olarak kalmıştır. Tütünün içeriğindeki sinir zehirine de nikotin adı verilmiştir (14,15).Tütünün sigara şeklinde kullanımının yayılması 1856 Kırım Savaşı sırasında olmuştur. John Bonsack'ın 1881 yılında ABD'de ilk sigara yapan makinenin patentini alması ile, Amerika'da günde 120.000 sigara üreten bir sistem kurulmuş, birinci ve II. Dünya savaşları sigara tüketiminin en yoğun olduğu yıllar olmuştur (15,16).

İngiliz doktor John Hill 1761 yılında "Cautions againts the immoderate use of snuff " (Aşırı enfiye kullanımına dikkat) isimli tarihte bilinen ilk tütün-kanser araştırması raporunu yayınlamıştır. Sammuel Thomas von Soemmering 1795 yılında Almanya'da pipo içenlerde dudak kanseri

oluşturduğunu rapor etmiştir (14-16). Richard Doll ve Richard Peto isimli iki İngiliz doktor 1951 -1962 yılları arasındaki çalışmalarıyla tütün ürünlerinin sağlığa yaptığı zararları ve sigaranın insanları tehdit eden bir alışkanlık olduğu kesin olarak ortaya konulmuştur (14-16). ABD ve Batı'nın gelişmiş ülkelerinde sigara ile mücadele yöntemleri ve halkın bilgilendirilmesi ile sigara tüketimi hızla düşmeye başlamıştır. Bu ülkelerde 1970'li yıllarda başlatılan mücadele sonucunda sigara tüketimi hızla azalmış, tütün kullanımı erişkinlerde % 44'ten % 29'a düşmüştür

Türkiye'de Tütünün Tarihçesi

Türkiye'ye tütün 1601-1605 yılları arasında İngiliz, Venedik ve İspanyol gemici ve tacirleri tarafından İstanbul yolu ile gelmiştir (16,17). Sultan I. Ahmet zamanında şeyhülislamın yayınladığı fetva ile kullanımı yasaklanmıştır. Ancak Sultan Mustafa ve II. Osman zamanında ferman etkisini kaybetmiştir (16,17). İstanbul'da 1633 yılında IV. Murat zamanında çıkan büyük bir yangın nedeniyle tekrar ferman çıkarılmış ve yasak çok sıkı denetlenmiştir. Tütün ithalatına 1646 yılında gümrük resmi konulmuş ve tütün alımı ve satımı ayrı ayrı vergilendirilmiştir (16,17). Osmanlı İmparatorluğu'nun ekonomik durumu kötüleştikçe alınan vergiler artmış ve 1879'da yapılan bir sözleşme ile "öşür" adlı vergi hariç tutularak Galata bankerlerinden bir gruba belirli bir para karşılığında tütün işletme hakkı devredilmiştir. Bu yetki 1882 yılında nizamname ile Düyun-u Umumiye'ye verilmiş, tütün ekiminin yarı hissesi 1884'te Fransız Reji Şirketine devredilmiştir. Bu şirket İstanbul, İzmir, Samsun ve Adana'da tütün işleme fabrikaları kurmuş, Reji şirketi 1913 yılında şirketi devletten daha güçlü hale getirecek kararlar almıştır. Eski mahkûmlardan oluşan 7000 kişilik kolcu birlikleri kurulmuş, bu birlikler tütün üreticilerini sıkı kontrol altına almışlardır. Atatürk'ün kurduğu Ulusal Tekel ile, Reji işkence ve sömürsü sona ermiştir (16,17).

Tütün satın alınması, işletilmesi ve sigara üretimi, satılması ile tütüne ait işlemlerin hükümet tarafından yürütülmesi 26.02.1923 tarih ve 558

sayılı yasa ile kabul edilmiştir (16,17). Tütün ve tütün mamüllerinin ithalatının yasaklanmasına 19.10.1983 tarih ve 2929 sayılı kanunla son verildi (16,17).

Türkiye'de sigara karşıtı derneklerin yoğun çabaları ile 7.11.1996 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'nden "Tütün ve Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine" dair 4207 sayılı yasa çıkmıştır (16,17). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2003 yılında hazırlanan Tütün Kontrolü Çerçeve Anlaşması 27.04.2004 tarihinde Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından imzalanmıştır. Ulusal Tütün Kontrol Programı Türk Toraks Derneği Tütün ve Sağlık Çalışma Grubu üyelerinin de aktif katılımı ile oluşturulmuş, Ekim 2006 yılında Başbakanlık genelgesi ile yürürlüğe girmiştir (16,17). Kişileri ve gelecek nesilleri tütün ürünlerinin zararlarından korumak ve herkesin en temel haklarından biri olan temiz hava soluyabilmesini sağlamak amacıyla 4207 sayılı Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'da 5727 sayılı Kanunla değişiklik yapılmış ve bir bölümü 19/5/2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir (18,19). Ülkemiz insanının tütünden gelecek zararlara karşı sağlığını korumak amacıyla 19 Ocak 2008 tarihinde kabul edilen, 19 Mayıs 2008'de yürürlüğe giren 5727 sayılı yasa, tam reklam yasağını zorunlu kılmıştır (19).

3.3 Dünyada ve Türkiye'de Sigara Tüketimi

3.3.1. Dünyada sigara tüketimi

Dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını olarak tanımlanan sigara kullanımı, halen akciğer kanseri, kalp hastalığı ve diğer nedenlere bağlı olarak her yıl 5.4 milyon kişiyi öldürmektedir. Kontrol edilmezse 2030 yılına gelindiğinde bu sayının 10 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (20,21)

DSÖ'nün 2008 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 %84'ü ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde olduğu bilinmektedir ve bu nüfusun yine büyük kısmını

erkekler oluşturmaktadır (20,22). Sigaranın gün geçtikçe kullanımı yaygınlaşmaktadır. Bu yaygınlaşma özellikle gençler arasında hızla olmaktadır (23). Burada fiyatının ucuzluğu, yaygın ve saldırgan pazarlama teknikleri, tütün kullanımının tehlikeleri hakkındaki bilgi yetersizliği ve tütün kullanımına karşı etkili politikaların olmayışı rol oynamaktadır.

1990'lı yıllar için sigara içme sıklığı tahminleri gelişmiş ülkelerde erkeklerde %42, kadınlarda %24, gelişmekte olan ülkelerde ise erkeklerde %48, kadınlarda %7'dir (23,24). 1999 verilerine göre ise dünyada gelişmiş ülkelerde sigara tüketimi, alınan önlemlerle azalma eğilimi göstermiştir. Örneğin, 1975- 90 yılları arasında Finlandiya, İsveç, İngiltere, Belçika, İsviçre ve Hollanda'nın da aralarında bulunduğu 12 Avrupa ülkesinde sigara tüketiminde sürekli bir düşüş gözlemlendiği belirtilmektedir. Aynı şekilde Amerika'da da sigara kullanma oranının % 70'lerden % 25'lere kadar düştüğü ifade edilmektedir (25). Yine DSÖ'nün 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 (23,24). Gelişmiş ülkelerde sigara içme oranı giderek azalırken gelişmekte olan ülkelerde artış görülmektedir. Bu da sigarayla ilişkili sağlık sorunlarının gelecekte daha çok gelişmekte olan ülkelerin sorunu olacağını göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde sigara tüketimindeki bu artışta, gelişmiş ülkelerin kısıtlamalar getirmesi nedeniyle sigara şirketlerinin üçüncü dünya ülkelerine yönelmelerinin etkisi vardır (26).

DSÖ'nün 2008 verilerine göre dünya çapında erkeklerin %47'sinin, kadınların %12'sinin sigara içtiği tahmin edilmektedir (1). Sigara içme oranları bölgeler ve aynı bölgede yer alan ülkeler arasında büyük farklılık göstermektedir. 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

(27). Birçok gelişmiş Batı ülkesinde erkek ve kadınlarda sigara içme sıklıkları birbirine yakınken, ülkemizde bu oran daha yüksektir. DSÖ'nün 2002 verilerine göre, sigara içme sıklıkları erkek ve kadınlarda olmak üzere Norveç'te %39–31, İngiltere'de %35–31, Avustralya'da %33–31, Finlandiya'da %33–18, Kanada'da %32–27, İsveç'te %24–28 ve Türkiye'de ise %63-24 arasındadır (26).

Dünya nüfusunun %30'u sigara kullanıcısıdır ve her on erişkin ölümden biri doğrudan sigaraya bağlı olup, dünyadaki en önemli ölüm nedenlerinden biridir. Dünyada en fazla sigara tüketimi olan ilk on ülke sırasıyla Çin, Hindistan, Endonezya, Rusya, ABD, Japonya, Brezilya, Bangladeş, Almanya ve Türkiye'dir (1). Çinli erkeklerin %63'ü, kadınlarınsa %4'ü sigara içmektedir. Çin'de her yıl 750.000 kişi sigara nedeniyle ölmektedir (26).

Sigara epidemisinin en önemli noktalarından birisi de sigaraya başlama yaşıdır. Gelişmekte olan ülkelerde sigaraya başlama yaşı 12-16'dır. Her gün dünyada 80.000-100.000 gencin sigara bağımlısı olduğu bildirilmektedir (6). Amerika Birleşik Devletlerinde sigara içicilerinin %80'inde sigara alışkanlığı 18 yaşından önce gelişmektedir (26).

Dünyada ergen sigara içme prevalansı %15-60 arasında olup, ergen sigara içiminin %80'ini geliştirmekte olan ülkelerde oluşturmaktadır (28,29). 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 (30).

3.3.2. Türkiye'de sigara tüketimi

Tütün kullanımı, Türkiye'de çok yaygın olduğu kolaylıkla gözlenen bir gerçektir ve öncelikli halk sağlığı sorunlarından biridir. Türkiye sigara tüketiminde Avrupa ülkeleri arasında üçüncü, dünya ülkeleri arasında onuncu sıradadır. 2006 yılında gerçekleştirilen Aile Yapısı Araştırmasına göre

Türkiye genelinde 18 ve daha yukarı yaştaki kişilerin %33.4'ü sigara kullanmaktadır. Erkeklerde sigara kullanım oranı %50.6 iken, kadınlarda %16.6'dır. Bu oranlara göre, Türkiye'de yaklaşık 17 milyon kişi sigara kullanmaktadır ve her yıl 100-120 bin kişinin sigaraya bağlı nedenlerle yaşamını kaybettiği tahmin edilmektedir. Herhangi bir müdahale yapılmaz ise, 2030 yılında bu sayısının 240.000 kişiye yükseleceği öngörülmektedir (20,31).

2008 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan 'Küresel Yetişkin Sigara' araştırmasına göre ise, ülkemizde 15 ve üzeri yaştaki bireylerin % 31,3'ü her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamullerini kullanmaktadır. Bu oran erkeklerde %47.9 iken, kadınlarda %15.2 olarak gözlenmiştir. Kentsel yerlerde, her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamulü kullananların oranı % 33 iken, kırsal yerlerde % 27.2'dir. Yaş grubuna göre tütün kullananlar incelendiğinde en çok 25-34 (%40.3) ve 35-44 (%39.6) yaş grubundaki bireyler tütün kullandıklarını beyan etmişlerdir. 15-24 yaş grubunda ise %11.7 bulunmuştur. 15 ve üzeri yaştaki bireylerin son 12 ay içerisinde tütün bırakmaya teşebbüs edenlerin yaş grubuna göre dağılımına bakıldığında ise; 15-24 yaş grubunda; % 47.2 iken, 65 ve üzeri yaştaki bireylerde ise; % 33.6 olarak tespit edilmiştir (32).

1988 yılında Türkiye genelinde yapılan bir çalışmada 15-18 yaş arası gençlerde sigara içme sıklığı %30 bulunmuştur (33). Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılında liseli öğrencilerde yaptığı Gençlik Tütün Araştırması'nda öğrencilerin %9.1'inin halen aktif içici olduğu, %22.3'ünün en az bir kere sigara içmeyi denediği saptanmıştır (28). Erişkinlerin %80'inin sigara içmeye 18 yaşından önce başladığı, ergen sigara içicilerinin %20'sinin sigaraya başlama yaşının 10 yaşın altında olduğu bildirilmektedir (34).

Sonuç olarak, ülkemizde sigara kullananların önemli bir kısmının sigaraya 20 yaşından önce başladığı görülmektedir. Yapılan araştırmalar, Türkiye'de sigara içenlerin yaş ortalamasının giderek düştüğünü göstermektedir. Sigara içme sıklığının ilköğretim yıllarında %9, lise yıllarında

%29-50 arasında ve üniversite öğrencileri arasında %21-48 arasında olduğuna ilişkin araştırma sonuçları bulunmaktadır (35). 1993 yılında yapılan bir araştırmaya göre, ülkemizde bölgelere göre en yüksek sigara içme sıklığı %39 ile Trakya'da, en düşük sigara içme sıklığı ise %29 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesindedir (36). 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 (37).

DÜNYADA TÜTÜN KONTROLÜ VE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ ÖNERİLERİ (MPOWER)

DSÖ'nün yönlendirdiği uluslararası çabalar sonucunda, tütün salgınına karşı verilen savaşta ilk adım olan DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) 2003 yılında uygulamaya girmiştir. Bu antlaşma, tütün arzını ve talebini azaltma yolunda ülkelere ayrıntılı bilgiler vermekte ve yol göstermektedir. DSÖ TKÇS uluslararası bir yasa niteliğindedir ve hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme bakımından hayati bir öneme sahiptir. Tütün kullanımı ile mücadelenin başarılı olabilmesi için uluslararası birliklerin ve kurumların koordineli desteğinin yanı sıra, ülke içindeki mücadelede devlet kurumlarının, akademik kuruluşların, profesyonel birliklerin ve sivil toplum örgütlerinin de koordineli bir yapıda çalışması gerekmektedir.

DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi DSÖ himayesinde görüşülen ve imzalanan ilk antlaşmadır. Bu sözleşme tüm bireylerin en yüksek sağlık standardında yaşama hakkını onaylayan tek kanıta dayalı antlaşmadır. DSÖ TKÇS madde bağımlılığında düzenleyici stratejiler geliştirme anlamında yeni bir anlayış geliştirmekte, önceki madde kontrolü antlaşmalarının tam tersine arz konularının yanı sıra talep azaltmanın da önemini vurgulamaktadır.(38).

DSÖ TKÇS'deki tütüne talebi azaltmaya yönelik önlemler hakkındaki ana maddeler şunlardır:

- Tütüne talebinin azaltılması için fiyat ve vergi önlemleri,
- Tütün dumanından korunma,
- Tütün ürünlerinin içerikleri ile ilgili düzenleme,
- Tütün ürünlerinin ifşası ile ilgili düzenleme,
- Tütün ürünlerinin paketlenmesi ve etiketlenmesi,
- Öğretim, iletişim, eğitim ve toplumsal bilincin artırılması,
- Tütün reklamı, promosyonu ve sponsorluğu,
- Tütün bağımlılığı ve tütünün bırakılması ile ilgili talep azaltıcı önlemler.

DSÖ TKÇS'deki tütün arzının azaltmasına yönelik önlemler hakkındaki ana maddeleri şunlardır:

- Tütün ürünlerinin yasa dışı ticareti,
- Çocuklara ve çocuklar aracılığıyla satış yapılması,
- Ekonomik açıdan uygun alternatif faaliyetler için destek sağlanması konusundaki önlemler.

DSÖ TKÇS 16-22 Haziran 2003 tarihleri arasında Cenevre'de, daha sonra da 30 Haziran 2003 - 29 Haziran 2004 tarihleri arasında New York'taki Birleşmiş Milletler(BM) Genel Merkezi'nde imzaya açılmıştır. Sözleşmeyi imzalamış olan taraf ülkeler anlaşmayı onaylamak, kabul etmek ve hedeflerini gerçekleştirmek için politik bağımlılıklarını belirtmiş olmaktadır. Sözleşme 27 Şubat 2005 itibariyle yürürlüğe girmiş olup takip eden 90 gün içerisinde 40 ülke tarafından onaylanmış ve kabul edilmiştir. Halen sözleşmeyi imzalayan 168 ülke olup, parlamentolarınca DSÖ TKÇS onaylanarak taraf olan ülke sayısı ise 161'tir. Bu anlamda TKÇS, BM tarihinde en çok tarafa sahip olan antlaşmadır. DSÖ TKÇS'ni imzalayarak taraf olan ülkeler tütün salgınına karşı mücadeleye katılarak ülkelerindeki

halkın sağlığını koruma konusunda söz vermişlerdir. Ükelere bu yönde yardım etmek amacı ile DSÖ tarafından 2008 yılında Küresel Tütün Salgın Raporu, MPOWER paketi hazırlanmıştır (39). Bu pakette tütün kontrol politikası olarak en etkili 6 politika ele alınmaktadır:

1. Salgını ve koruyucu uygulamaları titizlikle izlemek (M),
2. Toplumları pasif sigara dumanı etkileniminden korumak (P),
3. Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek (O),
4. Herkesi sigaranın tehlikeleri konusunda uyarmak (W),
5. Reklam, tanıtım ve sponsorluğu yasaklamak (E) ,
6. Vergileri ve fiyatı artırmak (R).

Bu politikaların tütün kullanımını azalttığı kanıtlanmıştır. Bu altı politika paket olarak etkili şekilde uygulandığı takdirde gençlerin sigaraya başlaması önlenmekte, halen sigara içenlere bırakmaları için destek sağlanmakta, sigara içmeyenler pasif sigara dumanı etkileniminden korunmakta ve toplumlar sigaranın zararlarından korunmuş olmaktadır.

MPOWER, ülkelerdeki ilgili kurum ve kuruluşlara, tütün kontrol politikalarını pratiğe dönüştürmelerinde yardımcı olmayı hedeflemektedir. MPOWER, tütün denetimi için gereken birtakım finansal kaynaklara erişim imkânı sağlarken, aynı zamanda, ulusal ve uluslararası işbirlikleri planlama, oluşturma ve değerlendirmede yardımcı olmak için hazırlanmıştır. MPOWER paketi politika yapıcılar, sağlıkçılar ve sivil toplum başta olmak üzere toplumun geri kalanı ile birlikte tütün kullanımından uzak bir dünya hayal etmeye cesaretlendirmektedir. MPOWER paketi, tütünsüz yaşamı destekleyen yasal ve sosyo-ekonomik içerikleri ön plana çıkararak tütün kullanımının azaldığı bir dünya yaratmayı sağlayacak araçları sunmaktadır. Temel amaç, hiçbir çocuk veya yetişkinin sigara dumanına maruz kalmamasını sağlamaktır. Küresel tütün kullanımını azaltmak için MPOWER politika içindeki müdahale ve politikaların hayata geçirilmesi, uygulamaları geliştirme yönünde veri toplamak için sistematik araştırmalar yapılması, titiz

izleme çalışmaları yürütülmesi gerekmektedir. Kısmi müdahaleler genellikle toplumun tütün kullanımını azaltmada yetersiz kalmaktadır. Bundan dolayı, müdahale uygulamalarının geniş kapsamlı olması gerekmektedir.

Dünyada 160'ın üzerinde ülkenin taraf olduğu TKÇS, bu konuda harekete geçmek için küresel düzeyde taahhütte bulunulmasını sağlamış ve tütün kontrolü bakımından etkili müdahaleleri tanımlamıştır. Dönüm noktası oluşturan bu sözleşme ile ülke liderleri, vatandaşlarının en üst düzeyde sağlık standardına ulaşmasını sağlayabilirler. Bu en temel insan hakkını sağlayabilmek bakımından etkili altı tane tütün kontrolü politikasını içeren MPOWER politikaları ülkelerde tam olarak ve etkili olarak uygulandığı takdirde ülke halkını tütün salgınının neden olduğu hastalık ve ölümlerden korur. MPOWER politikaları, Sözleşmede yer alan vizyonun gerçekleşmesini sağlayacaktır.

3.4 Sigaranın İçeriği

Sigara dumanı, içinde farmakolojik olarak aktif, antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik olan 4000'den fazla madde içerir (40). Sigara içen ve içmeyen kişiler üzerinde yapılan uzun epidemiyolojik çalışmalar sonucunda DSÖ'ye bağlı Uluslararası Kanseri Araştırma Örgütü [International Agency for Research on Cancer (IARC)]'in 2003 yılında yayınladığı raporda sigara dumanı Grup 1 karsinojen olarak sınıflanmıştır (41). 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 kısmı olup karsinojenik olan aromatik hidrokarbonlar içermektedir (42). Aktif sigara içen kişinin ağızından çektiği 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 parçacık 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 (43). 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 (44). Nikotin fizyolojik dozlarda nabız artışına, periferal ve koroner vazokonstriksiyona yol açması ve pıhtılaşma üzerine etkili olması nedeni ile iskemik kalp hastalığı patogenezinde önemli yer tutmaktadır (45). Neoplastik hastalıkların oluşumunda nikotin ve CO'den çok, çoğu bilinmeyen karsinogenik maddeler sorumlu tutulmaktadır.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) oluşmasında, partikül ve gaz fazındaki birçok ürünün etkisi ile proteolitik enzimlerin aktive olması, immun mekanizmaların bozulması ve mukosilyer klirensin inhibisyonu etkilidir (46). Sigara dumanında bulunan benzopirenler, oksidan moleküllerin kontrolünde görev alan enzimlerden biri olan mikrozomal epoksit hidrolazı arttırarak 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 (47).

3.5 Tütün Kullanımının Etkileri

3.5.1. Genel sağlık etkileri

Sigara, başta akciğer kanserine yakalanma riski olmak üzere çeşitli dolaşım ve solunum sistemi hastalıkları, kalıcı sakatlık, ortalama yaşam süresinde azalma, tıbbi bakım gereksiniminde artma; ağız içi, dudak bölgesi ve diğer birçok hastalık riskinde artma gibi önemli sağlık sorunlarına yol

açmaktadır. Sigara içenlerde içmeyenlere oranla akciğer kanseri olma riskinin 22 kat, mesane kanseri olma riskinin 2 kat, bronşit olma riskinin 10 kat ve kalp hastalığı olma riskinin ise 3 kat fazla olduğu belirtilmektedir. Bütün bunların yanı sıra sigara kullanımı, yalnızca içen kişilerin sağlığını değil, içmeyen ancak sigara içilen ortamda bulunan tüm bireylerin sağlığını da tehdit etmektedir (48)

Sigaranın toplumsal açıdan önem taşıyan koroner kalp hastalığı, kronik bronşit ve akciğer kanseri gibi ölümcül hastalıklara neden olduğu bilinmektedir. Çalışmalar, sigara tüketiminin yüksek olduğu ülkelerde akciğer kanserinin %80-90'ından, kronik bronşit ve amfizem ölümlerinin %75-90'ından ve koroner kalp hastalığı ölümlerinin %25-30'undan sigaranın sorumlu olduğunu ortaya koymuştur (49).

Ergenlik çağında sigara içmeye başlayan ve uzun süredir düzenli olarak sigara içen kişilerin yarısı sigaradan hayatını kaybetmekte bunlarında yarısı orta yaşlarda gerçekleşmektedir. Bu kişilerin beklenen yaşam süreleri içmeyenlerle karşılaştırıldığında 20- 25 yıl daha kısadır (49).

Sigara doğrudan ölümlerle sonlanmayan yaklaşık 50 kadar kronik hastalıkla ilişkilidir. Sigara akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve periferik aterosklerozun ana nedenidir. Kalp-damar ve beyin-damar hastalıklarının ise başlıca nedenlerindedir. Sigara 20'ye yakın ölümcül hastalıkla ilişkilidir. Sigara içimi tüm kronik akciğer hastalıklarının %80'inden, kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerin de üçte birinden sorumlu bulunmuştur. Sigara içimi KOAH için esas risk faktörüdür. KOAH ve sigara arasında doğrudan doz-yanıt ilişkisi vardır. 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 (49).

Amerika Birleşik Devletleri'nde tüm kanser ölümlerinin 1/3'ü sigaraya bağlanmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalar sigara ile birçok kanser türünün (örneğin, ağız boşluğu, larenks, özefagus, mesane, böbrek, pankreas, mide

ve serviks) ilişkili olduğunu göstermektedir. Ağır sigara içicilerde sigara ile ilişkili bir kanser ortaya çıktığında ikincil bir sigara ile ilişkili kanser çıkma riski daha fazladır (49).

3.5.2. Sigaranın sistemler üzerindeki etkileri

3.5.2.1. Sigaranın kalp-damar sistemine etkileri

Sigara genel olarak damar sisteminde bozukluğa yol açtığından dolayı, sigara içenlerde damar tıkanması, beyin kanaması, felç türü rahatsızlıklar daha sık görülür. Birçok çalışma sigaranın hem kadın, hem erkekte inmelere yol açtığını göstermiştir. Sigara içenlerdeki inme riski içmeyenlerden 2 kat fazladır. Bu risk doza bağlıdır ve gençlerde daha güçlüdür (49).

Sigara içenlerin kalp krizine yakalanma riski içmeyenlere göre 4 kat daha fazladır. Sigara içenlerde koroner arter hastalığı (KAH) insidansı 2-4 kat fazladır. Ayrıca sigara, KAH'ın hiperkolesterolemi ve diyabet gibi diğer risk faktörlerini de büyük oranda etkilemektedir (49).

Sigara içilmesi beyin damarlarında hasar meydana getirdiği için beyin yeterince kanlanamaz ve bu nedenle beyin işlevleri zayıflar. Bu durum hafıza ve algılama işlevlerinde bozulma şeklinde kendini gösterebilir. Dünyada beyin damar hastalığı sıklığı incelendiğinde, sigara kullanımının yaygın olduğu ülkelerde beyin damar hastalığı sıklığının daha fazla olduğu dikkat çekmektedir (50).

Sigara içenlerle birlikte yaşayan sigara kullanmayan kişilerde pasif içiciliğin kalp hastalıklarının en önemli sebebi olduğu ve kalp hastalığı riskini % 30 kadar artırdığı bilinmektedir (49,51).

3.5.2.2. Gastro-intestinal sisteme etkileri

Sigara içme mide ülseri, duodenal ülser, ağız, larenks, özefagus, mide, pankreas ve kolorektal kanserler için risk faktörüdür. Pankreas kanseri

sigara içenlerde içmeyenlere göre 2 kat daha siktir. Ağız ve özefagus kanseri olgularının tümünde sigara rol oynar. Özefagus kanserinden ölenlerin hemen hemen hepsi sigara içtikleri için ölmüşlerdir. Hepatosellüler Ca olgularının % 80'inden sigara sorumludur (52).

3.5.2.3. Üreme sistemine etkileri

Sigara içimi ile ilgili önemli risklerden biri olan infertilite, kadın ve erkek üreme sağlığını olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Sigara içen kadınlarda infertilite görülme oranı, içmeyenlere oranla on kat daha fazladır. Sigara içen kadınlarda, sigara içmeyenlere göre doğurganlığın düşük, gebe kalma süresinin 3–12 ay arasında daha uzun olduğu da bilinmektedir (53). Sigara içimi intrauterin gelişme geriliği, prematür doğum, ölü doğum, ani bebek ölümü sendromuna neden olması açısından risk oluşturur. ABD Halk Sağlığı Servisi'ne göre, ABD' deki bütün gebe kadınların sigarayı bırakması durumunda ölü doğumlarda %11 ve yenidoğan ölümlerinde %5 azalma olacağı tahmin edilmektedir (54). Erkeğin sigara içmesi; sperm konsantrasyonunun azalmasına, sperm hareketlerinin ve sayısının azalmasına, spermin kadının yumurta hücresini delme yeteneğinin azalmasına ve sperm hücresinde DNA hasarının artmasına neden olmaktadır, ayrıca seksüel disfonksiyonla da ilişkilidir. Çiftlerden sadece birinin sigara içmesi ise infertilite riskini 3 kat artırır (52).

3.5.2.4. Solunum sistemi üzerine etkileri

Bu konuda özellikle son 50 yıl içinde çok sayıda çalışma yapılmış ve akciğer kanserlerinin %85-90 kadarının nedeninin sigara olduğu sonucuna varılmıştır. Sigara içenlerde akciğer kanseri riski 10-15 kat daha fazladır. Bu bilgilerin ışığında, sigara içilmeseydi bugün 10 akciğer kanserinden 9 tanesinin görülmeyeceği sonucuna varılabilir. Benzeri şekilde sigara içenlerin sigarayı bırakması ile de akciğer kanserlerinin büyük bölümünün

önlenebileceği ifade edilebilir (55). Yayınlanmış çoğu çalışmada pasif sigara içimi ile akciğer kanseri arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Kendi içmediği halde eşi sigara içenlerde, eşi içmeyenlere göre akciğer kanseri gelişme riski %30 artmış olarak bulunmuştur. ABD’de her yıl akciğer kanserinden ölenlerin yaklaşık 3.000’inin pasif içici olduğu düşünülmektedir (56).

KOAH tüm dünyada mortalite ve morbiditenin önde gelen nedenlerindedir. Ölüm nedenleri arasında İngiltere’de 3. Amerika’da 4. ve dünyada 6. sırada olduğu bildirilmektedir (57). KOAH olgularının çoğunun 20 paket yılın üzerinde sigara içme öyküleri vardır. Erişkinlerde öksürük ve balgam çıkarma prevalansına ait karşılaştırmalı çalışmalarda, sigara içenlerde içmeyenlere göre dikkate değer ölçüde bu semptomlarda belirgin bir artış saptanmıştır (57,58).

Kronik bronşit etiyolojisinde en önemli etken sigara içimi olup, içicilerin yarısında kronik bronşit gelişmektedir. Sigara içiminin etkileri sigara içiminin yoğunluğu ve sigara içme süresi ile yakından ilişkilidir. Kronik bronşit insidansı sigara içenlerde içmeyenlere oranla 15–20 kat fazladır. Sigara içen duyarlı kişilerde solunum işlevlerindeki gerileme hızı oldukça yaygın ve belirgindir (58).

2.5.2.5. Sigaranın hormonal sisteme etkileri

Sigara içimi, merkezi sinir sisteminde hormonların salınımından sorumlu hipofiz ve hipotalamus ileti sisteminde önemli hasarlara yol açmaktadır. Tiroid hastalıklarının gelişme olasılığı artmaktadır. Hipertroidi ve hipotroidi daha sık gelişmektedir, ayrıca sürrenal bezlerden salgılanan aldosteronu artırmaktadır. Seks hormonları üzerinde olumsuz etkileri vardır (59).

3.5.2.6. Sigaranın immün sistem üzerine etkileri

Sigara bütün doku ve organların oksijenlenmesini, kanlanmasını bozarak sistemik zararlara yol açmaktadır. Buna bağlı olarak vücudun direncini sağlayan bağışıklık sisteminin işlevi bozulmaktadır. Vücudun savunma mekanizması darbe almakta enfeksiyona yatkınlık artmaktadır (59).

Sigara içenlerin yara epitelizasyonları daha zor gelişir. Bunun yanında ameliyat sonrası yaralarının iyileşmeme olasılıkları vardır. Ayrıca, sigara yol açtığı hastalıkların tedavisi amacıyla uygulanan ilaçların etki gücünü de azaltmaktadır. Bu nedenle ilacın etkili olabilmesi için sigara içenler daha yüksek dozlarda ilaç kullanmak zorunda kalır (52).

3.6 Pasif İçicilik ve Prenatal-Çocukluk Dönemi Etkileri

Sigara dumanı tüm dünyada iç ortamdaki en önemli hava kirliliği nedenidir. Sigara dumanına maruziyetin fetus ve çocuklar üzerine zararlı etkileri çok iyi bilinmesine rağmen tüm dünyada çocukların %38-75'inin bulunduğu ortamlarda sigara içilmektedir (60,61). Ülkemizde bu oran %75'lerde seyretmektedir. Sigara dumanının sağlık üzerindeki olumsuz etkileri iki şekilde gelişmektedir. Hem sigara içen tarafından nefesle içe çekildikten sonra ekspiryumla salınmasından oluşan ana akım dumanı, hem de sigara yanarken çıkan yan akım dumanı zararlıdır. Çevresel sigara dumanının %80 gibi önemli bir kısmını yan akım dumanı oluşturmaktadır (62). Yan akım dumanının bir diğer özelliği de ana akım dumanına göre çok daha toksik olmasıdır. Kanserojenik etkisi 2-6 kat, inflamasyona neden olma etkisi ise 4 kat daha fazladır (63).

Çevresel sigara dumanı hava yolu mukozasına birkaç yolla etki etmektedir. Sigara dumanındaki kimyasallar mukosilyer işlevi bozmaktadır (64). Ayrıca tütün allerjenlerinin de diğer allerjenler gibi duyarlılık yaratabileceği unutulmamalıdır (65).

Sigara dumanına maruz kalan çocuklarda aktif sigara içenlere benzer şekilde eozinofili saptanmaktadır (66). Sigara dumanını solumak mast hücreleri ve lenfositler tarafından IL-4 yapımını uyararak VCAM-1 ekspresyonu ve eozinofillerin mukozal endotel hücrelerine adhezyonu artırır (67). Sıçan modellerinde sigara dumanının spesifik IgE yapımını artırdığı gösterilmiştir (68).

3.6.1.Prenatal Maruziyet

Gebelerde sigara içme oranı Hindistan ve Çin'de %10'dan az, Fransa ve Arjantin'de %30'dan fazladır (69). Sigara firmaları özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki genç kadınları hedeflediği için bu rakamların artması beklenmektedir. Sigara dumanının zararı daha hamile kalmadan önce başlamaktadır. Sigara içenlerde fertilitte, içilen sigara sayısı ile ters orantılı olarak düşmektedir (61). Spontan düşükler, ektopik gebelikler, ölü doğum ve konjenital anomaliler sigara içilen ortamdaki bebeklerde daha sık görülmektedir (70). Prematüre doğumların %15'inden gebelikte sigara içimi sorumlu olup sigara tek başına perinatal mortaliteyi %150 artırmaktadır. Ayrıca bu bebeklerin doğum ağırlıkları da aylarına göre daha düşük olmaktadır. Günde 20'den fazla sigara içen anne adaylarında ektopik gebelik riski 2.5 kat fazladır (61). Hayvan çalışmalarında gebelikte sigara dumanına maruziyetin fetusun solunum hareketlerini, dolayısıyla da akciğer gelişimini azalttığı gösterilmiştir (61). Gebelikte annenin sigara içmesinin, doğumdan itibaren bebeğin solunum fonksiyonlarında düşüklüğe yol açtığı konusunda kesin kanıtlar vardır (71). Yaşamın erken dönemindeki solunum fonksiyon düşüklüğü de solunum semptomlarına yol açmakta, erişkinlikte de havayollarında kısıtlılığa yol açmaktadır. Prenatal dönemdeki etkinin yaşamın diğer dönemlerine göre daha fazla olduğu düşünülmektedir (61).

Bunun yanı sıra gebelikte sigara içimi, ani bebek ölümü, büyüme geriliği ve solunum hastalıkları riskini artırmaktadır. Gebelikte annenin sigara içmesi plasentada erken morfolojik değişikliklere neden olarak plasentadan

oksijen diffüzyonunu azaltmaktadır. Bunun sonucunda düşük doğum ağırlığı ve doğumda boy kısalığına neden olmaktadır. Gebelikte günde içilen her bir sigara doğum ağırlığında 10-15 gr düşüklüğe neden olmaktadır. Bu ilişki dozla doğru orantılı olmayıp, en fazla etki düşük dozdaki maruziyetlerde görülmektedir (61). Bu nedenle içilen sigara sayısını azaltmak yerine sigaranın bırakılması çok önemlidir. Sigara içmeyen gebelerin pasif sigara dumanına maruziyetinin de düşük doğum ağırlığına neden olduğu ileri sürülmektedir. Hamilelikte annenin sigara içmesi grup B streptokok kolonizasyonu için bir risk faktörüdür (61). Grup B streptokoklar ise koryoamniyonitten sorumlu ajanlar arasında ön planda gelmektedir.

Tucson grubunun çalışmasında çocuklar doğumlarından 11 yaşına kadar izlenmiştir. Ailelerde sigara içme alışkanlıkları, çocukların “wheezing” ve öksürük gibi şikayetleri anket soruları ile öğrenilmiştir. Annenin hamilelikte sigara içmesinin halen varolan “wheezing” ile ilişkisi olduğu ve bu bulgunun ailedeki astım öyküsü, sosyoekonomik etkenler, doğum ağırlığından bağımsız olduğu saptanmıştır.

Annenin hamilelikte sigara içmesinin akciğerin erken gelişmesini etkilemesinin daha sonraki yaşlarda “wheezing”e yol açtığını düşündürmüştür (72). Yine yakın zamandaki bir çalışmada da prenatal dönemde pasif sigara dumanına maruziyetin gelecekte astımla ilişkili olduğu bildirilmiştir (73).

3.6.2.Postnatal Maruziyet

Sütçocukluğu döneminde, sigara dumanına maruziyet ani bebek ölümlerini artırmaktadır. Bu tip ölümlerin yaklaşık %25'i annenin sigara içimiyle ilişkilidir (70). Annenin içtiği sigara miktarı 20 veya daha fazla olduğunda bu risk ikiye katlanmaktadır (74).

Altı aydan küçük bebeklerde çevresel sigara dumanı, akut solunum yolu enfeksiyonlarını üç kat artırmaktadır. Daha büyük bebeklerde ise bu risk

%50-100 kat fazla olmaktadır. Yine evde sigara içiliyorsa, bebeklerde kronik öksürük ve “wheezing” iki kat daha fazla olmakta, okul çağı çocuklarında ise %50 daha fazla olmaktadır. Sigara dumanına maruz kalan çocuklarda Mycobacterium tuberculosis’le temas sonrası hastalık geliştirme riskinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (75). Yine sigara içenlerle temas eden adolesanlarda meningokok menenjitisi riski daha yüksek olarak saptanmıştır (76). Sigara içenlerde taşıyıcılık oranının yüksek olması bu durumdan sorumlu tutulmaktadır.

Pasif sigara içiciliği, erken çocukluk çağında orta kulak problemlerine yol açmaktadır (77). Timpanostomi sonrasında bile pasif sigara dumanına maruz kalanlarda tekrarlayan otit oranı dört kat fazla olmaktadır (78). Okul çağında bu ilişki azalırken pasif sigara içiciliği bu kez horlamayı ve obstrüktif uyku apnesini artırarak karşımıza çıkmaktadır (79). Prenatal dönemde annenin sigara içmesi semptomatik astım riskini artırırken, doğum sonrası sigara içimi ise altı yaşına kadar “wheezing” sıklığını arttırmaktadır (61). Astımlı çocuklarda da ebeveynin sigara içmesi ile hastalığın ağırlık derecesi arasında ilişki vardır. Ülkemizde astımlı hastaların evlerindeki sigara maruziyetinin çok yüksek miktarlarda saptanmış olması bu konuda hekimlere ne denli büyük iş düştüğünü göstermektedir (80).

Pasif sigara içiciliğinin nazal allerjiler üzerine etkisini araştıran bir çalışmada, ağır sigara dumanı maruziyeti saptanan öğrencilerin %81.5’inde nazal allerjiler saptanmış olup bu oran hiç maruz kalmayan veya hafif maruziyet gösteren öğrencilerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (81). Ebeveynlerin sigara içmesi in utero döneme göre daha hafif olsa da akciğer fonksiyonlarının düşmesine neden olmaktadır (71). Özellikle annenin sigara içmesi bu olumsuz etkiyi artırmaktadır (73). Sigara dumanının bronş hiperreaktivitesi (BHR) ve astım üzerine olan etkisi akciğer hacmi ve fonksiyonlarından bağımsız olarak da araştırılmıştır. Bu konuda yapılmış 29 çalışma bir metaanalizde, on çalışmada okul çağı çocuklarına provokasyon testi uygulanmış, annenin sigara içmesinin BHR riskini 1.29 kat artırdığını

göstermiştir. Ülkemizde yakın zamanda yapılan bir çalışmada da astım tanısıyla başvuran çocuklardan pasif sigara dumanına maruz kalanlarda BHR'nin daha ağır olduğu saptanmıştır (82). Annenin sigara içmesinin altı yaşına kadar “wheezing” bulgusunun ortaya çıkma riskini artırdığı, fakat daha sonraki yaşlarda bu etkinin daha zayıf olduğu gösterilmiştir (83). Akut bronşiyolit ile acile başvuran çocukların idrar ve serumlarında nikotin metabolitleri yüksek bulunmakta ve pasif sigara içiciliğinin bronşiyolit gelişiminde rol oynayabileceği olasılığını işaret etmektedir (84).

Çevresel sigara dumanının çocuklarda astım semptomlarını ortaya çıkaran etkilerinin genetik modifikasyon sonucu da gerçekleşebileceği öne sürülmektedir (85). Örneğin 5. kromozomun uzun kolunda sadece sigara dumanına maruz kalındığında etkisi ortaya çıkan bazı genler tespit edilmiştir. Sigara dumanının gelişmekte olan akciğer üzerine etkisinin bir yandan dumanda bulunan toksik maddelerin etkisine bağlı olduğu bilinirken son yıllarda genetik polimorfizmin de bu etki üzerinde önemli rolü olduğu düşünülmektedir. Zhang ve arkadaşları yaptıkları çalışmada beta-2 reseptör geninde en az bir Arg16 alleli bulunan çocuklarda sigara dumanına maruziyet ile birinci saniye zorlu ekspiratuvar volüm(FEV1)'de daha fazla bir düşüş olduğunu göstermişlerdir (86). Glutasyon S-transferaz geninin de çevresel sigara dumanının detoksifikasyonunda önemli yeri vardır. Gilland ve arkadaşları glutasyon-S-transferaz geninde null genotip olan bebeklerde sigara dumanına maruziyetin “wheezing”e daha fazla neden olduğunu bulmuşlardır (87). Kabesch ve arkadaşları, glutasyon S transferaz geninde M1 ve T1 alleli yokluğunda in utero ve postnatal sigara dumanına maruziyetin astım ve “wheezing” sıklığında artışa yol açtığını göstermiştir (88).

Multipl skleroz hastalığının da pasif sigara dumanına maruz kalan çocuklarda 2.12 kat (%95 güven aralığı 1.43-3.15) arttığı saptanmıştır (89). Bu risk maruziyet süresi uzadıkça daha da artmaktadır. Sigara dumanına maruziyet diş çürüğünü artırmakta, davranış problemlerine yol açmaktadır

(90,91). Annesi sigara içen çocukların genel entellektüel yetenekleri düşük olmakta, dikkat eksikliği ve hiperaktiviteye daha sık rastlanmaktadır (61).

İnflamatuvar barsak hastalıkları hem prenatal hem de postnatal sigara dumanı ile teması olan çocuklarda daha sıktır (92). Babanın gebelikten önceki 3 ayda sigara içmesi ve buna annenin doğum sonrası sigara içiminin eklenmesi, akut lösemi riskini 4 kata yakın artırmaktadır (93). Bu etkinin sigaranın sperm yapısını bozucu etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hamilelikte annenin içtiği sigara dumanına maruziyetin, in utero akciğer büyümesini bozması KOAH gelişimine yol açan bir süreci başlatması da mümkündür (61). Sütçocukluğu ve çocukluk döneminde devam eden maruziyet akciğer büyümesini etkilemekte ve solunum fonksiyonlarının düşmesiyle KOAH gelişim riskini artırabilmektedir.

Sonuç olarak prenatal ve postnatal sigara dumanına maruziyet çocuklarda ciddi mortalite ve morbidite nedenidir. Prenatal dönemdeki etkiler plasenta ve fetüsün gelişimini etkileyerek yaşam boyu sürececek bozukluklara yol açmakta, doğum ağırlığını azaltmakta, akciğer ve beyin gelişimini etkilemektedir. Sigara içen annelerin çocuklarında akciğer gelişiminin geri kalması sonucu solunum fonksiyonları düşük olmaktadır. Akciğer gelişimi geriliği ve solunum yolu enfeksiyonlarının daha sık görülmesi de ani bebek ölümü sendromu riskini artırıcı rol oynayabilmektedir. Prenatal dönemdeki sigara maruziyetinin etkileri bununla sınırlı kalmayıp nörogelişimsel ve davranışsal bozukluklara da yol açabilmektedir.

Doğum sonrası sigara dumanına maruziyet, daha akut sağlık problemlerine neden olmakta, ani bebek ölümü sendromu riski iki katına çıkmakta, daha sık ve ağır alt solunum yolu enfeksiyonları görülmektedir. Ayrıca erişkinlikte başlayan astım, otitis media ve meningokok hastalıkları da daha sık olarak saptanmaktadır.

Çevresel tütün dumanı maruziyetini azaltmak için yapılan girişimsel çalışmalar, hayati önem taşıyacak zararları engelleyebilir. Halk sağlığı ünitelerinin ve tıbbi personelin uzun süre devam edecek çalışmaları toplumdaki sigara içme davranışı normlarını değiştirecektir. Bununla birlikte sigarasız kapalı alanlar için kanunlar ve temiz hava kampanyaları gerekmektedir (94). Diğer bütün çocukların solunum hastalıkları etkenlerinden farklı olarak sigara dumanı insan eliyle yapılmış, önlenabilir bir hastalık ajanıdır.

3.7. Adolesan Dönem ve Sigara

Sigara içme özellikle nedenleri açısından önemli bir psikososyal sorundur. Sigara bağımlılığı üzerine yapılan tüm araştırmaların ortaya çıkardığı en önemli ve tartışmasız kabul gören gerçek; bu alışkanlığın %40 oranında 15-19 yaşlarında başlamış olduğudur (95). Tüm dünyada ve ülkemizde 15 yaşın üzerindeki nüfusun yaklaşık yarısının ciddi boyutlarda sigara bağımlısı olduğu varsayımı, sorunun özellikle gençlik açısından ne denli önemli olduğunu gösterir. Bunun nedeni de keyif verici birçok maddenin zararlarına gösterilen duyarlılığın sigaranın yaptığı zararlara gösterilmemesi ve sigaranın bir tür meşruluk kazanmasıdır (95,96). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde gençler arasında tütün epidemisi önemli bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmaktadır (68). DSÖ ve Dünya Bankası verilerine göre; dünyada yüksek gelir düzeyindeki ülkelerde günde 14,000-15,000 civarında çocuk/genç sigaraya başlamaktadır. Orta ve düşük gelir düzeyindeki ülkelerde ise bu sayının 68,000–84,000 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Yani dünya genelinde her gün 82.000–99.000 civarında çocuk/genç sigara içmeye başlamaktadır (97).

Sigara üreticilerinin, hedef kitlesinin özellikle gençler olduğu bilinmektedir. Sigara üreticileri için, genç nüfusu fazla, gelişmekte olan veya gelişmemiş ülkeler uygun pazarlardır. Ülkemizde 1983 ve 1996 yılları arasında orta öğretim öğrencilerinde yapılan araştırmalarda sigara içme oranları erkek

öğrencilerde daha yüksek olmakla birlikte %3.5 ile %42.9 arasında değişmektedir (98).

Okul başarısızlıkları, kötü sosyoekonomik koşullar, aile içi çatışmalar ve sevgisizlik, yalnızlık duygusu, düşük benlik saygısı, özgüven kaybı, alkol, uyuşturucu madde kullanımı, stres, depresyon gibi sosyal ve psikolojik etmenlerin de çocukların erken yaşlarda sigaraya başlamalarına neden olduğu bildirilmektedir. Ayrıca alınan yasal önlemlere karşın uygulamada görülen aksaklıklar nedeniyle ergenlerin tütün ürünlerine kolayca ulaşabilmesi, sigara fiyatlarının düşük olması, tütün endüstrisinin açık ya da örtülü sigara tanıtım ve reklamları tüm dünyada erken yaşlarda sigaraya başlanmayı etkileyen nedenler arasında yer almaktadır (99).

Sigarayla mücadelenin esasını; gençlerin sigaraya karşı dirençli kılınması ve onların sigaraya başlamasını önlemek oluşturuyor. Çünkü gençlerin sigara kullanmaya başlamaması yalnızca onları değil tüm toplumu kurtaracak ve salgını sona erdirecektir.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Çalışma, Manisa il merkezi ilköğretim öğrencilerinde sigara içme prevalansı ve sigara içimini etkileyen faktörlerin saptanması amacıyla altıncı, yedinci ve sekizinci sınıf öğrencilerinde yürütülmüş olan kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Manisa Kent Merkezinde bulunan ilköğretim okullarının altıncı, yedinci ve sekizinci sınıf öğrencilerinden oluşan 8236'sı kent ve 4937'si gecekondulu olmak üzere toplam 13173 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışmanın bu sınıflar düzeyinde yapılmasının nedeni, bu yaş grubunun sigaraya başlama açısından risk grubunu oluşturması ve sigara ile mücadelede asıl müdahale edilmesi gereken grup olmasıdır.

Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın yapılacağı evren yerleşim yerini belirlemek için tabakalı rastgele örnek seçim yöntemi kullanılmıştır. Epi Info 2000 programı ile daha önce Manisa ilinde yapılan bir çalışmada sigarayı ilk kez deneme prevalansı olan %17,5 baz alınarak (%2 hata payı ile örnekleme girecek öğrenci sayısı) 831 olarak belirlenmiştir.

Manisa Kent Merkezinde altıncı, yedinci ve sekizinci sınıfların toplam şube sayısı göz önünde bulundurularak her şubede ortalama 30 öğrenci olduğu belirlenmiştir. Toplam öğrenci sayısının şube sayısına bölünmesi sonucunda ($831/30=27.7$) çalışmaya 27 şubenin alınmasına karar verilmiştir. Kız, erkek oranları eşit olduğundan cinsiyete göre tabakalandırma yapılmamıştır. Araştırmaya alınacak okullar tabakalı rastgele örneklem yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Manisa Kent Merkezindeki okullar kent ve gecekondulu olarak iki tabakaya ayrılmıştır. Çalışmaya alınması planlanan 27 şubeden 18 adet şube kentsel ilköğretim okullarından, dokuz adet şube de gecekondulu ilköğretim okullarından alınmıştır. Kentsel bölgelerdeki 6.

sınıflardan 6 şube, 7. sınıflardan 6 şube, 8. sınıflardan 6 şube, gecekondu bölgelerindeki 6. sınıflardan 3 şube, 7. sınıflardan 3 şube 8. sınıflardan 3 şube olmak üzere toplam 27 şube çalışmaya alınmıştır.

Hangi okullarda çalışmanın yapılacağına her tabakada yer alan okullardan rastgele sayılar tablosundan yararlanarak karar verilmiştir. Daha sonra örneğe çıkan okulların sınıflarından rastgele örneklem yöntemi ile eğitim ve öğretimi aksatmamak amacı ile okul yöneticisinin görüşü de alınarak hangi sınıflarla görüşme yapılacağı belirlenmiştir.

Tablo 1. Araştırmaya katılan okullar

OKUL ADI	BÖLGE	6.SINIF	7.SINIF	8.SINIF
Saruhanbey İlköğretim Okulu	KENT	1	1	1
Ali Rıza Çevik İlköğretim Okulu	KENT	1	1	1
Laleli İlköğretim Okulu	KENT	1	1	1
Ahmet Tütüncüoğlu İlköğretim Okulu	KENT	1	1	1
Murat Germen İlköğretim Okulu	KENT	1	1	1
Türk Hava Kurumu İlköğretim Okulu	KENT	1	1	1
Milli Birlik İlköğretim Okulu	GECEKONDU	1	1	1
Necatibey İlköğretim Okulu	GECEKONDU	1	1	1
Hafsa Sultan İlköğretim Okulu	GECEKONDU	1	1	1
GENEL TOPLAM	27	9	9	9

Veri Toplama Araçları

Araştırmada 46 sorudan oluşan bir anket formu kullanılmıştır. DSÖ'nün HBSC (Health Behaviour in School Aged Children) 2001 yılı anket formundan yararlanılarak hazırlanan anket formunun ilk 14 sorusu; yaş, cinsiyet, anne baba eğitimi ve sosyal güvence durumunu incelemeye yönelik sosyo-demografik bilgileri içermektedir. Daha sonraki sorular ise; öğrencilerin sigarayı deneme yaşları, sigara içmeyi sürdürme, sigaraya başlama nedenleri, ortalama sigara içme miktarları, aile tutumları, sigara yasağına karşı tutumlarına ilişkin bilgileri içermektedir.

Uygulama Süreci

Celal Bayar Üniversitesi Araştırma Hastanesi Etik Kurulu ve Manisa İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Ankete katılacak öğrenciler çalışma hakkında bilgilendirilerek gönüllü katılımları sağlanmıştır. Öğrencilere gözlem altında anket uygulanmış, anlaşılmayan sorular yüz yüze görüşülmüştür. Araştırma 2009-2010 Eğitim-Öğretim döneminde Aralık ve Ocak aylarında tamamlanmıştır.

Araştırma Verisinin Analizi

İstatistik uygulamaları:

Araştırmanın verileri SPSS 14.0 bilgisayar istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler; numerik değişkenlerin değerlendirilmesi ortalama, standart sapma kullanılarak, kategorik değişkenlerin değerlendirilmesi sayı, yüzde dağılımı gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılarak yapılmıştır. Çözümleyici istatistikler; kategorik değişkenlerin (cinsiyet, sınıf, okul yerleşim yeri vb.) bağımlı değişkenlerle (sigarayı deneme, sigara kullanımı) ilişkisini değerlendirme ki-kare testi ve numerik (sayısal) değişkenlerin (anne yaşı, baba yaşı, kardeş sayısı, sigaraya başlama yaşı gibi) gruplar arasındaki değişimini incelemede de student's t testi (bağımsız gruplarda t testi) kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

5. BULGULAR

Toplam 831 öğrenciden 696'sı ankete katıldı. 134 öğrenci ise anket günlerindeki devamsızlık durumları ya da aile onayı alınamadığı için ankete katılamadı. Kent okullarından ankete katılan öğrencilerin %50.2'sini, gecekondur okullarından katılanların ise %41.9'unu kız öğrenciler oluşturmaktaydı (Tablo 2). Öğrencilerin %37.8'i altıncı, %31.3'ü yedinci, %30.9'u sekizinci sınıf öğrencisi idi (Tablo 2). Kent okullarından ankete katılan öğrencilerin %38.9'u altıncı, %30.7'si yedinci, %30.4'ü sekizinci sınıf, gecekondur okullarından katılanların ise %36'sı altıncı, %32.4'ü yedinci, %31.6'sı sekizinci sınıf öğrencisi idi (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı

Özellik		Kent (n=424)	Gecekondur (n=272)	Toplam (n=696)
Sınıf (%)	6.	38.9	36.0	37.8
	7.	30.7	32.4	31.3
	8.	30.4	31.6	30.9
Cinsiyet (%)	Kız	50.2	41.9	47.0
	Erkek	49.8	58.1	53.0

Öğrencilerin yaş ortalaması kent okullarında 12.96 ± 0.8 , gecekondur okullarında 13.24 ± 1.3 olarak saptandı ($p=0.00$, Tablo 3)

Tablo 3. Araştırmaya katılan öğrencilerin okul yerleşim yerine göre yaş ortalaması

Okullar	Ortalama yaş±ss(min-max)	p*
Kent	12.96±0.8(11-15)	0.00
Gecekondu	13.24 ±1.3(11-18)	

*:p<0.05 (t test)

Araştırmaya katılan öğrencilerin anne ve babalarının eğitim durumları değerlendirildiğinde kent okullarında annelerin %2.6'sının, babaların %0.5'nin, gecekondu okullarında ise annelerin %49.6'sının, babaların %11.8'nin okuryazar olmadığı gözlemlendi. Kent okullarında babaların %26.7'si, gecekondu okullarında ise %1.5'i yüksekokul veya üniversite mezunu idi (Tablo 4). Kent okullarındaki öğrencilerin anne ve baba eğitim düzeylerinin gecekondu bölgesine göre daha yüksek seviyede olduğu saptandı (p<0.005).

Araştırmaya katılan öğrencilerin babalarının meslekleri değerlendirildiğinde işsizlik oranı kent okullarında %1.9, gecekondu okullarında ise %5.9 olarak saptandı, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p<0.05). Kent okullarındaki annelerin %75.7'si, gecekondu okullarında ise %96.3'ü ev hanımı idi (p=0.00, Tablo 4).

Kent okullarından katılan öğrencilerin %90.4'ünün, gecekondu okullarından katılan öğrencilerin %76.8'inin sağlık güvencesi vardı, aralarında anlamlı istatistiksel fark saptandı (p=0.00, Tablo 4).

Araştırmaya katılan öğrencilerin annelerinin yaş ortalaması kent okullarında 38,43±5.0, gecekondu okullarında 38.03±6.6, babalarının yaş ortalaması kent okullarında 42.42±5.7, gecekondu okullarında 42.42±7.3 olarak saptandı, aralarında anlamlı fark gözlenmedi (p>0.05). Ortalama kardeş sayısı kent okullarında 2.35±1.2, gecekondu okullarında 4.75±2.4 idi (p=0.00, Tablo 5).

Tablo 4. Araştırmaya katılan öğrencilerin anne ve babalarının bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Özellik		Kent (n=424)	Gecekondu (n=272)	Toplam (n=696)
Baba Eğitimi* (%)	Okuryazar değil	0.5	11.8	4.9
	Okuryazar-okula gitmemiş	7.0	11.0	4.7
	İlkokul	30.0	55.9	40.1
	Ortaokul	13.2	13.2	13.2
	Lise	29.0	6.6	20.3
	Yüksekokul-üniversite mezunu	26.7	1.5	16.8
Anne Eğitimi* (%)	Okuryazar değil	2.6	49.6	21.0
	Okuryazar-okula gitmemiş	2.1	12.5	6.5
	İlkokul	42.5	32.4	38.5
	Ortaokul	15.8	4.8	11.2
	Lise	26.9	0.7	16.7
	Yüksekokul-üniversite mezunu	10.0	0.0	6.5
Baba mesleği* (%)	Memur	24.5	0.7	15.2
	İşçi	29.5	14	23.4
	Emekli	6.4	5.5	6.0
	İşsiz	1.9	5.9	3.4
	Serbest	37.7	73.9	51.9
Anne mesleği* (%)	Ev hanımı	75.7	96.3	83.8
	Çalışan	24.3	3.7	16.2
Sağlık güvencesi varlığı* (%)		90.4	76.8	85.0

*:p<0.05 (ki-kare testi)

Tablo 5. Öğrencilerin anne, baba ve kardeşlerinin bazı demografik verileri

Okul Yerleşim Yeri	Anne yaşı (Ort±SS)	Baba yaşı (Ort±SS)	Kardeş sayısı* (Ort±SS)
Kent	38,43±5.0	42.42±5.7	2.35±1.2
Gecekondu	38.03±6.6	42.42±7.3	4.75±2.4
p	0.363	0.997	0.000

*:p<0.05 (t test)

Öğrencilerin ailelerinin ve arkadaşlarının sigara içme durumlarına göre dağılımı değerlendirildiğinde kent okullarında %53'ünün babası, %25.2'nin annesi, %9.4'ünün kardeşi, %10.8'inin en iyi arkadaşı sigara içmekte iken gecekondu okullarında ise %56.6'nın babası, %17.7'sinin annesi, 14.8'nin kardeşi, %19.5'inin en iyi arkadaşı aktif sigara içicisi idi (Tablo 6).

Tablo 6. Öğrencilerin ailelerinin ve arkadaşlarının sigara içme durumlarına göre dağılımı

Aile bireyi	Kent (%)	Gecekondu (%)	Toplam (%)
Baba	53.0	56.6	54.4
Anne*	25.2	17.7	22.3
Kardeş*	9.4	14.8	11.5
En iyi arkadaş*	10.8	34.0	19.5

*:p<0.05 (ki-kare testi)

Sınıflara göre sigarayı deneme prevalansı altıncı sınıflarda %16.2, yedinci sınıflarda %24.1, sekizinci sınıflarda %32,1 olarak saptandı. Üst

sınıflarda sigarayı deneme oranları anlamlı olarak yüksekti ($p<0.00$) Cinsiyete göre sigara deneme oranları değerlendirildiğinde kız öğrencilerde %17.5, erkek öğrencilerde %29 tüm öğrencilerde %23.5 olarak saptandı. Erkek öğrencilerin kız öğrencilere daha yüksek oranda sigara deneme oranları saptandı ($p<0.00$). Okul yerleşim yerine göre sigarayı deneme oranları kent okullarında %16, gecekondulu okullarında %35 olarak bulundu ($p<0.00$),(Tablo 7).

Tablo 7. Öğrencilerin sınıf, cinsiyet ve okul yerleşim yerine göre genel olarak sigarayı deneme oranları

		Sigarayı Deneme		p
		Evet (%)	Hayır (%)	
Sınıf*	6	16.2	83,8	0,000
	7	24.1	75.9	
	8	32.1	67.8	
Cinsiyet*	Kız	17.5	82.7	0,000
	Erkek	29.0	71.0	
Okul yerleşim yerine göre*	Kent	16.0	84.0	0,000
	Gecekondulu	35.0	64.0	
Toplam		23.5	76.5	

*: $p<0.05$ (ki-kare testi)

Araştırmada sigarayı ilk deneme yaşı ortalaması genel olarak 10.04 ± 2.3 , kent okullarında 9.7 ± 2.5 , gecekondulu okullarında 10.38 ± 2.4 olarak saptandı ($p>0.05$,Tablo 8).

Tablo 8. Öğrencilerin okul yerleşim yerine göre sigarayı deneme yaş ortalaması

Okullar	Ortalama deneme yaşı±SS	p*
Kent	9.7±2.5	>0.05
Gecekondu	10.38 ±2.4	

*: t test

Araştırmaya katılan öğrencilerde cinsiyete göre sigarayı deneme oranları değerlendirildiğinde kent okullarındaki kızlarda %13.7, gecekondu okullarında %24.1, kent okullarındaki erkeklerde %18.2, gecekondu okullarında %43.6 olduğu gözlemlendi. Kent okullarında kızlarla erkekler arasında anlamlı fark gözlenmezken gecekondu okullarında belirgin farklılık gözlemlendi ($p<0.001$). Sınıflara göre sigara deneme oranları kent okullarında 6. sınıflarda 10.3, 7.sınıflarda 19.5, 8. sınıflarda 19.7 gecekondu okullarında ise 6. sınıflarda 26.3, 7. sınıflarda 30.7, 8. sınıflarda 50.6 idi. Gecekondu okullarında sigara deneme oranları anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0.000$, Tablo 9A) . Anne ve baba eğitimine göre sigara deneme oranları karşılaştırıldığında ise tek tek gruplar arasında fark gözlenmezken kent – gecekondu ayrımı yapılmaksızın yapılan değerlendirilmede anne ve baba eğitim düzeyi yükseldikçe sigara deneme oranlarının anlamlı olarak azaldığı gözlemlendi. Anne mesleğine göre sigara deneme oranları değerlendirildiğinde ise sadece kent okullarında annesi ev hanımı olanlarda diğerlerine göre sigara içme oranı daha yüksek saptandı ($p<0.01$, Tablo 9A). Sigara deneme oranları cinsiyet ve sınıf değişkenlerine göre gecekondu ve kent olarak karşılaştırıldığında ise 7. sınıflar dışında bütün gruplarda gecekondu okullarında anlamlı olarak yüksek deneme oranları saptandı ($p<0.05$, Tablo 9B).

Tablo 9A. Araştırmaya katılan öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre sigarayı deneme oranları

		SİGARAYI DENEME						
		Kent (%)		p	Gecekondu(%)		p	p*
		Evet	Hayır		Evet	Hayır		
Cinsiyet	Kız	13.7	86.3	0.214	24.1	75.9	0.001	0.000
	Erkek	18.2	81.8		43.6	56.4		
Sınıf	6	10.3	89.7	0.039	26.3	73.7	0.002	0.000
	7	19.5	80.5		30.7	69.3		
	8	19.7	80.3		50.6	49.4		
Baba eğitimi	A	20.0	80.0	0.359	39.3	60.7	0.394	0.000
	B	18.8	81.2		33.0	67.0		
	C	13.7	86.3		45.5	54.0		
Anne eğitimi	A	25.0	75.0	0.340	39.3	60.7	0.193	0.000
	B	14.1	85.9		28.6	71.4		
	C	17.6	82.4		50.0	50.0		
Baba mesleği	1	13.6	86.4	0.541	29.7	70.3	0.087	0.003
	2	12.9	87.1		53.3	46.7		
	3	22.2	77.8		50.0	50.0		
	4	14.3	85.7		33.3	66.7		
	5	18.9	81.1		35.4	64.6		
Anne mesleği	1*	13.6	86.4	0.019	34.9	65.1	0.327	0.562
	2*	23.3	76.7		50.0	50.0		

*:Kent-gecekondu ayrımı olmaksızın bağımlı ve bağımsız değişken arasındaki ilişki

(ki-kare testi)

A:Okur yazar değil-okur yazar

B:İlkokul mezunu,ortaokul mezunu

C:Lise ve üstü

1:Memur, 2:işçi, 3:Emekli, 4:işsiz, 5:Serbest(Baba mesleği)

1*:Ev Hanımı, 2*:Çalışan

Tablo 9B. Sigarayı deneme oranlarının bazı değişkenler açısından okul yerleşim yerine göre dağılımı

Özellikler		SİGARAYI DENEME		P
		Evet(%)	Hayır(%)	
Kız *	Kent	13.7	86.3	0.01
	Gecekondü	24.1	75.9	
Erkek*	Kent	18.2	81.8	0.00
	Gecekondü	43.6	56.4	
6.sınıf*	Kent	10.3	89.7	0.00
	Gecekondü	26.3	73.4	
7.sınıf	Kent	19.5	80.5	0.06
	Gecekondü	30.7	69.3	
8.sınıf*	Kent	19.7	80.3	0.00
	Gecekondü	50.6	49.4	

*:p<0.05(ki-kare testi)

Ankete katılan öğrencilerin aile ve arkadaşlarının sigara içme durumuna göre sigara deneme oranları değerlendirildiğinde kent okullarında annesi sigara içenlerin %23.6'sının, gecekondü okullarında ise % 35.4'ünün sigarayı denediği, babası sigara içenlerin kent okullarında % 19.4'ünün, gecekondü okullarında ise %37'sinin sigarayı denediği gözlemlendi. En iyi arkadaşı ve kardeşi sigara içenlerde de sigarayı deneme oranları anlamlı olarak yüksek saptandı (p<0.05,Tablo 10).

Tablo 10. Araştırmaya katılan öğrencilerin aile ve arkadaşlarının sigara içmesine göre sigara deneme oranları

		SİGARAYI DENEME					p	p*
		Kent		p	Gecekondu			
		Evet	Hayır		Evet	Hayır		
Anne	içiyor	23.6	76.4	0.013	35.4	64.6	0.979	0.220
	içmiyor	13.4	86.6		35.6	64.4		
Baba	içiyor	19.4	80.6	0.045	37.0	63.0	0.534	0.041
	içmiyor	12.2	87.8		33.3	66.7		
Kardeş	içiyor	40.0	60.0	0.000	52.5	47.5	0.014	0.000
	içmiyor	13.4	86.6		32.3	67.7		
En iyi arkadaş	içiyor	40.5	59.5	0.000	66.3	33.7	0.000	0.000
	içmiyor	12.7	87.3		21.9	78.1		

*:Kent-gecekondu ayırımı olmaksızın bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki

(ki-kare testi)

Sınıflara göre sigarayı içme prevalansı altıncı sınıflarda %3.5, yedinci sınıflarda %5.6, sekizinci sınıflarda %12.2 olarak saptandı. Üst sınıflarda sigarayı içme oranları anlamlı olarak fazla idi ($p < 0.000$). Cinsiyete göre sigara içme oranları değerlendirildiğinde kız öğrencilerde %2.5, erkek öğrencilerde %11.2, tüm öğrencilerde %7.1 olarak saptandı. Erkek öğrencilerin sigara içme oranları kız öğrencilere göre anlamlı yüksek saptandı ($p < 0.000$). Okul yerleşim yerine göre sigara içme oranları karşılaştırıldığında kent okullarında %1.7, gecekondu okullarında %15.7 olarak anlamlı farklılık izlendi ($p < 0.000$, Tablo 11).

Tablo 11. Öğrencilerin sınıf, cinsiyet ve okul yerleşim yerine göre genel olarak sigara içme oranları

		Sigara prevalansı		P*
		İçiyor %	İçmiyor %	
Sınıf	6	3.5	96.5	< 0.001
	7	5.6	94.4	
	8	13.2	86.8	
Cinsiyet	Kız	2.5	97.5	< 0.001
	Erkek	11.2	88.8	
Okul yerleşim yerine göre	Kent	1.7	98.3	< 0.001
	Gecekondu	15.7	84.3	
Toplam		7.1	92.9	

*:ki-kare testi

Araştırmaya katılan öğrencilerde cinsiyete göre sigara içme oranlarının kent okullarındaki kızlarda %0.5, gecekondu okullarında %6.3, kent okullarındaki erkeklerde %2.9, gecekondu okullarında % 22.4 olduğu gözlemlendi. Tüm okullarda kızlarla erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlendi. Sınıflara göre sigara içme oranları kent okullarında altıncı sınıflarda %0, yedinci sınıflarda %1.6, sekizinci sınıflarda %3.9 gecekondu okullarında ise altıncı sınıflarda 9.5, yedinci sınıflarda %11.4, sekizinci sınıflarda %15.7 idi. Kent ve gecekondu arasında ayırım yapılmaksızın öğrenciler karşılaştırıldığında sınıf düzeyi arttıkça sigara içme oranlarının arttığı (p<0.000, Tablo 12A). Tüm okullar genel olarak değerlendirildiğinde anne ve baba eğitimin düzeyleri arttıkça sigara içme oranlarının azaldığı saptandı (P<0.00). Anne ve baba mesleğiyle anlamlı ilişki saptanmadı (sırasıyla p=0.304,p=0.701, Tablo 12A). Ancak kent gecekondu ayırılmaksızın yapılan değerlendirmede babası işsiz olanlarda daha yüksek sigara içme oranları saptandı(P=0.01). Sigara içme oranları cinsiyet ve sınıf

değişkenlerine göre gecekondulu ve kent olarak karşılaştırıldığında ise bütün gruplarda gecekondulu okullarında anlamlı olarak yüksek içme oranları saptandı (p=0.00,Tablo 12B).

Tablo 12A. Araştırmaya katılan öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre sigara kullanma oranları

		Sigara prevalansı					p	p*
		Kent		p	Gecekondulu			
		içiyor	içmiyor		içiyor	içmiyor		
Cinsiyet	Kız	0.5	99.5	0.055	6.3	93.6	<0.001	<0.001
	Erkek	2.9	97.1		22.4	77.6		
Sınıf	6	0.0	100	0.033	9.5	90.5	0.002	<0.001
	7	1.6	98.4		11.4	88.6		
	8	3.9	96.1		15.7	84.3		
Baba eğitimi	A	20.0	80.0	0.003	24.6	75.1	0.073	<0.001
	B	2.2	97.8		12.4	87.6		
	C	1.7	98.3		18.2	81.8		
Anne Eğitimi	A	5.0	95.0	0.003	18.5	81.5	0.083	<0.001
	B	2.1	97.9		10.2	89.8		
	C	1.7	98.3		50.0	50.0		
Baba Mesleği	1	0.0	100.0	0.486	50.0	50.0	0.304	0.018
	2	2.4	97.6		16.2	83.8		
	3	0.0	100.0		26.7	73.3		
	4	0.0	100.0		25.0	25.0		
	5	2.5	97.5		13.6	86.4		
Anne Mesleği	1*	1.3	98.7	0.256	15.5	84.5	0.701	0.562
	2*	2.9	97.1		20.0	80.0		

*:Kent-gecekondulu ayrımı olmaksızın bağımlı ve bağımsız değişken arasındaki ilişki

(ki-kare testi)

A:Okur yazar değil-okur yazar B:İlkokul mezunu,ortaokul mezunu C:Lise ve üstü

1:Memur, 2:işçi, 3:Emekli, 4:işsiz, 5:Serbest(Baba mesleği) 1*:Ev Hanımı, 2*:Çalışan

Tablo 12B. Sigarayı içme oranlarının bazı değişkenler açısından okul yerleşim yerine göre dağılımı

Özellikler		SİGARA içme		p*
		Evet(%)	Hayır(%)	
Kız	Kent	0.5	99.5	0.00
	Gecekondü	6.3	93.8	
Erkek	Kent	2.9	97.1	0.00
	Gecekondü	22.4	77.6	
6.sınıf	Kent	0	100	0.00
	Gecekondü	9.5	90.5	
7.sınıf	Kent	1.6	98.4	0.00
	Gecekondü	11.4	88.6	
8.sınıf	Kent	3.9	96.1	0.00
	Gecekondü	27.1	72.9	

*:ki-kare testi

Ankete katılan öğrencilerin aile ve arkadaşlarının sigara içmelerinin öğrencilerin sigara içmesini etkileyip etkilemediği araştırıldığında annesi sigara içenlerin kent okullarında %2.8'inin, gecekondü okullarında ise % 14.6'sının sigarayı içtiği gözlemlendi. Babası sigara içenlerin kent okullarında % 1.8'inin, gecekondü okullarında ise %16.9'unun sigara içtiği saptandı. Kent ve gecekondü ayrımı yapılmaksızın yapılan genel değerlendirmede en iyi arkadaş ve kardeşin sigara içmesinin öğrencilerin sigara içmesini anlamlı olarak artırdığı görüldü ($p < 0.05$, Tablo 13).

Öğrencilerin sigara ile ilişkili hastalıklar konusunda bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde tüm hastalıklarda kent ve gecekondü okulları ve sigara içen içmeyen öğrenciler arasında anlamlı fark saptandı ($p < 0.05$, Tablo 14, 15).

Tablo 13. Araştırmaya katılan öğrencilerin aile ve arkadaşlarının sigara içme durumuna göre sigara içme oranları

		Sigara prevalans					p		p*	
		Kent		p	Gecekondu					
		İçiyor	İçmiyor		İçiyor	İçmiyor				
Anne	İçiyor	2.8	97.2	0.279	14.6	85.4	0.810	0.727		
	İçmiyor	1.3	98.7		16.0	84.0				
Baba	İçiyor	1.8	98.2	0.824	16.9	83.1	0.526	0.343		
	İçmiyor	1.5	95.5		14.0	86.0				
Kardeş	İçiyor	2.5	97.5	0.665	27.5	72.5	0.022	0.003		
	İçmiyor	1.6	98.4		13.3	86.7				
En iyi arkadaş	İçiyor	11.9	88.1	0.000	40.0	60.0	<0.001	<0.001		
	İçmiyor	0.6	99.4		5.2	94.8				

*:Kent-gecekondu ayrımı olmaksızın bağımlı ve bağımsız değişken arasındaki ilişki

(ki-kare testi)

Tablo 14. Öğrencilerin sigara ile ilişkili hastalıklar konusunda bilgi düzeylerinin okullara göre dağılım

	Kent (n=424)	Gecekondu(n=272)	p*
Akciğer Kanseri (%)	96.9	92.6	0.009
Kalp hastalığı (%)	92.2	81.6	0.000
Mide ülseri (%)	64.6	56.6	0.034
Depresyon (%)	72.9	61.4	0.001

*:ki-kare testi

Tablo15. Öğrencilerin sigara ile ilişkili hastalıklar konusunda bilgi düzeylerinin sigara içme durumuna göre dağılımı

	Sigara içmeyen (n=647)	Sigara içen (n=49)	p*
Akciğer Kanseri (%)	96.2	40.8	0.009
Kalp hastalığı (%)	89	67.3	0.000
Mide ülseri (%)	63.4	40.8	0.002
Depresyon (%)	70	51	0.006

*:ki-kare testi

Ankete katılan öğrencilerin sigara yasağına karşı tutumları değerlendirildiğinde kent okullarındaki öğrencilerin %92.2'sinin, gecekondu okullarındaki öğrencilerin ise %77.8'inin yasağı desteklediği gözlemlendi ($p<0.001$). Sigara paketleri üzerindeki uyarı yazılarının etkili olup olmadığı konusunda kent okullarında okuyan öğrencilerin % 32.9'u gecekondu okullarında okuyan öğrencilerin % 67.1'i etkili olduğunu düşünmekte idi ($p<0.001$). Pasif içicilikle ilgili bilgi düzeylerini değerlendirmek üzere sorduğumuz soruya gecekondu bölge öğrencileri daha yüksek oranda "bilmiyorum" yanıtını verdiği saptandı ($p<0.00$, Tablo 16).

Ankete katılan öğrencilerin ev ortamında sigaraya pasif maruziyetleri değerlendirildiğinde kent okullarında %26.9'unun, gecekondu okullarında ise %48.2'sinin pasif olarak sigara dumanına maruz kaldığı saptandı ($p<0.001$, Tablo 17).

Tablo 16. Öğrencilerin sigara ile ilgili bilgi ve tutumları

		Okul yerleşim yerine göre		Toplam	p*
		Kent (n=424)	Gecekondu (n=272)		
Sigara Yasağını (%)	Evet destekliyorum	92.2	77.8	86.6	<0.001
	Hayır desteklemiyorum	7.8	22.2	13,4	
Genç yaşta içilen sigara (%)	Evet alışkanlık yapar	97.4	91.5	95.1	<0.001
	Hayır alışkanlık yapmaz	2.6	8.5	4.9	
Sigara paketindeki uyarı yazıları (%)	Etkili	32.9	59.6	43.3	<0.001
	Etkili değil	67.1	40.4	56.7	
Pasif içicilik Nedir?	Biliyorum	62	30.5	49.7	0.000
	Bilmiyorum	38	69.5	50.3	

*:ki-kare testi

Tablo 17. Öğrencilerin pasif sigara maruziyetleri

Okul yerleşim yerine göre	Pasif maruziyet		p*
	Var	Yok	
Kent (%)	26.9	73.1	<0.001
Gecekondu(%)	48.2	51.8	
Toplam (%)	35.2	64.8	

(ki-kare testi)

Öğrencilerin sigaraya başlama nedenleri sorulduğunda hem kent, hem de gecekondü okullarında en sık başlama nedeninin merak olduğu saptandı (Tablo 17).

Tablo 17. Öğrencilerin sigaraya başlama nedenleri

Başlama nedeni	Kent (n=7)	Gecekondü (n=42)	Toplam (n=49)
Merak (%)	66.7	25.5	36.2
Özenti (%)	0.0	11.8	8.7
Üzüntü (%)	5.6	17.6	14.5
Arkadaş ısrarı (%)	27.8	19.6	21.7
Yalnızlık hissi (%)	0.0	9.8	7.2
Merak+özenti (%)	0.0	3.9	2.9
Merak+arkadaş ısrarı (%)	0.0	2.0	1.4
Üzüntü+Merak (%)	0.0	5.9	4.3
Arkadaş ısrarı + Karizmatik görünme (%)	0.0	2.0	1.4
Merak+yalnızlık hissi (%)	0.0	2.0	1.4

6. TARTIŞMA

Manisa ili ilköğretim okullarında okumakta olan altıncı, yedinci ve sekizinci sınıf öğrencisi toplam 696 öğrencinin katıldığı bu araştırmada öğrencilerin sigara içme prevalansının belirlenmesi, sigara içimini etkileyecek faktörlerin belirlenmesi ve Temmuz 2009'da yürürlüğe giren tütün mamüllerinin zararlarının önlenmesine dair yasaya karşı tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %47'sini kız öğrenciler oluşturmuştur. Anketin uygulanabildiği toplam 696 öğrencinin; 272'sini gecekondu, 424'ünü ise kent bölgesi okullarında okuyan öğrenciler oluşturmuştur. Gecekondu bölgesi okullarında ankete katılan kız öğrenci sayısının daha az olması; kızların sosyal rolleri gereği bu bölgelerde daha az okula gönderilmesinden kaynaklanmış olabilir. Daha önce yapılan ve gecekondu bölgesini hedef alan çalışmalarda da benzer şekilde kız öğrenci sayısı erkeklere göre daha düşük bulunmuştur (100).

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının kent okullarında 12.96 ± 0.8 iken gecekondu okullarında 13.24 ± 1.3 olması, gecekondu okullarında öğrencilerin daha geç olarak okula gönderilmesi ve başarısızlık nedeniyle sınıf tekrarlarının bu bölgelerde daha yoğun olması ile ilişkilendirilebilir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 raporuna göre de yine ülke genelinde okur-yazar olmayanların oranı kent bölgelerinde %17.6, gecekondu bölgelerinde ise %26.1 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin anne ve babalarının öğrenim durumları değerlendirildiğinde ebeveyni ilköğretim mezunu olan öğrencilerin çoğunlukta olduğu, annelerin eğitim düzeylerinin baba eğitim düzeyine göre daha düşük olduğu gözlemlendi. Özellikle gecekondu bölgesi okullarındaki öğrencilerin yaklaşık yarısının annelerinin okur-yazar olmadığı saptandı. Türkiye İstatistik Kurumu 2006 yılı verilerine göre, ülke genelinde okuryazar olmayanların oranı erkeklerde %4 kadınlarda ise %19.4'dür (101). Manisa ilinde 2005 yılında yapılan nüfus ve sağlık

araştırması raporuna göre il genelinde okur-yazar olmayanların oranı erkeklerde %6.5, kadınlarda ise %16.6 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda da bu verilere paralel olarak babaların %4.9'unun, annelerin ise %21'inin okuryazar olmadığı saptandı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin baba meslekleri değerlendirildiğinde hem kent hem de gecekondü bölge okullarında serbest mesleğin çoğunlukta olduğu, gecekondü okullarında memur oranının çok düşük ve bu bölge okullarındaki çoğu öğrencinin işsizlik nedeniyle Doğu ve Güneydoğu bölgelerimizden göç eden ailelerin çocuklarından oluştuğu gözlenmiştir. Annelerin de büyük kısmının özellikle de gecekondü bölgelerinde yaşayanların ev hanımı olduğu dikkati çekmiştir.

Çalışmamızda öğrencilerin genel olarak %23.5'inin, hayatlarında bir kere de olsa sigarayı denediği görülmüş, bu oranın kent okullarında %16, gecekondü okullarında ise %35 ve aralarındaki farkın da anlamlı olduğu gözlenmiştir. Ergüder ve arkadaşlarının ilköğretim yedinci, sekizinci, hazırlık ve lise birinci sınıf öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin %29.3'ü, Bursa'da 2000 yılında yapılan 6-11. sınıf öğrencileri arasındaki bir çalışmada %38.9'unun, Denizli'de yapılan çalışmada ise %35.6'sının sigarayı denediği gözlenmiştir (102).

Araştırmaya katılan öğrencilerin sigara içme prevalansı kent okullarında %1.7, gecekondü okullarında %15.7, ortalama %7.1 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ortaokul öğrencileri arasında sigara içme prevalansı %4-8'dir (103,104). Yaşları 13-15 arasında olan öğrencilerde sigara içme prevalansı tüm dünyada ortalama %8.9 olup, Amerika Birleşik Devletleri'nde %17.5, Avrupa'da %17.9, Güney-doğu Asya'da %4.3, Doğu Akdeniz'de de %5 olarak bulunmuştur (105).

Araştırma kapsamındaki gecekondü okullarında sigara deneme ve içme oranları kent okullarındaki öğrencilerden belirgin olarak yüksek saptanmıştır. 2004 yılında Manisada yapılan çalışmada da gecekondü bölgesinde sigara içme prevalansı daha yüksek bulunmuştur (106). Bunun

başlıca nedenleri bu çocukların düşük sosyoekonomik düzeyde aileye sahip olması, çocuklar üzerinde ailesel destek ve denetimin yetersiz olması, çocukların erken yaşta para kazanmaya başlaması ve çalıştığı ya da yaşadığı çevredeki olumsuz arkadaşlık ilişkileri olabilir.

Sigara içiminin cinsiyetle ilişkisi ülkeden ülkeye, etnik ve kültürel farklılıklara göre değişkenlik göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde erkek öğrenciler kızlara göre daha fazla sigara içmektedirler. Amerika, Avrupa ve Batı Akdeniz’de ise sigara içme prevalansı bakımından her iki cins arasında fark bulunmamaktadır (105). Bu nedenle doğu ile batı arasındaki sigara içme farklılığı, cinsiyet farklılığından ziyade kültürel farklılık olarak değerlendirilmelidir. Çalışmamızda Türkiye’de yapılan diğer çalışmalarda olduğu gibi erkek öğrencilerde sigarayı deneme ve içme prevalansı daha yüksek saptanmıştır (103,107). Bunun nedeni erkeklerin sosyal rolleri gereği sigaraya ulaşmalarının daha kolay olması, daha özgür yetiştirilmeleri, onlara daha çok tolerans gösterilmesi olabilir. Kent ve gecekondu okulları kendi içlerinde cinsiyet açısından karşılaştırıldığında sigara denemede kent okullarında her iki cins arasında belirgin fark gözlenmezken gecekondu okullarındaki erkek öğrencilerde daha yüksek deneme oranları saptandı. Bunun nedeni gecekondu bölgesinde erkek egemen toplum anlayışının baskın olması nedeniyle erkek çocuklara tolerans gösterilmesi ve ekonomik sorunları nedeniyle ailenin geçimine katkıda bulunması için erkek çocukların erken yaşta değişik işlerde çalışmak zorunda kalmaları olabilir. Bu şekilde erken yaşta çalıştırılmaları ekonomik özgürlükleri nedeniyle hem sigaraya ulaşmalarını kolaylaştırmakta, hem de tanıştıkları yeni çevredeki insanlara özenme ve kendilerini büyümüş olarak kabullendirme gibi dürtüleri ile ilişkili olabilmektedir.

Kent ve gecekondu bölgesindeki kız ve erkek öğrenciler kendi aralarında karşılaştırıldığında gecekondu bölgesinde hem kız hem de erkek öğrencilerde daha yüksek içme ve deneme oranları saptandı.

Araştırmamızda sigarayı ilk deneme yaşı ortalaması genel olarak 10.04 ± 2.3 , kent okullarında 9.7 ± 2.5 , gecekondu okullarında 10.38 ± 2.4 olarak saptanmıştır. Gecekondu bölgesinde yaş ortalamasının daha büyük olması daha geç yaşta okula gönderilmelerinden kaynaklanmış olabilir. Manisa'da 1992 yılında lise öğrencileri arasında yapılan bir araştırmada sigarayı deneme yaşı 13.2 olarak bulunmuştur (108). İlimizde sigarayı deneme yaşının yıllar içinde giderek azaldığı görülmektedir. Önceki yıllarda Ankara'da yapılmış bir çalışmada ilk sigaraya başlama yaşı okul öğrencilerinde 12.2 , yine ülkemizde yapılan bir diğer araştırmada ise 14.3 olarak saptanmıştır (109,110). Ülkemizde sigaraya başlama yaşının giderek küçüldüğü gerçeği sigaraya başlamayı önleyici çalışmalarının erken yaş grupları üzerinde yoğunlaştırılması gerektiğini önemle vurgulamaktadır.

Çalışmamızda sınıf düzeyi arttıkça hem kent hem de gecekondu okullarında sigara deneme ve düzenli içme oranlarının arttığı gözlenmiştir. Bu fark gecekondu okullarında daha fazla göze çarpmaktadır (111). Bunun nedeni öğrencilerin adölesan döneme yaklaştıkça büyüdüklerini kanıtlama dürtüsü, sigara içerek özgürleştiklerini sanmaları, özentiler, farklı olma isteği, arkadaş çevresi oluşturma istekleri olabilir.

Anne ve babanın eğitim durumunun bireylerin sigara içme davranışları üzerindeki etkisi konusunda kültürler arası farklılıklar gözlemlenmiştir. Gelişmiş ülkelerde anne ve babanın eğitim düzeyinin düşük olması, çocukta sigara içme oranını artırırken, ülkemizde yapılan iki değişik çalışmada anne ve babanın eğitim durumu ile çocuğun sigara içmesi arasında ilişki bulunmamıştır (5,12,112,113). Ancak bu durumun aksini iddia eden çalışmalar da vardır (114,115). Erbaydar ve arkadaşları çalışmalarında, anneleri daha az eğitim düzeyine sahip erkek çocukların diğerlerinden daha fazla sigara içtiklerini belirlemişlerdir (116). Portekiz de yapılmış olan bir çalışmada ise anne ve babaların eğitim düzeyi yükseldikçe öğrencilerin sigara içme sıklığının artmış olduğu saptanmıştır (117). Çalışmamız da tüm öğrenciler birarada değerlendirildiğinde hem sigara deneme hem de sigara

içme oranı anne ve baba eğitim düzeyinin düşük olduğu öğrencilerde daha yüksek oranda saptanmıştır.

Araştırmacılar anne baba ve kardeşleri sigara içen bireylerin içmeyen bireylere oranla daha çok sigara içtiklerini ortaya koymaktadır. Ebeveynin ve akranların sigara içmesi, her iki cins için de yatkınlaştırıcı rol oynamaktadır. New Orleans'da yapılan uzun süreli bir çalışmada, annesi babası alkol ve sigara kullanan öğrencilerin alkol ve sigaraya başlama risklerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (118,119). Ayrıca çocukların kendilerini sigara içen kişilerin olumlu özellikleri özdeşleştirmeleri ve onları bu yönleriyle model almaları, onları sigara içmeye bir adım daha yaklaştırmaktadır (120). Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması 1999 Raporuna göre 15-49 yaş grubu sigara içme oranları gecekondu bölgesinde erkeklerde %62, kadınlarda %19.2; kent bölgesi erkeklerde %64.6, kadınlarda %30.4 olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %54.4'ünün babası, %22.3'ünün annesi, %11.5'inin kardeşi ,%19.5'inin ise en yakın arkadaşı sigara içmektedir. Tüm okullar genel olarak değerlendirildiğinde baba, kardeş ve en iyi arkadaşın sigara içmesiyle sigara deneme oranları arasında ilişki gözlenmiş, sigara içme oranları karşılaştırıldığında en iyi arkadaş ve kardeşin sigara kullanmasıyla öğrencilerin sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Türkiye genelinde (Kayseri, İzmir, Manisa) yapılan çalışmalarda ve çalışmamızda öğrencilerin sigara içimini etkileyen en önemli faktörün arkadaş çevresi olduğu görülmüştür (108,121,122). Çevre ve arkadaş faktörü her türlü kötü alışkanlıkta olduğu gibi sigara konusunda da belirleyici olabilmektedir. Herhangi bir bağımlılık yapıcı madde kullanan kişi, o maddeyi kullanan kişilerle daha çok birlikte olmaktadır (123). Sigara içen arkadaşların varlığında, çocuğun toplumda kendine yer bulma isteği ya da grup baskısı onun sigaraya başlamasını kolaylaştırmaktadır. Bu noktada çocukların ve gençlerin sigarasız bir çevrede yetişmeleri ve eğitim programlarıyla sigaranın zararları konusunda aydınlatılmaları gerekmektedir (124). Bauman ve ark.nın ebeveynlerin sigara içmesinin gençlerin sigara içmesine etkisi üzerine yaptıkları çalışmada, 12-14 yaş arası gençlerde, ebeveynin hayatının bir

döneminde sigara içmiş olması gençlerin sigara içmesinde o andaki içmelerinden daha etkili olduğu bulunmuştur (125).

Sigaranın zararları ve ilişkili hastalıklar konusunda bilgi sahibi olunmasına rağmen, birçok genç sigara içmeye başlamaktadır. Bölgemizde daha önce yapılan iki çalışmada sigarayla ilişkili hastalıklar sorgulandığında sigara en sık akciğer kanseri ve kalp damar hastalıkları ile en az yenidoğan bebek ölümü ve mesane kanseri ile ilişkilendirilmiştir (108). Çalışmamızda da sigara kullanımı en çok akciğer kanseri ve kalp hastalığı ile en az mide ülseri ile ilişkilendirilmiştir. Bunun nedeni kanser ve kalp hastalıklarının sürekli medya ve yazılı basında gündemde olması ve bu konuda daha yoğun anket ve benzeri çalışmaların yapılmasıdır. Sigara içen ve içmeyen öğrencilerin bilgi düzeyi karşılaştırıldığında ise sigara içmeyen öğrencilerin sigarayla ilişkili hastalıklar konusunda daha fazla bilgi sahibi olduğu görülmüştür. Bu durum sigara içenlere yönelik sigaranın zararları konusunda bilgilendirme faaliyetlerinin katkı sağlayabileceğini akla getirmektedir.

Öğrencilerin sigara yasağına karşı tutumları değerlendirildiğinde 4207 sayılı yasadaki kent okullarındaki öğrencilerin daha yüksek oranda haberdar olduğu ve bu yasayı daha yüksek oranda desteklediği saptanmıştır. Bu durum sigara yasağı konusunda eğitim ve bilgilendirme etkinliklerinin gecekondulara bölgelerine yoğunlaştırılması gerektiğini göstermesi bakımından önemlidir.

"Genç yaşta içilen sigara alışkanlık yapar mı?" sorumuza öğrencilerin tamamına yakını hem kent hem de gecekondularında evet yanıtını vermişlerdir. Bu durum öğrencilerin sigaranın bağımlılık yapan bir madde olduğu konusunda bilgi sahibi olmalarına karşın sigara içimini sürdürdüklerini göstermektedir. Ancak gecekondularında sorumuza "sigara alışkanlık yapar" şeklinde cevaplama oranının daha düşük olması eğitim faaliyetlerinin bu bölge okullarında daha da yoğunlaştırılması gerektiğine işaret etmektedir.

Sigara ile mücadelede farklı yöntemler izlenmektedir. Son yıllarda ülkemizde uygulanmaya başlanan bir yöntem olarak, sigara paketlerinin üzerinde sigaranın zararlı etkilerini anlatan yeni uyarı yazıları konmuştur. Hammond ve arkadaşları tarafından, ABD, İngiltere, Kanada ve Avustralya'da yapılan ve toplam 9058 kişiyi içeren bir çalışmada sigara paketleri üzerindeki uyarı yazılarının etkinliği incelenmiştir. Bu çalışmada, sigara paketlerindeki uyarı yazılarının kalıcı bir eğitici kaynak olduğu bildirilmiştir. Sigaranın zararları hakkında bilgilerin kaynağı sorulmuş, en sık televizyon (%87.7), sigara paketleri (%64.6) ve yazılı medya (%64.1) olduğu belirtilmiştir (126). Çalışmamızda sigaranın etkilerini anlatan uyarı yazılarının sigaraya başlama çağındaki öğrenciler üzerinde etkili olup olmadığı konusundaki sorumuza gecekodu bölgesindeki öğrenciler kent okullarındakilere göre daha yüksek oranda etkili olarak yanıt vermişlerdir. Bu durum bu bölgedeki yüksek içme oranları nedeniyle bu öğrencilerin daha sık olarak bu yazılarla karşılaşması ile ilişkili olabilir. Ayrıca kent bölgesindeki öğrenciler sigara ile ilişkili hastalıklar konusunda zaten çok daha bilinçli olduklarından bu uyarıların etkili olmadığını düşünmüş olabilirler nitekim bu öğrencilerin daha ayrıntılı bilgi gerektiren pasif içicilik konusunda bile gecekodu bölgesi öğrencilerinden daha fazla bilgi sahibi oldukları gözlenmiştir.

Çalışmamızda öğrencilerin üçtebirinden fazlasının ev ortamında pasif olarak sigara dumanına maruz kaldığı saptanmıştır. Bu durum gecekodu bölgesi okulunda okuyan öğrencilerde çok daha belirgindir. Ülkemizde de sigara dumanından pasif etkilenim konusunda yapılmış olan çalışmalar konunun önemini ortaya koymaktadır. Çobanoğlu ve arkadaşlarının 9-12 yaş grubunda yapmış oldukları bir çalışmada babaları sigara içen öğrencilerin idrar kotinin düzeyleri babaları sigara içmeyen çocukların kotinin düzeyine göre anlamlı bir şekilde daha yüksek saptanmıştır (127). İlköğretim 3-5. sınıflarda yapılmış olan bir çalışmada sigara dumanından pasif etkilenim sıklığı %59.9 olarak bulunmuştur (128). Öğrencilerin pasif etkilenim durumlarına ilişkin farklı bir değerlendirme Bek ve arkadaşları tarafından 1990 yılında 9-13 yaş grubunda

yapılmıştır. Anne-babaları sigara içen çocukların solunum fonksiyonlarında ebeveynleri sigara içmeyenlere göre spirometre ile azalma saptanmıştır (129).

Tüm sağlık risklerinin yanında pasif sigara içiciliğinin çocuklardaki en önemli etkilerinden birisi de ileri yaşlarda sigara içme üzerindeki etkisidir. Araştırmalar, pasif içici çocukların %74'ünün daha sonra aktif içici olduğunu ve %65'inin çocuklarının yanında sigara içtiğini göstermiştir. Çalışmamızda gecekondü bölge çocuklarının pasif sigara içiciliği hakkındaki bilgi düzeyinin daha az olduğu saptanmıştır. Ergüder ve arkadaşları yaptıkları çalışmada sigara içmeyen çocukların %81.6'sı sigara içenlerin %55.3'ü pasif sigara içiciliğinin sağlığa zararlı olduğunu, sigara içmeyenlerin %94'ü, sigara içenlerin %64'ü pasif sigara içiciliğini önlemek için kapalı ortamlarda sigara içilmesinin yasaklanması gerektiğini belirtmişlerdir.

Sigaraya başlamada diğer uyuşturucu maddelerin tüketiminde olduğu gibi gündelik hayat problemlerinden uzaklaşma, iletişim kurmak, yaşama zevci kazanma, büyüdüğünü ispat etme dürtüsü, sigarayı merak etme önemli unsurlardır. Gençler sigarayı sosyal ilişkiler kurmada yardımcı olarak görürler. Genel olarak sigaraya başlama nedeniyle ilgili daha büyük yaş gruplarında yapılan çalışmalarda arkadaş ısrarı ve üzüntü gibi faktörlerin daha ön planda olduğu görülmektedir. Pekşen ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada başlama nedeni olarak ilk sırada arkadaştan etkilenme (%93,1) yer almaktadır. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir diğer çalışmada ilk sırayı 'arkadaş etkisi' almakta, bunu 'özenti' ve 'merak' izlemektedir (130). Çalışmamızda hem kent hem de gecekondü bölgelerinde öğrenciler sigaraya başlamalarının en önemli nedenini merak ve arkadaş ısrarı olarak belirtmişlerdir. Ayrıca gecekondü bölgesinde üzüntü faktörünün de sigaraya başlamada önemli bir neden olduğu göze çarpmaktadır. Bu durum, bu bölgede yaşayanların ekonomik sorunları bu sorunlar nedeniyle aile içi iletişimsizlik ve geçimsizlikleri ile ilişkili olabilir. Sosyoekonomik düzeyin düşük olması yaşam koşullarını ağırlaştırmakta ve

aile içi sorunlara neden olmaktadır. Sorunlarla baş etme yetersizliği yaşayan bireylerde de bağımlılık yapan maddelere eğilimi artırabilmektedir. Aile içinde yaşanan ekonomik ve sosyal sorunların çocukların sigara içmesinde rol oynaması nedeniyle sorunun çözümü için yalnızca çocuğu değil, aile ve çocuğu birlikte ele alan programlar geliştirilmesi önem kazanmaktadır.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma sonucunda;

- Manisa ili ilköğretim öğrencilerinde sigara deneme prevalansı % 23.5, sigara içme prevalansı %7.1 bulunmuştur.

- Kent bölgesi ve gecekondu bölgesi öğrencileri arasında sigara deneme ve içme prevalansları karşılaştırıldığında gecekondu bölgesindeki okullarda sigara deneme ve içme oranları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

- Çalışmaya katılan öğrencilerin ortalama sigara içmeye başlama yaşının 10.04 bulunması ve daha önce Manisa'da yapılmış olan çalışmalarla karşılaştırılması ilimizde sigara içmeye başlama yaşının giderek küçüldüğüne işaret etmektedir.

- Sigara içmede erkek cinsiyetin daha hakim olduğu, sınıf düzeyi ve yaş arttıkça sigara içme oranlarının arttığı gözlemlenmektedir.

- Ailelerin eğitim düzeyi ile öğrencilerin sigara içimi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde eğitim düzeyi düşük ailelerin çocuklarında sigara içme oranı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Bu durum gecekondu bölgelerinde daha belirgin olarak göze çarpmaktadır.

- Öğrencilerin sigara içmesinde yakın çevrelerindeki kişilerin sigara içmesinin önemli rol oynadığı saptanmıştır.

- Sigaranın zararları hakkında bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde özellikle gecekondu bölgesindeki öğrencilerde ve aktif sigara içen öğrencilerde bilgi eksikliğinin daha fazla olduğu gözlenmiştir.

- Çalışmamızda öğrencilerde pasif sigara maruziyetinin yaygın bir sorun olduğu saptanmış, bu durumun gecekondu bölgesinde daha belirgin olduğu görülmüştür.

- Gecekondu bölgesindeki öğrencilerin ve sigara içen öğrencilerin sigara ile ilgili yasal düzenlemelerden yeterince haberdar olmadığı saptanmıştır.
- Öğrencilerin sigaraya başlama nedenleri arasında en önemli faktörleri merak, arkadaş ısrarı ve üzüntüdür.

Öneriler

Sigara içmeye başlama yaşının giderek küçülmesi, sigara mücadelesinin ilköğretim öğrencilerine yönelik olmasını zorunlu kılmaktadır. Ailelere de sigaranın sağlığa zararları, sigarayı bırakmanın yararları ve sigara bırakma yöntemleri konularında görsel ve eğitsel eğitim çalışmaları yapılmalı, sigara bırakma kampanyalarına aileler de dahil edilmelidir. Öğrenciler sigaranın sağlık, performans, fizik görünüş, kişisel bütçe, ülke ekonomisi ve toplum açısından uzun ve kısa vadeli etkileri konusunda bilgilendirilmelidirler. İlköğretimde eğitim ve öğretim planlayıcıları bunu, öğrenci müfredatına sigara içerikli dersler koyarak ya da periyodik kampanyalar planlayarak gerçekleştirebilirler. Sigaraya karşı yürütülecek etkinliklere özellikle sigara içen ve gecekondu bölgesinde yaşayan öğrencilerin aktif olarak katılmaları sağlanmalı, bu konuda gençler yüreklendirilmelidirler. Bu nedenle sigarayla mücadele çerçevesinde yapılacak çalışmalar, içme oranlarının çok daha yüksek olduğu sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerimizde daha da yoğunlaştırılmalıdır.

Sigara, öğrenciler tarafından stresle başa çıkmaya çalışmanın ve yaşanan sorunların üzerinden gelmenin bir aracı olarak algılanmaktadır. Bu nedenle sigaraya karşı geliştirilecek stratejilerden biri olarak sigaranın stres ve sorunları ortadan kaldıramayacağı temasının işlenmesi önerilebilir. Bu amaçla öğrencilere stresle baş etme teknikleri öğretilir, stresi azaltacak olan iletişim becerileri geliştirilebilir, spor, müzik ve tiyatro gibi yararlı alışkanlıklar kazanmaları sağlanabilir.

Öğrencilerin sigaraya niyetlenme ve hazırlık dönemleri olan adolesan çağlarında sigaraya başlamadan önce verilecek mücadelenin başladıktan sonra yapılacak mücadeleden daha başarılı olacağı öngörülebilir. Bu nedenle ilköğretim öğrencileri daha yoğun biçimde bu mücadelenin içinde olmalıdırlar.

Gençlerin genel ortamlarda sigara kullanıldığını görmeleri, serbestçe ulaşabilmeleri özenme ve merak etmelerine, sonuçta da sigarayı denemelerine yol açmaktadır. 1996 yılında yürürlüğe giren 4207 sayılı tütün ve tütün mamüllerinin önlenmesine dair yasa bu durumu önlemek amacıyla çıkarılmış olmasına karşın uygulamada zaman zaman etkili olamamaktadır. Yasanın ilgililerce uygulanmasının ciddi bir şekilde izlenmesi ve yaptırımların artırılması gerekmektedir. Yasaya uyum konusunda toplum bilinçlendirilmelidir.

Sigara içen ancak bırakmak isteyen bağımlı öğrencilere sosyal ve tıbbi destek verilmelidir. Bunun için okullardaki rehberlik servisleri güçlendirilmeli, sigarayı bırakan öğrencilerin mücadele kampanyalarına aktif olarak katılmaları sağlanmalıdır.

8. ÖZET

Amaç

Bu çalışmada Manisa ili ilköğretim öğrencilerinde sigara içme prevalansının, içimi etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve Temmuz 2009'da yürürlüğe "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun" a karşı öğrencilerin tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın evrenini 2009-2010 eğitim öğretim döneminde Manisa İli merkez ilköğretim okulları 6-7-8. sınıflarında bulunan 8236'sı kent ve 4937'si gecekondü olmak üzere 13173 öğrenci oluşturdu. Örneklem sayısı, ilimizde daha önce bulunan sigarayla ilk kez deneme prevalansı %17,5 baz alınarak 831 kişi, rastgele seçim yöntemi kullanılarak 6 kent ve 3 gecekondü olmak üzere 9 okul olarak belirlendi. Sigara içme, etkileyen faktörler, sigara içmenin etkileri ve ailelerinin sigara içme durumları gibi soruları içeren anket formu hazırlandı. Belirlenen 9 okuldaki toplam 615 öğrenciye anket uygulandı. Araştırmanın verileri SPSS 14.0 bilgisayar istatistik paket programı kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler (yüzde dağılımı, ortalama, standart sapma), ki-kare ve bağımsız gruplarda t testi kullanıldı.

Bulgular

Öğrencilerin %47'si kız idi. Sigara deneme prevalansı %23.5, (kent okullarında %16, gecekondü okullarında %35), sigara içme prevalansı ise %7.1 (kent okullarında %1,7, gecekondü okullarında %15.7) olarak saptandı. Sigara deneme yaşı 10.04 ± 2.3 idi. Öğrencilerin %86.6'inin sigara yaşağını desteklediği, %43.3'ünün sigara paketleri üzerindeki uyarı yazılarının etkili olduğunu düşündüğü ve %35.2'sinin sigara dumanına pasif maruz kaldıkları saptandı.

Erkek cinsiyet, yaşı, sosyoekonomik durum, ailenin eğitim durumu, aile bireyi ve en yakın arkadaşın sigara içmesinin öğrencinin sigara içmesinin önemli risk faktörleri olduğu görüldü.

Sonuç

Sigara içmeye başlama yaşının erken olması sigarayla mücadele çalışmalarının ilköğretim okullarına ve özellikle sigara içme prevalansının yüksek olduğu gecekondü bölgelerine yoğunlaştırılmalıdır.

9.İNGİLİZCE ÖZET

Aim: In this study it is aimed to evaluate the prevalence of smoking, factors affecting smoking status, and the attitudes of the elementary school students towards the smoking prohibition law which was approved in July 2009, in Manisa.

Method: The universe of this descriptive study was 6th-7th-8th class, 8236 urban and 4937 rural, total 13173 elementary schools students in 2009-2010 education periods in Manisa city center. Study population was determined on the basis of a previous study in which the smoking trial prevalence was found 17,5%, 831 students in 6 urban 3 rural, total 9 schools were chosen randomly. A questionnaire was prepared investigating smoking status, the effects of smoking and family history. Among the 9 chosen schools, the questionnaire was applied to 615 students. SPSS14 statistical package was used

Results: Forty-seven percentages of the students were female. Prevalence of smoking trial was found 23.5% (16% in urban, 35% in rural schools) while the prevalence of smoking was 7.1% (1.7 % in urban, 15.7% in rural schools). Mean age of first smoking trial was 10.04 \pm 2.3. The smoking prohibition law was supported by 86.6% of the students, the warnings on the cigarette package was thought to be effective by 43.3% students and 35.2% of the students were exposed to passive smoke. Male gender, social status, education level of the family, smoker family member or close friends were found to be important risk factors for smoking prevalence of the students

Conclusion: The early onset of smoking should guide the smoking struggle be concentrated in elementary school especially in rural areas where the smoking prevalence is high.

10. KAYNAKLAR

1. Chilmonczyk BA, Salmun LM, Megathlin KN et al. Association between exposure to environmental tobacco smoke and exacerbations of asthma in children. *N Engl J Med* 1993;328:1665-9.
2. Use of cigarettes and other tobacco products among students aged 13- 15 years-worldwide, 1999-2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2006; 55: 553
3. World Health Organization Tobacco Free Initiative. Building blocks for tobacco control: a handbook. WHO 2004 pp 4-13. Erişim adresi: whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546581eng.pdf
4. Centers for Disease Control. Tobacco use among high school students-United States, 1997 *MMWR* 1998;47:229-33.
5. Piko BF, Luszczynska A, Gibbons FX, Tekozel M. A culture-based study of personal and social influences of adolescent smoking. *Eur J Public Health* 2005;15:393-8.
6. Doll R, Peto R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. *J Natl Cancer Inst* 1981; 66: 1191-308.
7. World Bank Curbing the Epidemic Governments and the Economics of Tobacco Control. 1999, Washington, World Bank. Erişim adresi: www1.worldbank.org/tobacco
8. Marshall L, Schooley M, Ryan H et al. Centers for Disease Control and Prevention. Youth tobacco surveillance--United States, 2001-2002 *MMWR Surveil' l Summ.* 2006; 55: 1-56.
9. Pierce JP, Naquin M, Gilpin E et al. Smoking initiation in the United States: a role for worksite and college smoking bans. *J Natl Cancer Inst* 1991; 83:1009-13.

10. Molyneux A, Lewis S, Antoniak M et al. Prospective study of the effect of exposure to other smokers in high school tutor groups on the risk of incident smoking in adolescence. *Am J Epidemiol* 2004;159:127-32.
11. Alexander C, Piazza M, Mekos D, et al. Peers, schools, and adolescent cigarette smoking. *J Adolesc Health* 2001;29:22-30.
12. Buller DB, Borland R, Woodal WG et al. Understanding factors that influence smoking uptake. *Tob Control* 2003;12(Suppl 4):16-25.
13. Chalmers K, Seguire M, Brown J. Tobacco use and baccalaureate nursing students: a study of their attitudes, beliefs and personal behaviours. *Journal of Advanced Nursing* 2002;40:17-24.
14. Thomson GW, Wilson NA, O'Dea D et al. Tobacco spending and children in low income households. *Tobacco Control* 2002; 11: 372-5.
15. CECHE (Center for Communications, Health and Environment), A child is a child: The Case for International Tobacco Control Provisions. CECHE, Washington DC, 1998.
16. Crews KM, Payne TJ. Tobacco update:Scientific advances, clinical perspectives. *Am J Med Sci* 2003; 326: 165-6
17. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs-United States, 1995-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2002.
18. Karlıkaya C. Tütünün sağlığa etkileri. *Türk Toraks Derneği Okulu 10. Yıllık Kongre Kursları* 2007; 465-476.
19. Smoking Statistics:Illness and Death. Fact Sheet No: 2.http://www.ash.org.uk/htm/factsheets/html/fact02.html#_edn7. 2003.
20. World Health Organization Report on the Global Tobacco Epidemic, The Mpower package, 2008. Erişim adresi: www.who.int/tobacco/mpower Erişim tarihi: 20.04.09.

21. Kutlu R, Çivi S. Konya İli Lise Öğretmenlerinin Sigara İçme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007;6(4):273-278,
- 22 . Beyer J, Brigden L. Tobacco Control Policy. Strategies, Successes And Setbacks. The World Bank, p:1-12. Erişim adresi: www.worldbank.org .
23. . Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One, 3.Male Smoking p:24-5.
24. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One, 4.Female Smoking s:26-7. Erişim adresi: <http://whqlibdoc.who.int/publications> (2002) Erişim tarihi: 15.04.2010
25. World Health Organization Conclusions of Conference on The Regulation of Tobacco Dependence Treatment Products 1999. Erişim adresi: www.who.int Erişim tarihi: 15.05.2010
26. Çan G, Sigara Epidemiyolojisi. Ed: Özyardımcı N. Sigara ve Sağlık. s.49-58, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 2002.
27. Tuder RM, Voelkel NF. The pathobiology of chronic bronchitis and emphysema. In: Voelkel NF, MacNee W (Eds.). Chronic Obstructive Lung Disease. 3th ed. London: BC Decker Inc; 2002;p. 90-113.
28. Centers For Disease Control. Tobacco Use Among High School Students-United States, 1997 MMWR p.47:229-33. Erişim adresi: www.cdc.gov/mmwr/preview (1997)Erişim tarihi: 27.05.2010.
29. Piko BF, Luszczynska A, Gibbons FX, et al. Culture-Based Study Of Personal And Social Infl Uences of Adolescent Smoking. Eur J Public Health, 2005;15(4):393-8,
30. Mackay J, Eriksen M The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One, 5.Youht p.28-9. Erişim adresi: <http://whqlibdoc.who.int/publications> (2002). Erişim tarihi: 15.05.2010

31. Ergüder T. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731, Ankara, 2008
32. Türkiye İstatistik Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Raporu 2008, Erişim adresi: www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi:15.05.2010
33. PIAR Araştırma Ltd. Şti. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Sigara Alışkanlıkları ve Sigara İle Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması Raporu,İstanbul,1988.
34. Williams GC, Cox EM, Kouides R, Deci EL. Presenting The Facts About Smoking To Adolescents: Eff Ects Of An Autonomy-Supportive Style. Arch Pediatr Adolesc Med,1999 ;153(9):959-64.
35. Özcebe H. Gençler ve Sigara, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2008.
36. BİGTAŞ Survey Research Group. Health Services Utilization Survey In Turkey, Ministry Of Health, Ankara,1993.
37. World Health Organization The Tobacco Epidemic Rages On İn Eastern and Central Europe. Fact Sheet No.156 1997. Erişim adresi: www.who.int Erişim tarihi: 16.05.2010.
38. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control, Article 4. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_TKÇS_english.pdf, accessed 21 March 2008
39. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008. the MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>. accessed 21 March 2008.
40. Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. In: D'Amato G, Holgate ST (Eds.). The impact of Air Pollution on Respiratory Healt. 1.st. Sheffield: ERS Journal Ltd. Eur Respir Monography; 2002; p. 161-79.

41. International Agency for Research on Cancer. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking Monograph on the Evaluation of Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans, 2003. Vol 88, Lyon, France
42. Pryor WA, Stone K. Oxidants in cigarette smoke; radicals, hydrogen peroxide, peroxynitrate and peroxynitrite . Ann NY Acad Sci 1993; 686: 12-28.
43. Ambrose JA, Barua RS. The Pathophysiology of Cigarette Smoking and Cardiovascular Disease. J Am Coll Cardiol 2004; 43: 1731- 37.
44. Zevin S, Saunders S, Gourlay SG, et al. Cardiovascular Effects of Carbon Monoxide and Cigarette Smoking. J Am Coll Cardiol 2001; 38: 1633-38.
45. Ridker PM, Genest J, Libby P. et al. Risk Factors Atherosclerotic Disease. In: Braunwald E, Zipes D, Libby P (Eds.). Heart Disease. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2001; p. 1010-40.
46. Shapiro SD. The macrophage in COPD. Am J Respir Crit Care Med 1999; 160: 29-32.
47. Tuder RM, Voelkel NF. The pathobiology of chronic bronchitis and emphysema. In: Voelkel NF, MacNee W (Eds.). Chronic Obstructive Lung Disease. 3th ed. London: BC Decker Inc; 2002;p. 90-113.
48. World Health Organization European Country Profiles On Tobacco Control, 2003. Erişim adresi:www.data.euro.who.int.tobacco Erişim tarihi: 21.04.2010.
49. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak Z, Özkan M, Örsel O. Tütün Kontrolü.Türk Toraks Der 2006;7(1):51-64.
50. Bilir N, Sigara ve Beyin, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, Klasmat matbaacılık, 2008.
51. Aydınlar A, Sigaranın Kardiovasküler Sistem Üzerine Etkileri. Ed. Özyardımcı N. Sigara ve Sağlık, s.206-215, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 2002.

52. Yücel F. Harran Üniversitesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu ve Kişilik Tiplerine Göre Sigara Bırakma Konusundaki Yaklaşımları, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa, 2007.
53. Terzioğlu F, Yücel Ç, Karatay G. Sigara ve İnfertilite, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2008.
54. Demirkaya B. Gebelikte Sigara İçiminin Plasenta ve Yeni Doğan Üzerine Etkileri, T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul 2004.
55. Uncu G. Sigaranın Fertilite ve Gebelik Üzerine Etkileri. Ed: Özyardımcı N. Sigara ve Sağlık. s.257-280, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 2002.
56. Karlıkaya C, Tütün ve Ortak Havayolu. Solunum Dergisi 2004;7(1):29-40.
57. Yüksel EG, Sigara ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Ed. Özyardımcı N. Sigara ve Sağlık, 136-146, Bursa, 2002.
58. Akar B, Özyardımcı N. Kronik Bronşit ve Sigara. Akciğer Arşivi: 2002;3(1):45-48.
59. Karabulut A. Beden Eğitimi Ve Spor Yüksek Okulu Öğrencilerinin Sigara Kullanım Durumları Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Niğde, 2007.
60. Henderson AJ. The effects of tobacco smoke exposure on respiratory health in schoolaged children. Paed Respiratory Rev 2008;9:21-8.
61. Hofhuis W, de Jongste JC, Merkus PJFM. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. Arch Dis Child 2003; 88:1086-90.
62. Report on the health effects of environmental tobacco smoke (ETS) in the workplace. Rockville: US Department of Health and Human Services, 1986. Erişim adresi:wwwçhbs.gov/ Erişim tarihi:05.07.2010.

63. Schick S, Glantz S. Philip Morris toxicological experiments with fresh sidestream smoke: more toxic than mainstream smoke. *Tob Control* 2005; 14:396-404.
64. Bascom R, Kesavanathan J, Fitzgerald TK, et al. Sidestream tobacco smoke exposure acutely alters human nasal mucociliary clearance. *Environ Health Perspect* 1995;1026-30.
65. Bascom R, Kulle T, Kagey-Sobotka A, Proud D. Upper respiratory tract environmental tobacco smoke sensitivity. *Am Rev Respir Dis* 1991; 143:1304-11.
66. Ronchetti R, Macri F, Ciofetta G, et al. Increased serum IgE and increased prevalence of eosinophilia in 9-year-old children of smoking parents. *J Allergy Clin Immunol* 1990; 86:400-7.
67. Vinke JG, KleinJan A, Severijnen LW, Fokkens WJ. Passive smoking causes an "allergic" cell infiltrate in the nasal mucosa of non-atopic children. *Int J Pediatr Otorhinolaringol* 1999; 51:73-81.
68. Zetterstrom O, Nordvall SL, Bjorksten B, et al. Increased IgE antibody responses in rats exposed to tobacco smoke. *J Allergy Clin Immunol* 1985; 75:594-8.
69. Stick S. The effects of in-utero tobacco toxin exposure on the respiratory system in children. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2006; 6:312-6.
70. Dr. Güledal Boztaş, Dr. Dilek Aslan, Dr. Nazmi Bilir Çevresel Sigara Dumanyndan Etkilenim ve Çocuklar. *Sted* 2006;5:75-8.
71. Landau LI. Tobacco smoke exposure and tracking of lung function into adult life. *Paediatr Respir Rev* 2008; 9:39-44.
72. Stein RT, Holberg CJ, Sherrill D, et al. Influence of parental smoking on respiratory symptoms during the first decade of life: the Tucson Children's Respiratory Study. *Am J Epidemiol* 1999; 149:1030-7.

73. Moshhammer H, Hoek G, Luttmann-Gibson H, et al. Parental smoking and lung function in children, an international study. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 173:1255-63.
74. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997; 52:1003-9.
75. Boon S, Verver S, Marais BJ, et al. Association between passive smoking and infection with *Mycobacterium tuberculosis* in children. *Pediatrics* 2007; 119:734-9.
76. Coen PG, Tully J, Stuart JM, et al. Is it exposure to cigarette smoke or to smokers which increases the risk of meningococcal disease in teenagers? *Int J Epidemiol* 2006; 35:330-6.
77. Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. Parental smoking, middle ear disease and adenotonsillectomy in children. *Thorax* 1998; 53:50-6.
78. Hammaren-Malmi, Saxen H, Tarkkanen J, Mattila PS. Passive smoking after tympanostomy and risk of recurrent acute otitis media. *Int J Ped Otorhin* 2007; 71:1305-10.
79. Kaditis AG, Finder J, Alexopoulos EI, et al. Sleep-disordered breathing in 3, 680 Greek children. *Pediatr Pulmonol* 2004; 37:499-509.
80. Karadag B, Karakoç F, Ceran O, et al. Does passive smoke exposure trigger acute asthma attack in children? *Allergol et Immunopathol* 2003;31(6):318-23.
81. Tsunoda K, Ohta Y, Shinogami M, Soda Y. Does passive smoking affect the incidence of nasal allergies? (letter) *Am J Public Health* 1995; 85:1019-20.
82. Harmancı K, Bakırtas A, Turktas I. Factors affecting bronchial hyperreactivity in asthmatic children. *J Asthma* 2008; 45:730-4.

83. Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. Parental smoking and childhood asthma: longitudinal and case-control studies. *Thorax* 1998; 53:204-12.
84. Gürkan F, Kiral A, Dagli E, Karakoç F. The effect of passive smoking on the development of respiratory syncytial bronchiolitis. *Eur J Epidemiology* 2000; 16:465-8.
85. Kabesch M. Gene by environment interactions and the development of asthma and allergy. *Toxicology Letters* 2006; 162:43-8.
86. Zhang G, Hauden CM, Khoo SK, et al. B2 adrenoreceptor polymorphisms and asthma phenotypes: interactions with passive smoking. *Eur Respir J* 2007; 30:48-55.
87. Gilliland F smoking during pregnancy and environmental tobacco smoke on asthma and wheezing children. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166:457-63.
88. Kabesch M, Hoefler C, Carr D, et al. Glutathione S transferase deficiency and passive smoking increase childhood asthma. *Thorax* 2004; 59:569-73.
89. Mikaleoff Y, Caridade G, Tardieu M, Suissa S in behalf of the KIDSEP study group. Parental smoking at home and the risk of childhood-onset multiple sclerosis in children. *Brain* 2007; 130:2589-95.
90. Aligne CA, Moss ME, Auinger P, Weitzman M. Association of pediatric dental caries with passive smoking. *J Am Med Assoc* 2003; 289:1258-64.
91. Weitzman M, Gortmaker S, Sobol A. Maternal smoking and behaviour problems of children. *Pediatrics* 1992; 90:342-9.
92. Mahid SS, Minor KS, Stromberg AJ, Galandiuk S. Active and passive smoking in childhood is related to the development of inflammatory bowel disease. *Inflam Bowel Dis* 2007; 13:431-8.

93. Chang JS, Selvin S, Metayer C, et al. Parental smoking and the risk of childhood leukemia. *Am J Epidemiol* 2006; 163:1091-100.
94. 77 77. T.C. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Erişim: 04.02.2009, www.ksgm.gov.tr/
95. Yorgancıoğlu A, Esen A. Sigara Bağımlılığı ve Hekimler, *Turk Toraks Der* 2000;1(1):90-95.
96. Altıntaş Ö. Hemşirelerde Sigara İçmeyi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.
97. Dabak, Ş. Ayla T. Sigara Ve Sağlık. Sigaranın Bilimsel Yüzü (s.1-4). İstanbul: Logos Yayıncılık. (2004).
98. Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN. Smoking Behaviour And Attitudes (Turkey). Final Report Of Research For International Tob Control 1997, Ankara
99. Wang MQ. Social environment influences on adolescents' smoking progression. *Am J Health Behav* 2001;25:418-25
100. A.Ünsal, S.Sezgin. Erzurum İli İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Sigara Kullanma Durumları, *Turk Toraks Der* 2009;10:75-81.
101. 77 77. T.C. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Erişim: 04.02.2009, www.ksgm.gov.tr/
102. Demirhan H. Denizli İli, Tavas ilçe merkezinde yer alan ortaöğrenim öğrencilerinde sigara, alkol ve uçucu madde kullanımı; yüksek lisans tezi, Denizli 1999.
103. Kocabaş A. Orta dereceli okul öğrencilerinde sigara içme alışkanlığı, *Ankara Tıp mecmuası*, 1988; 41:9-22.
104. Saltık A, Yılmaz T, Yorulmaz, F ve ark. Edirne Merkezinde 5100 Orta-lise öğrencisinde Sigara İçme Davranışı ve Spielberger Testi ile Ölçülen Kaygı Düzeyinin İncelenmesi. *Ege Tıp Der* 1992; 31:53-9.

105. Use of cigarettes and other tobacco products among students aged 13-15 years-worldwide, 1999-2005. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2006; 55: 553.
106. B.C. Özyurt; Manisa Kent Merkezinde Okul Sağlığı düzeyinin Tanımlanması,Uzmanlık tezi;2004
107. Ertas N.Factors associated with stages of cigarette smoking among Turkish youth.Eur J Public Health 2005;15: 404-10.
108. Çelik P, Esen A,Yorgancıoğlu A ve ark. Manisa ilinde lise öğrencilerinin sigaraya karşı tutumları. Toraks Dergisi 2000;1:17-21.
109. Bilir N, Güçiz Doğan B,Yıldız A.N. Sigara içme konusunda Davranışlar ve Tutumlar.Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No:7 Ankara 1997.
110. Türk Psikologlar Derneği "Türkiye 'de madde kullanımı ve bağımlılığı profili araştırması "raporu.Aralık 2002 Erişim adresi: www.psikolog.org.tr.
111. Öğrenciler arasında madde kullanımı yaygınlığının ve özelliklerinin belirlenmesi araştırması;Bursa sağlık müdürlüğü yayınları no:5,Bursa 2002.
112. Göksel T, Cirit M, Bayındır Ü. İzmir ili lise öğrencilerinin sigara alışkanlığını etkileyen faktörler. Toraks Dergisi 2001;2:49-53.
113. Keskinöğlü P, Karakufll N, Pıçakçiefefe M ve ark. İzmir'de lise öğrencilerinde sigara içme sıklığı ve içicilik davranışları üzerine sosyal öğrenmenin etkisi. Toraks Dergisi 2006;7:190-5.
114. Milton B, Cook PA, Dugdill L et al. Why do primary school children smoke A longitudinal analysis of predictors of smoking uptake during pre-adolescence. Public Health 2004;118: 247-55.
115. Peters J, Hedley AJ, Lam TH et al. A comprehensive study of smoking in primary school children in Hong Kong: implications for prevention. J Epidemiol Community Health 1997 ; 51: 239-45.
116. Erbaydar T. DağlıE. Hayran O.,Ayla F.;Smoking patterns of youth in Turkey Final Report Marmara Üniversitesi, İstanbul 2002.

117. Azevedo A, Machado AP, Barros H Tobacco smoking among Portuguese highschool students Bulletin of the World Health Organization 1999;77,6;s:509-14.
118. Ertekin G, Çakmak D. Madde kültürü üstüne bir çalışma. Bağımlılık Dergisi 2001;2(1):16-20.
119. Fidan F, Sezer M, Demirel R, Kara Z, Ünlü M. Öğretmen lerin Sigara İçme Durumu ve Sigara Yasağı Karşısındaki Tutumları. Toraks Dergisi 2006;7(3):196-9.
120. Freeman MA, Hannessy EV, Marzullo DM. Defensive evaluation of smoking messages among college-age smokers: the role of possible selves. Health Psychology 2001; 20:424-433.
121. Ergüder T, Soydal T, Uğurlu M, ve ark. Küresel gençlik tütün araştırması Türkiye. Sağlık Bakanlığı Madde Bağımlılığı Şube müdürlüğü 2003.
122. Oymak FS, Gülmez İ, Çetinkaya F, ve ark. Kayseri'de kolej öğrencilerinde sigara içme alışkanlığı. Erciyes Tıp Dergisi 1998;20:214-9.
123. Kodjo CM, Klein JD. Prevention and risk of adolescent substance abuse the rol of adolescents,families and communities. Pediatr Clin North America 2002;49:257-68..
124. Kocabaş A. Türkiye'de Sigara İçme Yaygınlığı ve Bazı Özellikleri. Sigara ve Sağlık MEB Yayınları, I. Baskı, İstanbul, 1994.
125. Bauman K.E, Foshee V.A, Linzer M.A et al.; Effect of parental smoking Addict Behav. 1990;15(5):413-22.
126. Hammond D, Fong GT, McNeill A, et al. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Tobacco Control 2006; 15(Suppl III): iii19-iii25.

127. Çobanoğlu N, Kiper N, Dilber E, et al. Environmental tobacco smoke exposure and respiratory morbidity in children. *Inhal Toxicol* 2007;19:779-785.
128. Ekerbicer HC, Celik M, Guler E, Davutoglu M, Kilinc M. Evaluating environmental tobacco smoke exposure in a group of Turkish primary school students and developing intervention methods for prevention. *BMC Public Health* 2007; 7: 202-8.
129. Bek K, Tomaç N, Delibaş A, Tuna F, Teziç HT, Sungur M. The effect of passive smoking on pulmonary function during childhood. *Postgrad Med J* 1999; 75: 339-341.
130. İlan F, Aksakal N, İlhan N, Agün R. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2005; 4 (4):188-98.

11.EK 1

Manisa ili ilköğretim okullarında sigara içme prevelansı anketi:

Merhaba;

Bu araştırma ile ilimizdeki ilköğretim öğrencilerinin sigara içme sıklığı ve sigaraya karşı tutumlarını saptamayı amaçladık.

Bu açıdan ankette sorulan soruları dikkatle okuman ve sana uyan seçenekleri yanıtlaman bizim için çok önemli. Ankette kimliğiniz ile ilgili hiçbir bilgi yer almamaktadır.Vereceğiniz cevaplar kesinlikle gizli tutulacaktır.

Cevaplarınızı içten ve doğru olarak vermeniz çalışma sonuçlarının toplum için faydalı bir bilgi olarak kullanılmasını sağlayacaktır. Yanlış veya aldatıcı bilgi vererseniz tüm çabalar boşa gidecektir.

Yardıminız için teşekkür ederiz.

1. Cinsiyetini yazar mısın?

¹ Erkek

² Kız

2. Kaçınıcı sınıftasın?

¹ ilkokul altınıcı sınıf

² ilkokul yedinicı sınıf

³ lise sekizinicı sınıf

3.Doğum tarihini yazar mısın? / / 19.....

4. Okulunun adını yazar mısın?

5. Babanın doğum tarihini belirtir misin?/ /19.....

Babanın doğum tarihini bilmiyorsan, yaşını belirtir misin?.....

6. Babanın doğum yerini belirtir misin?

İl:.....

8. Babanın eğitim durumunu belirtir misin?

1 Okur yazar değil 2 Okuryazar ancak hiç okula
girmemiş

3 İlkokul 4 Ortaokul

5 Lise 6 Yüksekokul/üniversite

9. Babanın mesleği nedir? Belirtir misin?

10. Baban çalışıyor mu?

1 evet, çalışıyor

2 Hayır, çalışmıyor, emekli

3 hayır, çalışmıyor- işsiz

4 bilmiyorum

11. Baban nerede çalışıyor? (örneğin hastane, banka, restoran gibi)

Yukarıda yazdığın yerde baban ne iş yapıyor?(örneğin öğretmen, otobüs şoförü gibi)

12. Annenin doğum tarihini belirtir misin?/ /19.....

Annenin doğum tarihini bilmiyorsan, yaşını belirtir misin?.....

13. Annenin doğum yerini belirtir misin?

İl:.....

14. Annenin eğitim durumunu belirtir misin?

1 Okur yazar değil 2 Okuryazar ancak hiç okula
girmemiş

3 İlkokul 4 Ortaokul

5 Lise 6 Yüksekokul/üniversite

15. Annenin mesleği nedir? Belirtir misin?

1 Ev hanımı

2 Diğer, belirtiniz.

16. Annen nerede çalışıyor?(örneğin hastane, banka, restoran gibi)

17. Aylık ortalama geliriniz e kadardır?

100-200 YTL

200-400 YTL

400-800 YTL

800-1000 YTL

1000YTL ÜZERİ

18. Evin kaçınıcı çocuğu olduğunu belirtirmisin?

19. Sağlık güvenceniz var mı?

Evet

Hayır

20. Bu güne kadar hiç sigara kullanmayı denedin mi? (en az bir sigara)

1 Evet	Soru 21'ya geçiniz.
0 Hayır	Soru 37'ye geçiniz.

21. Sigara içmeyi ilk dendiğinde kaç yaşındaydın? Belirtir misin?

----- yaşındaydım

22. Sigara içmeyi denedikten sonra belli bir süre sigara içtin mi?

1 Evet, belli bir süre sigara içtim/ veya halen içiyorum	Soru 23'e geçiniz.
2 Hayır, birkaç kez denedim ancak sigara kullanmaya başlamadım.	Soru 37'ye geçiniz.

23.Halen sigara kullanıyor musun?

1 Hayır, kullanmıyorum, bıraktım	Soru 24'a geçiniz.
2 Evet, halen sigara kullanıyorum	Soru 27'ye geçiniz.

24. Sigara kullandığın dönemde ne sıklıkla sigara içiyordun?

- 1 her gün içiyordum
- 2 en az haftada 1 defa, ama her gün değil
- 3 haftada bir defadan daha az içiyordum

25.Sigara kullandığın dönemde genellikle bir haftada ne kadar sigara içiyordun?

Haftada.....sigara

Sigara kullandığın dönemde haftada bir sigaradan daha az içtiysen, bir ayda kaç sigara içtiğini belirtir misin?

Ayda..... sigara

26.Sigara kullanmayı ne zaman bıraktın?

----- ay önce bıraktın

27. Şu anda ne sıklıkla sigara içiyorsun?

- 1 her gün içiyorum
- 2 en az haftada 1 defa, ama her gün değil

³ haftada bir defadan daha az

28. Genellikle bir haftada ne kadar sigara içiyorsun?

Haftada.....sigara

Haftada bir sigaradan daha az içiyorsan, bir ayda kaç sigara içtiğini belirtir misin?

Ayda..... sigara

29. Bir sigara içme gereksinimi hissetmeden ne kadar süre dayanabilirsin?

¹ 1 saatten daha az dayanabilirim

² 1-3 saat dayanabilirim.

³ 3 saatten daha çok ama bir günden daha az dayanabilirim

⁴ Tüm gün dayanabilirim

⁵ Birkaç gün ama bir haftadan daha az dayanabilirim

⁶ Bir hafta dayanabilirim

⁷ Bir haftadan daha uzun bir süre dayanabilirim

30. Evde sigara içmene izin veriliyor mu?

¹ evet, her zaman

² evet, bazen

³ hayır, hiçbir zaman

31. Aşağıdaki durumlarda ne sıklıkla sigara içersin?

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
1)yalnızken				
2)arkadaşlarımla				
3)babamla				
4)annemle				

32. Sigarayı bırakmayı hiç denedin mi?

¹ Evet	• Soru 33'e geçiniz
² Hayır	Soru 36'e geçiniz.

33. Sigarayı bırakmayı kaç kez denedin? Belirtir misin?

----- kez sigarayı bırakmayı denedim

34. En son ne zaman bıraktın?

En son ----- ay önce bıraktım

35. En son sigarayı bıraktığında kaç gün sigara içmedin?

----- gün içmedim

36. Sigarayı bırakmayı düşünüyor musun?

¹ Evet gelecek 30 gün içinde

² Evet gelecek 6 ay içinde

³ Hayır bırakmayı düşünmüyorum

37. Sigaraya başlama nedenini belirtirmisin

¹ Merak

² Özenti

³ Üzüntü

⁴ Diğer.....(lütfen belirtiniz)

38. Aşağıdaki kişilerden sigara içen var mı?

	¹ Her gün içer	² Bazen içer	³ Sigara içmez	⁴ Bilm iyorum	⁵ Bu kişiye sahip değilim veya görmüyorum
1.annen					
2.baban					

Kardeşin/ kardeşlerin					
3.en iyi arkadaşın/ların					

39. Arkadaşlarının ne kadarı sigara içiyor?

- ¹ Hepsi ya da tamamına yakını
- ² yarısından çoğu
- ³ yarısı
- ⁴ yarısından daha az
- ⁵ çoğu içmiyor
- ⁶ Hiç biri içmiyor

40. Arkadaşların sigara içmen için ne kadar ısrar eder?

- ¹ Hiç
- ² Çok az
- ³ Biraz
- ⁴ Fazla
- ⁵ Çok fazla

41. Sence sigara ile kanser arasında bir ilişki var mıdır?

- ¹ Evet
- ² Hayır

³ Bilmiyorum

42. Pasif sigara içiciliğın ne demek olduğunu biliyormusun?

¹ Evet

² Hayır

43. Sigara İçilen Yerde Durmak Sağlığa Zararlıdır?

¹ Evet

² Hayır

44. Evde sigara içilen yer evin hangi alanıdır?

¹ Oturma Odası

² Mutfak Yatak Odası

³ Tuvalet- Banyo

⁴ Bahçe- Balkon

45. Temmuz 2009'da yürürlüğe giren sigara yasağını haberin var mı?

¹ Evet

² Hayır

³ Hiç duymadım

46. Temmuz 2009'da yürürlüğe giren sigara yasağını destekliyor musun?

¹ Evet ² Hayır