



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA BAĞIMLIĞININ ANKSİYETE VE
DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. MUHAMMED ATMACA

Ankara, 2015



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA BAĞIMLIĞININ ANKSİYETE VE
DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Muhammed ATMACA

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Yusuf ÜSTÜ**

Ankara, 2015

ÖNSÖZ

Meslek hayatımın önemli bir basamağı olan uzmanlık eğitimime başladığım daha ilk günden buyana desteklerini hep hissettiğim, engin bilgi ve tecrübeleri ile yolumu aydınlatan değerli hocalarım Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Mehmet UĞURLU ve Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu ve tez danışmanı hocam Sayın Doç. Dr. Yusuf ÜSTÜ'ye,

Eğitim sürecinin planlanması ve yürütülmesinde sorunlarımızla yakından ilgilenen, değerli katkılarından dolayı Başasistan Uzm. Dr. İrep KARATAŞ ERAY ve Başasistan Uzm. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ, Yrd. Doç. Dr. Tuncer KILIÇ, Yrd. Doç. Dr. Ahmet KESKİN, 'a Yrd. Doç. Dr. Furkan DAĞCIOĞLU'na,

Uzmanlık eğitimine birlikte başladığım, her anında yanımda olan , arkadaşlarım M.Harun ÜNAL, Uysan ÖZTÜRK, Selçuk YILDIZ ve Berkay ÖLMEZ bütün Aile Hekimliği asistanı meslektaşlarıma,

Çalıştığım rotasyonlarda bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım sevgili hocalarım, uzman ve asistan meslektaşlarım, ebe, hemşire ve tüm sağlık personeline,

Doğduğum günden itibaren sürekli varlıklarını hissettiğim, her zaman bana destek olan güven veren anneme babama kardeşlerime

Bu günlere gelmemde en büyük pay sahibi olan, sabrı, sevgisi varlığı ile bütün desteği ile hep arkamda olan eşim Gülsün Handan ATMACA'ya, ve oğlumuz Hamdi Tuna ATMACA'ya.

Sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım

Dr. Muhammed ATMACA

Ankara, 2015

ÖZET

Giriş ve Amaç:

Sigara tüm dünyada bilinen ve ispatlanmış en önemli sağlık sorunlarından biridir. Sigaranın yol açtığı organik sağlık sorunları yanı sıra psikiyatrik olarak da bir çok hastalığa ön ayak olmaktadır. Gençlik dönemindeki hayatın akışındaki değişiklikler ve beraberinde getirdiği bir çok stres faktörü ile birlikte sigara kullanmaya yönelim artabilmektedir. Bu çalışmamızda Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara bağımlılık düzeyinin anksiyete ve depresyon ile ilişkisini inceledik.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmamıza Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesinde okuyan 375 öğrenci dahil edilmiştir. Öğrencilerin sosyodemografik bilgileri, sigara kullanım durumları sorgulanmış sigara kullananlara FNBT, ve sigara kullanan kullanmayan tüm öğrencilere HADS uygulanmıştır. Çalışmamızda elde edilen veriler SPSS for Windows 20,0 Programı kullanılarak analiz edilmiştir. Niteliksel verilerde gruplar arası farklılıklar incelenirken Student T, One Way Anova, Mann Withney-U, Spearman korelasyon analiz, Pearson korelasyon analizi, Kruskal -Wallis testleri kullanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak; $p < 0,05$ alınmıştır.

Bulgular:

Çalışmamıza toplam 375 öğrenci katılmış ve katılımcıların %12'si sigara kullanmakta idi. Araştırmamızda uyguladığımız ölçekten sigara kullananlar 45 öğrenci için fagerström bağımlılık ölçeği aldıkları ortalama puan 3.07 ± 2.37 olarak bulundu. Bu skor düşük düzey nikotin bağımlılığını göstermektedir. Sigara kullanımını etkileyen faktörleri irdelediğimizde ekonomik gelir yaşadığı ortamın sigara kullanım düzeyini etkilemediğini bulduk. Araştırmaya katılan erkek öğrencilerin anksiyete skorları ortalaması 7.46 ± 3.33 depresyon skoru 7.14 ± 2.45 Araştırmadaki kız öğrencilerin anksiyete puanları ortalaması 7.92 ± 3.37 depresyon puanları ortalaması 7.13 ± 2.62 . Araştırmaya katılan öğrencilerin sigara kullananların anksiyete skoru ortalaması 8.96 ± 4.2 sigara kullanmayanların ise anksiyete skoru 7.55 ± 3.1 olup anksiyete puanı açısından

istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. ($p=0.03$). Araştırmamıza katılan öğrencilerin sınıflarına göre anksiyete bakımından 2. Sınıflar ile 3. Sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.025$). 2. Sınıflar diğer sınıflara göre anksiyete açısından daha yüksek puanı (ortalama 9.06) almışlardı. Diğer sınıflar arasında anksiyete açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir. Depresyon açısından istatistiksel olarak anlamlı fark 1.ve 2. Sınıflar arasında gözlenmiştir. ($p=0.048$)

Sonuç:

Çalışmamızın sonucu olarak sigaranın anksiyete gibi çok önemli psikiyatrik sorunlara ön ayak olduğu, tıp fakültesinde okuyan öğrencilerin psikososyal stresler nedeni ile olduğunu düşündüğümüz kaygılarının arttığı ve depresyon skorlarının yüksek olduğu gözlenmiştir. sigara kullanımı sonucu oluşan organik patolojiler ile ilgili kanıt dayalı bir çok çalışma bulunmaktadır. Sigara kullanımı ile ilişkili olarak psikiyatrik hastalıkların oluşması ya da hastalıkların seyrinin ağırlaşması ile ilgili olarak yeteri kadar çalışma yoktur. Çalışmamız kesitsel bir çalışma olduğu için aldığımız sonuçlar tüm tıp fakülteleri öğrencileri için genellenemez. Üniversite öğrenim hayatının psikososyal stresleri artırdığı düşüncesini değerlendirmek için daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: sigara , bağımlılık, anksiyete, depresyon, tıp fakültesi

ABSTRACT

Introductin and Aim

Cigarette is one of the well-known and proven health problems around the world. It causes health problems at the organs and in addition to psychiatric effects leads most diseases. Tendency of cigarette usage may increase with stress factors during the teen age or sudden change of social life. Purpose of this study was investigate the cigarette addiction state and anxiety depression relations at Yildirim Beyazit University Medical School Students.

Methods:

The 375 participants were attended to our study from Ankara Yildirim Beyazit University Medical School. We were inquired student Sociodemographic data's and were asked them smoking status. Smoker students were tested with FNBT and all students were tested with HADS. Data were collected and analyzed using the SPSS for Windows 2000 program. Qualitative data were investigated between groups' differences and Student T, One Way Anova, Mann Withney-U, Spearman correlation analysis, Pearson correlation analysis, Kruskal – Wallis tests were used. Accuracy rate was presumed $p < 0,05$ when result was criticizing.

Results:

The 375 student were participated to our study and 12% (45) of them were smoking cigarette. According to our investigation, following 45 students were gain average 3.07 ± 2.37 on the Fagerström addiction scale. That numbers are indicating low-level nicotine addiction. When we were investigated the factors of the smoking, that economical status was not affecting the cigarette usage. Male attendees anxiety score average was 7.46 ± 3.33 and depression score average was 7.14 ± 2.45 . Female attendees anxiety score average was 7.92 ± 3.37 and depression score average was 7.13 ± 2.62 . Total smoker attendees anxiety score average was 8.96 ± 4.2 , non-smoker attendee's anxiety score average was 7.55 ± 3.1 , therefore, there is Statistically, and meaningfully

differences according to anxiety scores ($p=0.03$). According to attendees, second year and third year student's anxiety scores indicate meaningful differences ($p=0.025$). Second year student were gained the highest anxiety score instead of the other students (average 9.06). We haven't seen any Statistically, and meaningful differences corresponding to anxiety scores at between other year students. We were gained Statistically relation relevant to depression at between first year and second year students ($p=0.048$).

Conclusion:

Correspond to our study results, cigarette lead to very important Psychiatric problem like Anxiety. We have observed that Medical School students have high degree depression scores related to psychosocial stress and high anxiety. There is huge amount of organic pathology confirmations related to smoking. There is not enough study about occurrence of Psychiatric diseases or development of same disease. This study was local therefore we can't generalize to the all Medical School students. There is more sophisticated study to investigate that psychosocial stress increase at the University level students.

Key words: sigarete, addiction, anxiete, depression , medical school

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
KISALTMALAR	viii
TABLO DİZİNİ	ix
ŞEKİL DİZİNİ	x
GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Sigaranın Tarihçesi	3
2.1.1. Nikotin Bağımlılığı Nedir?	3
2.1.2. Nikotin Bağımlılık Dsm-Iv Tanı Kriterleri	4
2.2. Sigaraya Başlama Nedenleri	5
2.2.1 Sigara Kullanımı Neler Artırır Ya Da Kolaylaştırır ?	6
2.3. Sigara Kullanımı Ve Ruh Sağlığı	7
2.3.1. Kaygı Anksiyete	8
2.3.1.1. Anksiyete Bozukluğu Nedir?	9
2.3.1.2. Anksiyete Bozukluğu Nasıl Oluşur?	10
2.3. DEPRESYON	10
2.3.1. Depresyonun Belirtileri	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM	12
3.1. Araştırmanın Yöntemi	12
3.2. Veri Toplama Süreci	12
3.2.1. Veri Toplama Aracı	12
3.3. Kişisel Bilgi Formu	13
3.4 İstatistiksel Analiz	13
3.5. Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği (Hads)	13
3.6. Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi	14
4. BULGULAR	15

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri	15
4.1.1.Katılımcıların Yaş Dağılımı.....	15
4.1.2. Katılımcıların Sınıf Dağılımı	16
4.1.3. Öğrencilerin Ailevi Durumu.....	16
4.1.4. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesinde Okuyan Öğrencilerin Ailelerinin Gelir Durumu	17
4.1.5.Öğrencilerin Aylık Gelir Durumu	18
4.1.6.Öğrencilerin Ek İş Yapma Oranları.....	19
4.2.SİGARA KULLANIMININ İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	20
4.2.1. Öğrencilerin Ailesi Ya da Yakın Çevresinde Sigara Kullanımı.....	20
4.2.2 .Öğrencilerin Sigara Kullanım Süresi	21
4.2.3. Öğrencilerin Sigaraya Başlama Yaşları	22
4.2.4. Gelir Düzeyi- Sigara Kullanımı İlişkisi Analizi	22
4.2.5. Sigaraya Başlama Nedenleri.....	23
4.2.5.1.Sigara Kullanma Nedenleri	24
4.2.5.2. Sigara Kullanımını Artırma İsteğinin Sebepleri	25
4.3. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Ve Fagerström Ölçeğinden Aldığı Puanların Değerlendirilmesi.....	26
4.4. Sigara Kullanımı Anksiyete Depresyon İlişkisi	27
4.4.1. Sınıflara Göre Anksiyete Depresyon Durumları.....	28
4.4.2. Öğrencilerin Kaldıkları Yer Ve Anksiyete Depresyon İncelemesi	29
4.4.3. Aile Gelir Düzeyi Ve Anksiyete Depresyon İncelemesi.....	29
4.3.4. Öğrencinin Gelir Durumu Ve Anksiyete Depresyon İncelemesi	30
4.3.5. Öğrencilerin Ek İş Yapma Durumlarına Göre Anksiyete Depresyon İlişkileri.....	31
5. TARTIŞMA	33
6. SONUÇ	40
7.KAYNAKÇA	42
8.EKLER	47
EK-1 ANKET FORMU.....	47
EK-2 ETİK KURUL ONAYI	54
9.ÖZGEÇMİŞ	55

KISALTMALAR

DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FNBT	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
HADS	: Hospital Anxiety And Depression Scale
ICD-10	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision
KOAH	: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SVH	: Serobrovasküler Hastalık
TL	: Türk Lirası
WHO	: World Health Organization

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesin’de Okuyan Öğrencilerin Ailelerinin Gelir Durumu.....	18
Tablo 2: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Ve Fagerström Ölçeğinden Aldığı Puanların Değerlendirilmesi	27
Tablo 3: Sigara Kullanımı Anksiyete Depresyon İlişkisi	28
Tablo 4: Sınıflara Göre Anksiyete Depresyon Durumları.....	29
Tablo 5: Öğrencilerin Kaldıkları Yer Ve Anksiyete Depresyon İncelemesi.....	29
Tablo 6: Aile Gelir Düzeyi Ve Anksiyete Depresyon İncelemesi	30
Tablo 7: Öğrencinin Gelir Durumu Ve Anksiyete Depresyon İncelemesi	31
Tablo 8: Öğrencilerin Ek İş Yapma Durumlarına Göre Anksiyete Depresyon İlişkileri	32

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1:	Öğrencilerin Yaş Dağılımı	15
Şekil 2:	Öğrencilerin Sınıf Dağılımı.....	16
Şekil 3:	Öğrencilerin Kiminle Yaşadığı	17
Şekil 4:	Öğrencilerin Aylık Gelir Dağılımı.....	19
Şekil 5:	Öğrencilerin Ek İş Yapma Oranları.....	19
Şekil 6:	Ailesi Ya Da Yakın Çevresinde Sigara İçenler	20
Şekil 7:	Sigara Kullanım Süresi.....	21
Şekil 8:	Sigara Kullanan Öğrencilerin Sigaraya Başlama Yaşları.....	22
Şekil 9:	Aile Gelir Düzeyleri Ve Sigara Kullanma Oranları	23
Şekil 10:	Sigara Kullanmaya Başlama Nedenleri.....	24
Şekil 11:	Sigara Kullanma Nedenleri.....	25
Şekil 12:	En Çok Ne Zaman Sigara İçme İsteğiniz Olur.....	26

GİRİŞ

İnsanın yaşamı boyunca gelişim dönemleri vardır. Bu dönemlerden gençlik dönemini de içine kapsayan üniversite yıllarında birçok sıkıntıyı tek başlarına karşılamaya başlamaktadırlar. Yeni bir sosyal çevre yeni kültürel ortam, arkadaş çevresi gençlerin kendilerini tanımlarında ve hayat akışlarına önemli etkiler getirmektedir. Gençler bir yandan bu yeni ortamın getirdiği sorumluluklar ve yükümlülüklerle baş etmek bir yandan ailelerinden ayrı kalmak bir yandan da üniversitede başarılı olma kaygısını yaşamaktadırlar.

Gençler bu sorunlarla baş edebilmek için, rahatlamak için daha güçlü birey olduğunu göstermek veya kendini güçlü hissetmek amacıyla sigara alkol ya da uyuşturucu madde kullanımına başvurabilmektedirler. Gençlik yıllarında kullanılmaya başlanan sigara, alkol öncelikle bu gerginliklerden sorunlardan kurtulma rahatlama yöntemi olarak kullanılmakta, kullanım arttıkça da bağımlılık riski gelişmektedir(1). Haz verici maddelere göre sigaranın kullanımı ve toplumda kabul görülür olması kolay ulaşılabilir olması fiyatının görece daha ucuz olması nedeniyle çıkış yolu olarak tercih edilmekte ve ayrıca aile bireylerinin sigara kullanımının olması da gençlerin sigaraya başlamasını kolaylaştırmaktadır (2). Sigara kullanmayan ya da sorunları ile baş edemeyen gençler üzerlerine aldıkları stres ve çeşitli sorumlulukların etkisi ile anksiyete yaşamaktalar ya da depresyona girebilmekteler.

2. GENEL BİLGİLER

Sigara kullanımını önemli ve önlenabilir bir halk sağlığı problemi olarak tanımlar. Son verilere göre dünyada 1,3 milyar kişi sigara içmektedir. Dünya genelinde tütün kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle yılda 6 milyon kişi ölmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre yaklaşık her 6 saniyede bir kişi sigara ve sigaraya bağlı nedenlerden dolayı vefat etmektedir. Ülkemizde bu sayı 100 bin kişidir ve tüm ölümlerin %23'ü sigaraya bağlı hastalıklar sebebiyle olmaktadır. Dünyada 15 yaş üzeri nüfusta 1.2 milyar kişi sigara kullanmaktadır. Ülkemizde ise 15 yaş üzeri yaklaşık 16 milyon kişi sigara kullanmaktadır (3).

Sigara içerdiği kimyasal maddeler bakımından oldukça zengindir. Yaklaşık 4000 kadar farklı madde içermektedir. Bilinen ve en önemli sağlık açısından zararlı olan içeriği nikotindir. Nikotin en önemli bağımlılık yapan maddelerden biridir ve dünya sağlık örgütü tarafından belirlenen uluslararası hastalıkların sınıflaması (ICD-10)'a nikotin bağımlılığı hastalık sınıflamasına girmiştir. Sigara kullanımını tek başına bile olsa kabul edilebilir bir sosyal davranış olmaktan çıkmış, ICD-10 ve DSM IV-TR da Nikotin Bağımlılığı ve Nikotin Yoksunluğu tanı kriterleri ile ruhsal hastalıklar içerisinde sınıflanmıştır (4, 5)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre aşağıdaki şekilde sınıflandırılmıştır.

- Her gün içenler (Daily smokers): Günde en az bir tane veya daha fazla 20 adete kadar
- Ağır içiciler (Heavy smokers): Günde 20 adet veya daha fazla içenler
- Ara sıra içeler (Occasional smokers): Günde bir sigaradan daha az
- Bırakmış olanlar (Exsmokers): Geçmişte günde en az bir tane olmak üzere en az altı ay sigara içmiş olup şu an içmeyenler
- Diğer içmeyenler (Other nonsmokers): Geçmişte içmeyi denemiş veya denememiş olan ve şu an içmeyenler (6)

2.1. Sigaranın Tarihçesi

Sigaranın içeriğinde temel madde olan tütün tarihi 4000 yıl öncesine kadar gitmektedir. Tütün tarımının Milattan Önce (M.Ö) 6000 yılında Amerika kıtasında başladığı ve bu tarihten 4,500 yıl sonra Orta Amerika'da yaşayan, Mayalar'ın tütün kullanıldığı tarih kitaplarına geçmiştir. Yerliler önceleri kuru tütün yapraklarını sararak veya ufalayarak ilkel pipolarda kullanmaktaydı. Bazıları ise tütünden yapılmış sakızları çiğnedikleri, tütün tozlarını derilerine sürdükleri veya lavman gibi kullandıkları anlaşılmaktadır. Sonraları tütün üretimi ve kullanımı Kuzeyde Kızılderililer, güneyde de İnkalar tarafından benimsenmiştir. Amerika kıtasının keşfiyle Amerika da yerlilerin çiğnediği tütün Avrupa'ya taşınmaya başlamıştır. Tütünün Avrupa'ya yayılması Fransa'nın Portekiz elçisi Jean Nicot sayesinde olmuştur. Elçi 1560 yılında Fransız Kralı II. Henry'nin ölmesiyle depresyona giren dul Kraliçe Catherine de Medicis'e tütün tohumu göndermiştir. Saray bahçesine ekilen tohumlar çiçek açtıktan sonra kraliçenin migren türü baş ağrısını geçirdiği için bu tarihten sonra tütünün keyif ve cesaret verici özelliklerinden başka ilaç olarak da etkili olduğu Avrupa'ya yayılmıştır (7, 8).

Tarihte tüm keşiflerin olduğu gibi sigarada savaşlar sayesinde dünyaya yayılmaya başlamıştır özellikle Kırım Savaşı, Birinci ve İkinci Dünya Savaşları tütün alışkanlığının yayılmasında büyük rol oynamıştır. Türkiye tarihinde Osmanlılar döneminde tütünün tütürülmesi kağıda sarılarak yakılarak içilmesi, sigara kullanmak için sarma makinesi buluşu (1880) sigara içme alışkanlığının şekillenmesine yol açmıştır. Günümüzde ise sigara kullanımı bakımından ülkemiz geliştirmekte olan ülkelerle birlikte dünyada ön sıralarda gelmektedir.

2.1.1. Nikotin Bağımlılığı Nedir?

Bağımlılık kişinin madde alımı üzerindeki kontrolünü kaybetmesini ifade eder. Madde kullanımı sonucu oluşan ruhsal değişiklikleri yeniden yaşamak için ya da maddenin kullanılmaması durumunda ortaya çıkabilecek yoksunluk belirtilerinden sakınmak için, madde kullanımına karşı oluşan engellenmesi güç arzudur (9).

1988 Dünya sağlık Örgütü (DSÖ) madde bağımlılığını “kullanılan bir psikoaktif maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelere belirsin olarak daha yüksek bir öncelik tanıma davranışı” olarak tanımlar. Diğer bir deyişle madde kullanımı bireye ve topluma zarar verici düzeyde bir davranış haline gelir. Sigara içme veya dumanının solunması zamanla kişide psişik ve fiziksel bağımlılık oluşturur. Tütünde esas bağımlılık yapan madde nikotindir. Sigara, daha çok alışkanlık yapıcı daha az zevk verici bir bağımlılık türü olarak kabul edilmektedir.

Nikotin en az kokain amfetamin veya opiyadlar kadar bağımlılık yapıcı bir maddedir. Bu bağımlılık merkezi sinir sisteminde bulunan nörotransmitter salınımını sağlayan nikotinic asetilkolin reseptörleri sayesinde olmakta. Nikotinin vücuda alınışı sayesinde dopamin salınımı artmakta ve ödöl merkezi olan mezolimbik sistem aktive olup klasik pavlovian deneyimi şeklinde günlük rutin haline gelmektedir. Bu sayede bağımlılık oluşmaktadır. Her alınan nikotin sayesinde sinir sistemimizde bulunan nikotin reseptör sayısı artmakta ve uyarı ödöl merkezine gitmesi için daha fazla nikotin ihtiyacı hissetmektedir. Kararlı duruma ulaşma seviyesi de uzun sürelerce sigara içme durumundaki kullanılan sigara adedi belirlenmektedir (10, 11).

2.1.2. Nikotin Bağımlılık DSM-IV Tanı Kriterleri

Madde kullanımı bir ruhsal bozukluk değildir fakat madde bağımlılığı ruhsal bir hastalıktır. Kişiyeye bağımlı tanısı konulabilmesi için son 12 ay içinde aşığıdaki kriterlerden en az 3 tanesinin bulunması gerekir

1-Tolerans Geliştirme: Kullanılan madde kişide eskiden ettiği kadar etki etmediği ve keyif vermediği için kullanılan maddenin dozunu arttırılır. Örneğin kişi günde 4 adet sigara kullanıyorsa buna tolerans gösterebilir ve aynı hazzı ve etkiyi alabilmek için kullanılan sigara miktarı arttırır.

2-Yoksunluk Belirtileri (Withdrawal): Kişi kullandığı maddeyi azalttığı veya kesmesine rağmen maddenin vücuttan çekilmesiyle bazı olumsuz fizyolojik ve psikolojik belirtiler ortaya çıkar. Kişi, bu belirtilerden uzaklaşmak için kullandığı maddeye devam eder. Örneğin kişi maddeyi bıraktığında mide bulantıları, kusma, baş dönmesi, halsizlik, sinir, gibi belirtiler ortaya çıkabilir.

3- Düşündüğünden Daha Uzun Süre Ve Yüksek Dozlarda Madde Kullanımı.

4-Maddeyi Bırakmaya Yönelik Düşünceler Ve Bu Girişimlerin Başarısız Olması.

5-Maddeyi Temin Etmek Ve Kullanmak İçin Uzun Zaman Harcamak.

6-Madde Kullanım Yüzünden Sosyal, Kültürel Ve Kişisel Etkinliklerin Dış Dünya ile Bağlantının Azalması Ya Da Tamamen Terk Etmek.

7-Madde Kullanımı Fiziksel, Psikolojik Ya Da Sosyal Sorunlara Yol Açmasına Rağmen Kullanmayı Sürdürmek

2.2. Sigaraya Başlama Nedenleri

Sigara içme, özellikle sebepleri açısından önemli bir ruhsal-toplumsal sorundur. Sigara içiciliği öğrenilmiş davranıştır bir çok basamaktan geçerek kazanılır bunlar hazırlık süreci, başlama süreci, deneme süreci, düzenli içicilik ve bağımlılık süreci (12, 13) Sigara içme oranı ile yaş dönemleri arasında ilişki saptanmıştır.

Amerika'da Sigara içiciliği öğrenilmiş davranışının hazırlık ve başlangıç süreci 30 yıl öncesinden açıklanmıştı ancak ilk yıllarda anlamlı olarak değerlendirilmemiştir daha sonraki süreçte yapılan çalışmalarda anlamlı olarak değerlendirilip gençlerin sigara kullanımına başlama sürecini kontrol etmede önemli adımlar atılmıştır. Ancak gelişmekte olan ülkelerde henüz tam anlamı ile bu çalışmalar ve tütün kontrolü uygulanamamaktadır (14).

Gençlerin sigaraya, alkol ve diğer zararlı maddelere başlamasında etkili olan faktörler:

Kişilik faktörleri; sigaraya ve alkole bağımlı olanların ya da bu maddeleri kullanan gençlerin kişilik yapılarında duygusal dengesizlik, kısa yoldan hazza ulaşma, gerçeklerden kaçma, otoriteye karşı çıkma, aşırı tutku, yarışçılık, tehlike arama, başkalarına benzeme gibi karmaşık özelliklerin bulunduğu görülmüştür.

Yapılan bazı çalışmalarda 13-19 yaş grubundakilerin sıklıkla ruhsal toplumsal etkenlerle ilişkili olarak sigaraya başladığı bildirilmiştir

Çevre faktörleri; gençler çevrelerinde gördüklerini taklit etme eğilimindedirler. Toplumsal, ruhsal ve genetik faktörlere bağlı olarak ortaya çıkan sigara alışkanlığının daha çok çocukluk ve gençlik çağında kazanılan bir davranış olduğu, aile yapısı ve sosyal desteğin sigara ve diğer madde kullanımında etkili olduğu bildirilmiştir (15).

Eğer bir genç sigara içmenin normal karşılandığı hatta bunun büyümenin bir sembolü olarak kabul edildiği bir çevrede ise, sigaraya başlayacaktır (16). Ergenlik döneminde de anne baba, evdeki diğer büyükler okulda öğretmenler gibi model olan bireyleri örnek alarak sigaraya başlama eğilimindedirler.

Öncelikle vurgulanması gereken noktalardan biri ergenlikte sigara içiminin erişkinlikte sigara içimi için en önemli risk etkeni olduğudur. Sigara içilen çevreden uzak duruldukça sigara içimi azalmaktadır Bu yanında hafif şiddette depresyonun sigara içimini artırdığı, düzenli sigara içenlerde depresyon oranının ve bununla bağlantılı olarak intihar oranlarının içmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Depresyonu olanların sigarayı bırakma oranları içenlere göre daha düşük olduğu belirtilmektedir.

Sigara bağımlılığının şiddeti başlama yaşıyla ilişkili bulunmuştur. Dünya sağlık örgütü verilerine göre Ortalama sigaraya başlama süreci 14 yaşa kadar inmiştir. İlerleme ve düzenli günlük içicilik süreci ise 15-16 yaşlarda zirve yapmaktadır (17-19).

Başlama yaşı ilaç tekellerinin de politikalarıyla bağlantılı olarak giderek düşmektedir. Ülkemizde sigaraya başlama yaşının 10-11 sınırına indiği tahmin edilmektedir. Sigara içimi ergenlerde düşük benlik saygısı ve okul sorunları ile ilişkili bulunmuştur (20).

2.2.1 Sigara Kullanımı Neler Artırır Ya Da Kolaylaştırır ?

Ulaşılma kolaylığı, fiyatı, evde sigara kullananların, özellikle bağımlıların bulunması, yaşam olayları ve stres etkenleri kullanmayı artıran başlıca etkenlerdir. Öyle ki; birkaç gün birkaç sigaradan sonra bağımlılığa kayma oranı çok yüksektir. Günde üç

sigaradan fazla sigara içenlerin % 94'ünün uzun dönemde bağımlı oldukları saptanmaktadır (15).

Bağımlılık düzeyinde olsun ya da olmasın, sigara ve tütün kullanımı olanlarda depresyon, anksiyete bozukluğu ve psikotik bozukluklar gibi bazı psikiyatrik sorunların bunları kullanmayanlara göre daha fazla olduğu bilinmektedir. Bu ürünlerde yer alan nikotin, düzenli sigara ve tütün ürünlerinin kullanımı sonucu bağımlılığa yol açmaktadır.

2.3. Sigara Kullanımı ve Ruh Sağlığı

Psikiyatri hastalığı olanlarda sigara kullanımı ve nikotin bağımlılığının genel nüfusa oranla daha çok görüldüğü bilinmektedir. İçicilik oranı şizofreni hastalarında %90, Bipolar Bozuklukta %70, başka psikiyatrik bozukluğu olanlarda ise %45-70 arasında bildirilmektedir (21). Sigara içenlerde Duygu durum Bozuklukları, Anksiyete Bozuklukları, Madde Kötüye Kullanımı ve Kişilik Bozukluklarına da yüksek oranda rastlanmıştır (22).

Çocukluk çağında anksiyöz, agresif ve genel olarak nevrotik kişilik özelliklerinin sonraki çağlarda sigara içmeye eğilimli olma ile ilişkili olduğu, prospektif bir çalışma ile gösterilmiştir (23). Depresyon nikotin bağımlılığı açısından önemli bir risk etkenidir. Sigara içme ve depresyon arasındaki bu ilişkinin iki bozukluğa karşı ortak bir genetik yatkınlıktan kaynaklanabileceği öne sürülmüştür (24). Nikotin bağımlılığı açısından diğer risk etkenleri arasında alkol, kokain ve eroin olmak üzere birden çok maddenin kötüye kullanımı yer almaktadır. Özellikle sigara ile madde kötüye kullanımı/bağımlılığı arasında doğrudan ilişki bulunmuş, çalışmaya katılan genç yaştakilerde bu oran daha yüksek çıkmıştır (22). Bağımlılık davranışları sıklıkla birbirini tetikleyici rol oynamakta ve sigara içmeye devam etmek alkol ve madde kullanımı için uyaran oluşturabilmektedir. Alkol kullanırken sigara içmeyi sevenlerin alkolü bıraktıktan sonra sigarayı daha kolay bırakabildikleri söylenmektedir (25). Alkol tedavisi öncesi sigarayı bırakanların alkol içme davranışını daha iyi kontrol ettikleri gösterilmiştir (26). Bu nedenle, sigara içmeye devam edenlerin çoğunun psikiyatrik ya da başka sosyal sorunları olma olasılığı yüksektir. Ayrıca, bu kişilerin tütüne daha fazla bağımlı olma olasılıkları da daha yüksek ve sigarayı bırakma olasılıkları daha düşüktür (27)

2.3.1. Kaygı Anksiyete

Kaygı hayatımızın normal akışının bir parçasıdır. Herkes günlük yaşam içinde değişik konularla ilgili kaygı duyabilir. Yetiřmesi gereken bir iř, sınav, sağlık, para, çocuklar ve aileyle ilgili sorunlar birçok insanı kaygılandırabilir. Anksiyete ; organizma için tehlike içeren tanımlanabilir ya da tanımlanamaz bir durum karşısında yaşanan; endişe duygusu ve birlikte eşlik eden bedensel uyarılma belirtileri ile karakterizedir. Çarpıntı, titreme, terleme, kas gerilimi gibi belirtiler yaşanır, anksiyete sonucunda kaçınma, saldırma vb. duygu ve birlikte felaket dūřuncelerine yol açar. En önemli özelliği, büyük bir sıkıntıya neden olması ve kiři tarafından hořa gitmeyen bir yaşantı olarak tanımlanmasıdır.

Aslında kaygı, bir ölçüde bizim günlük sorunlarla baş edebilmemiz için hazırlıklı olmamızı, bir tehlike durumunda da hızlı karar verip kurtulmamızı sağlar. Normalde bu tür kaygı hafiftir ve baş edilebilir düzeydedir. Anksiyete ancak kişinin günlük hayatındaki işlevselliğini olumsuz yönde etkilemeye başladığı zaman sorun olarak kabul edilir. Anksiyetenin tanısı için aşağıdaki ölçütler kullanılabilir.

Kişinin anksiyeteden dolayı meslek ve aile yaşamında güçlüklerle karşılaşması

Arkadaş, komşu, tanıdık ve aile üyeleri ile olan ilişkilerde sorunlara yol aması

Günün büyük bir bölümünde kişinin aklını meşgul etmesi

Kişinin korku ve kaygılarını kontrol altında bulundurmakta güçlük çekmesi

Bu durumun en az 6 aydır devam etmekte olması.

Anksiyetenin bir “ruhsal bozukluk” belirtisi olması řart değildir. Normal insanda da büyümeye, değişmeye, yeni ve denenmemiş şeyleri denemeye ve bireyin kendi kimliğinin ve hayatın anlamını bulmasına eşlik edebilir. Gün boyunca, normal bir insanda da çeşitli olaylar veya dūřunceler karşısında anksiyete gözlenebilir (örneğin; önemli bir sınava girmeden önce, karşı cinsten hoşlandığı biriyle konuşurken vs). Anksiyete kişiyi içsel ve dışsal tehditlere karşı uyarır; bu açıdan bakıldığında hayat kurtarıcı bir niteliği

vardır. Tehditten korunmak ya da sonuçlarını azaltmak için kişiyi gereken adımları atması için hazırlar.

Anksiyetenin bir ruhsal hastalık belirtisi olması için verilen uyarıya şiddet ya da süre olarak uygunsuz bir yanıt olması, sık tekrarlanması ve kişinin mesleki veya sosyal açıdan işlevselliğini bozuyor olması gerekmektedir.

2.3.1.1. Anksiyete Bozukluğu Nedir?

Anksiyete Bozukluğu olan kişilerde ise “sürekli, aşırı ve durumla uygun olmayan bir endişe durumu” söz konusudur. Aşırı endişe, kişinin günlük yaşamını olumsuz yönde etkiler ve hatta olağan yaşam etkinliklerini sürdürmesini engeller. Bu kişiler her durumda olası en kötü sonucu düşünürler, her şey kendi denetimlerinin dışındadır, iyi bir olasılık ya da geriye dönüş mümkün değildir. Anksiyete bozukluğunda aşırı endişe ve kaygı genellikle sağlık, aile, para okul başarısı ya da iş gibi konularla ilgilidir. Denetlenemez nitelikte olan endişe hali en az altı ay boyunca hemen her gün vardır ve gün boyunca sürer.

Gerçek bir neden yokken ya da nedeni olsa bile durumla uygunsuz olan, aşırı olan denetlenemeyen nitelikteki endişe hastalığın temel belirtisidir. Çoğu zaman kişi endişelerinin aşırı olduğunun farkındadır, ancak endişelenmelerini denetleyemezler ve bir türlü sakinleşemezler. Çevrelerinde “aşırı evhamlı” olarak tanınırlar. Yorgunluk, dikkat bozukluğu ve konsantrasyon güçlüğü, en ufak sesle kolayca irkilme, uykuya dalamama ve gece sık sık uyanma diğer önemli belirtilerdir.

Anksiyete bozukluğunda sıklıkla gerçekten fiziksel bir rahatsızlık varmışçasına baş gösteren bazı bedensel belirtiler eşlik eder. Bu belirtiler: nedensiz yorgunluk, tahammülsüzlük, baş ağrısı ve kas ağrıları, titreme ve seyirmeler, yutma güçlüğü, terleme, bulantı, sersemlik hissi, sıcak basması gibi fiziksel yakınmalardır.

2.3.1.2. Anksiyete Bozukluğu Nasıl Oluşur?

Stresler anksiyete bozukluğunun gelişiminde önemli rol oynar. Çocukluk dönemi ve genç erişkinlik çağları arasında başlayan anksiyete bozukluğu, yavaş ve sinsi bir gelişim gösterir. Hastalığın belirtileri dönem dönem iyileşmeler ve alevlenmeler gösterir. Stresli yaşam olayları olduğunda belirtiler çoğunlukla kötüleşir. Hastalığın oluşmasında “kalıtsal etkenler, beyin nörokimyasındaki değişiklikler, kişilik özellikleri ve stres verici yaşam olayları” etkilidir. Hastalar yorgunluk, gerginlik, kas ağrısı ve baş ağrısı gibi bedensel belirtiler nedeniyle çoğu zaman psikiyatri dışı branş hekimlerine başvururlar ve doğru tanının konması ve uygun biçimde tedavi edilmesi gecikebilir.

2.3. Depresyon

Depresyon bir duygu durum bozukluğudur. Sözlük anlamıyla: Bunalım-Uyaranlara karşı duyarlılığın, iş yapabilme gücünün, kendine güvenin azalarak; karamsarlığın, umutsuzluğun güçlenmesiyle ortaya çıkan ruhsal bozukluk, ruhsal çöküntü olarak belirtilebilir. Birinci basamakta en sık görülen psikiatrik bozukluktur.

2.3.1. Depresyonun Belirtileri

Ardışık iki hafta boyunca neredeyse her gün günün büyük kısmında ortaya çıkan aşağıdaki semptomlardan EN AZ beş tanesinin bulunması gerekir. DSM 4 e göre semptomlar aşağıdakilerdir.

Semptomlardan biri depresif ruh hali veya ilgi/istek kaybı olmalıdır. Diğerleri ise aşağıdaki maddelerden 4 tanesi bulunmalıdır.

- Depresif ruh hali- üzüntü, çökkünlük, boşluk, çaresizlik hissi
- İlgi ve zevk kaybı
- Uykusuzluk veya aşırı uyuma
- İştah kaybı ya da kilo değişikliği
- Psikomotor retardasyon veya ajitasyon
- Düşük enerji

- Kötü konsantrasyon
- Değersizlik veya suçluluk düşünceleri
- Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma 2015-2016 eğitim ve öğretim yılında Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim gören 400 gönüllü öğrenciyle yapılmış olan kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır. Öğrencilere 1 Eylül-30 Ekim 2015 tarihleri arasında sözel ve yazılı olarak araştırma hakkında bilgi verilip onamları alındıktan sonra anket uygulanmıştır. Hedeflenen anket sayısı 300 olarak planlandı.

3.2. Veri Toplama Süreci

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara bağımlılık düzeyi ve anksiyete depresyon ilişkisini belirlemek için hazırlanan form ve ölçek öğrencilere araştırmacının kendisi tarafından uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı sınıflara tek tek girerek öğrencileri araştırmanın konusu, önemi, amaçları, form ve ölçeği nasıl cevaplandıracağı hakkında bilgilendirmiştir. Daha sonra anket üzerindeki onam formunun katılma onay kutucuğu işaretlenerek alınmış ve uygulamaya geçilmiştir. Anket sonuçlarının kişisel olarak, kişi ve doktor bazında gizli kalacağı belirtilerek, anket formlarını doldururken isim yazmamaları ve samimiyetle cevap vermeleri istenmiştir. Doldurulan anketler daha sonra araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.2.1. Veri Toplama Aracı

Çalışma kapsamında sosyodemografik bilgileri toplamak amaçlı kişisel bilgi formu, sigara bağımlılığı düzeyini ölçmek fagerstörn bağımlılık testi 1978 yılında Fagerström tarafından oluşturulan ve 1-10 puan arasında skorlanarak bağımlılık düzeyinin ölçüldüğü anket formu kullanılmış. Ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirliği 2004 yılında Uysal ve ark. tarafından yapılmıştır Anksiyete ve depresyon düzeyleri ölçmek için Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında geliştirilen ve hastane anksiyete depresyon (HADS) Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. (1997) tarafından yapılmıştır.

3.3. Kişisel Bilgi Formu

Öğrencilerin sosyo demografik özelliklerini ve sigara kullanma belirleyebilmek ve anksiyete depresyon durumlarını belirleyebilmek için açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşan anketi cevaplamaları istenmiştir. Soruların yer aldığı anket formu EK-1’de verilmiştir.

3.4 İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz için SPSS for Windows 20.0 programı kullanıldı. Gruplar arasındaki niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki kare testi kullanılarak, veriler sayı ve yüzde olarak sunuldu. Verilerin normal dağılım uygunlukları görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-smirnov/ shapiro-wilk testleri) kullanılarak incelendi. Parametrik koşulları taşıyan iki gruptaki karşılaştırmalar student t testi, üç ve daha fazla sayıdaki gruplardaki karşılaştırmalar ise OneWayAnova testi ile yapıldı. Veriler aritmetik ortalama \pm standart sapma olarak sunuldu Parametrik koşulları taşımayan iki gruptaki karşılaştırmalar Mann Withney-U testi ile; üç ve daha fazla sayıdaki gruplardaki karşılaştırmalar ise Kruskal -Wallis testi ile yapıldı. Sayısal veriler ortanca olarak sunuldu. Her iki değişkende normal dağıldığında korelasyon analizleri için Pearson korelasyon analizi, parametrik koşulları taşımayan gruplardaki korelasyon analizleri için Spearman korelasyon analiz testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için p değeri 0,05 olarak belirlendi.

3.5. Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği (Hads)

Zigmond ve Snaith tarafından bedensel hastalığı olanlar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranların anksiyete ve depresyon yönünden riskini belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir.

(28). Toplam 14 soru içermekte olup yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi, diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü likert tipi bir ölçektir. maddeler 4 özellik içermektedir. iki alt ölçek depresyon ve anksiyeteyi değerlendirmektedir.

Yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda anksiyete alt ölçeği (HADS-A) için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği (HADSD) için kesme puanı 7/8 olarak bulunmuştur(29). Yedi maddelik depresyon alt ölçeği 0-21 arasında skorlanmakta,

kesme noktası olarak 0-7= Normal, 8-10= Hafif, 11-14= Orta, 15-21= Ciddi, bir duygu durum bozukluğuna işaret etmektedir

3.6. Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi

1989’da Fagerstrom ve Schneider (30) ‘‘Nikotin Bağımlılığı için Fagerstrom testi’’ni (Fagerstrom Tolerance Test for Nicotine Dependency, FTND) nikotin kullanımına bağlı gelişen nikotin bağımlılığının saptanması amacıyla geliştirmişlerdir. Bu ölçek uyandıktan sonraki ilk sigara, sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigarasız olma durumu, içmeden durulamayan sigara, günde tüketlenen sigara sayısı, uyanıldığında günün ilk saatlerinde içilen sigara miktarı çok şiddetli hasta olduğunda sigara içme durumu ile ilgili soruları içeren 6 maddelik bir testtir. Sigara tüketiminin miktarı kompulsiyon biçiminde kullanılması ve bağımlılığı değerlendirilmektedir. Bu ölçek nikotin bağımlılığı için iyi bir tarama testi olup elde edilen bilgiler sonucunda tedavinin planlanması ve hastalığın gidişiatı konusunda yararlanılabilir (31). Ülkemizde de 2004 yılında geçerlilik ve güvenilirlik alışması Uysal ve ark. yapılmıştır (32). Çalışmalarda 5 ve üzerinde puan alanların bağımlılık şiddetinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (33).

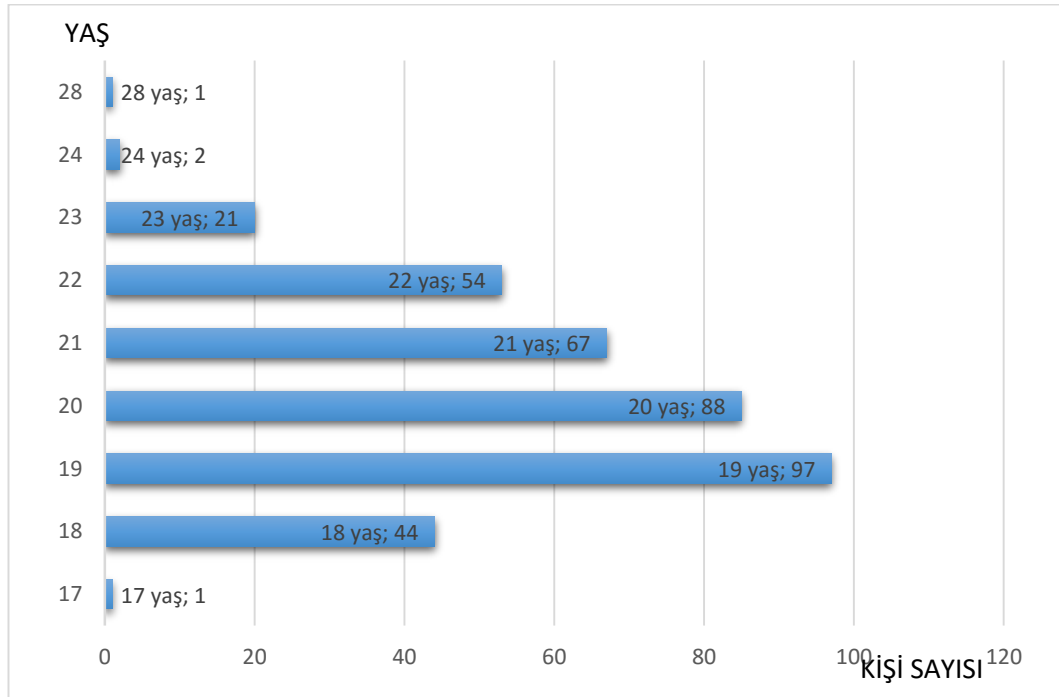
4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Bu kısımda araştırmaya katılan öğrencilere ait sosyo demografik bilgilere, onlara ait frekans ve yüzde dağılımlarına yer verildi.

4.1.1. Katılımcıların Yaş Dağılımı

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara bağımlılığı ve anksiyete depresyon ilişkisini incelediğimi çalışmamızı 400 tıp fakültesi öğrencisi ile gerçekleştirdik. Gönüllülük esasına dayanarak uyguladığımız anketimize 375 tıp fakültesi öğrencisi katıldı. Öğrencilerin yaş aralıkları 17- 28 arası idi. Ortalama yaşları 20.18 standart sapma 1.497 olarak bulundu. Aşağıdaki şekilde yaş dağılımı görülmektedir.

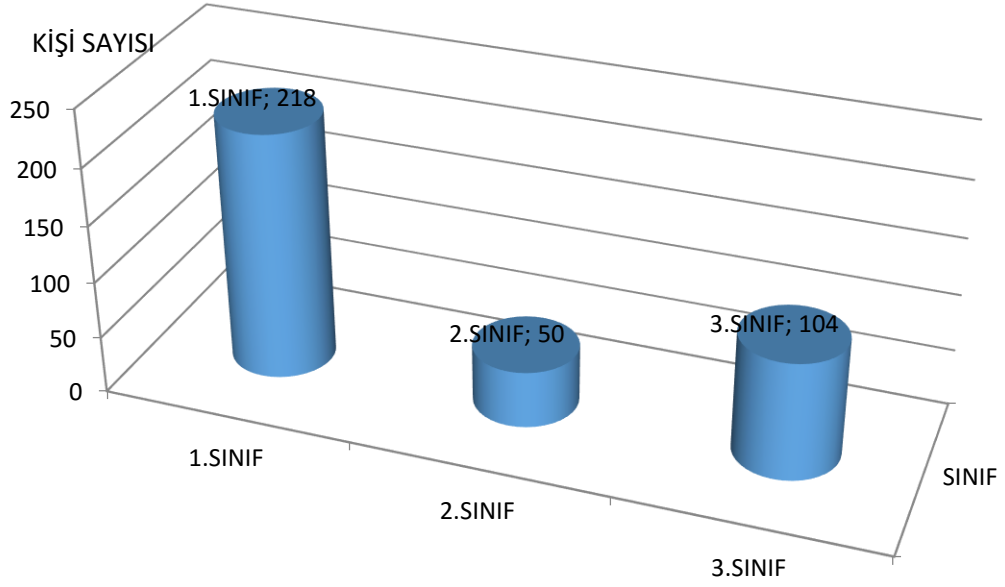


Şekil 1: Öğrencilerin Yaş Dağılımı

Anketimize katılan öğrencilerden 168 tanesi %44.8'i erkek öğrencilerdi , 207 tanesi %55.2 si kız öğrencilerden oluşmaktaydı. Anketimize katılan tüm öğrenciler bekarı.

4.1.2. Katılımcıların Sınıf Dağılımı

Anketimize katılan öğrencilerin 218'i %58.1' i 1. Sınıf öğrencilerinden oluşmakta. 50 tanesi %13.3'ü 2. Sınıf öğrencilerdi. 107 tanesi %28.5 i 3. Sınıf öğrencilerdi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi henüz yeni kurulmuş bir üniversite olduğu için 4. 5. 6. Sınıf öğrencileri henüz yoktu.



Şekil 2: Öğrencilerin Sınıf Dağılımı.

4.1.3. Öğrencilerin Ailevi Durumu

Araştırmamıza katılan öğrencilerin 184 tanesi %49.1'i ailesi ile yaşamaktaydı. Arkadaşları ile yaşayan öğrenci sayısı 121 katılan öğrenci sayısının %32.3'ü idi. Yalnız

yaşayanların sayısı ise 70 adetti katılımın 18.7 sine tekabül etmekteydi.



Şekil 3: Öğrencilerin Kiminle Yaşadığı

4.1.4. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesinde Okuyan Öğrencilerin Ailelerinin Gelir Durumu

Çalışmamıza katılan öğrencilerin aile gelir dağılımı farklılık göstermekteydi. anketimizde aralıklar oluşturarak net gelir bilgisi almadık. En düşük olarak 1000 tl ve altı olarak seçenек verdik. 1000 tl ve altı gelir belirten öğrenci sayısı 15 di (%4). Yine aynı şekilde dağılım olarak en yüksek gelir miktarı olarak 10 bin tl ve üstü olarak seçenек koyduk. Bu gelir seviyesinde ise yine 15 öğrenci ailesi (%4) mevcuttu. Diğer gelir dağılımı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

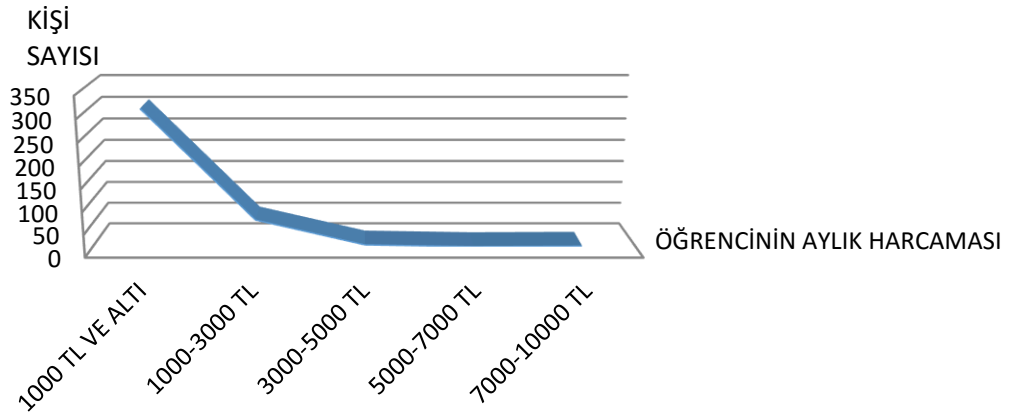
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Aile Gelir Düzeyleri

	Sayı	Yüzdeler
1000 tl ve altı	15	4.0
1000-3000 tl	122	32.5
3000-5000 tl	125	33.3
5000-7000 tl	62	16.5
7000-10000 tl	15	4.0
Toplam	375	100

Tablo1: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesinde Okuyan Öğrencilerin Ailelerinin Gelir Durumu

4.1.5. Öğrencilerin Aylık Gelir Durumu

Çalışmamıza katılan öğrencilerin aylık gelir durumları ise daha dar aralıkta seyretmekteydi. Yine aynı aralıklar ile sorumuzu oluşturduğumuz cevaplar ise en büyük oranla 1000 tl ve altı olarak geldi. 1000 tl ve altı geliri olan 308 öğrenci %82.1 idi. 1000-3000 tl arası geliri olan öğrenci sayısı ise 61 öğrenci anketimize katılan öğrenci sayısının %16.3 'ü idi. 3000- 5000 tl gelir beyan eden öğrenci sayısı 4 (%1.1) 7000 ve üzeri geliri olan öğrenci sayısı ise 2 %0.6 idi.

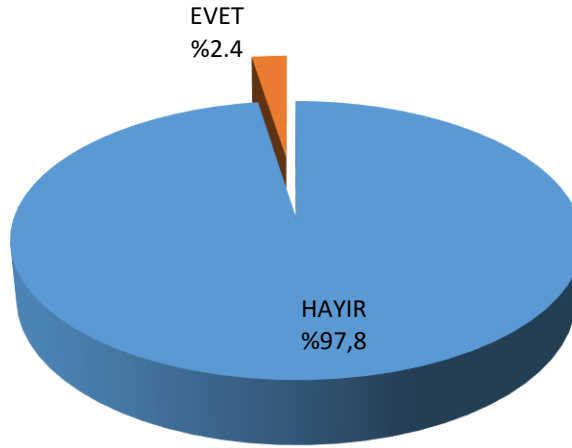


	1000 TL VE ALTI	1000-3000 TL	3000-5000 TL	5000-7000 TL	7000-10000 TL
■ ÖĞRENCİNİN AYLIK HARCAMASI	308	61	4	0	1

Şekil:4 Öğrencilerin Aylık Gelir Dağılımı

4.1.6.Öğrencilerin Ek İş Yapma Oranları

Anketimize katılan öğrencilerin yalnızca 9 tanesi %2.4'ü ek iş yapmaktaydı. 366 tanesi herhangi bir ek iş yapmıyordu.



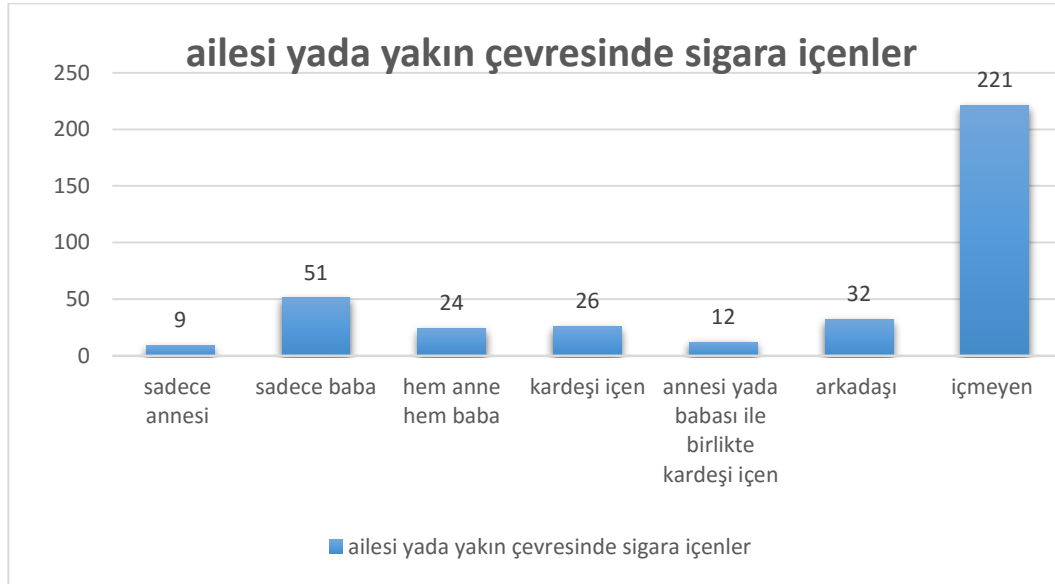
Şekil 5: Öğrencilerin Ek İş Yapma Oranları

4.2.SİGARA KULLANIMININ İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

4.2.1. Öğrencilerin Ailesi Ya da Yakın Çevresinde Sigara Kullanımı

Anketimize katılan öğrencilerin 45 tanesi %12 sigara kullanıyor. 330 tanesi %88 sigara kullanmıyordu.

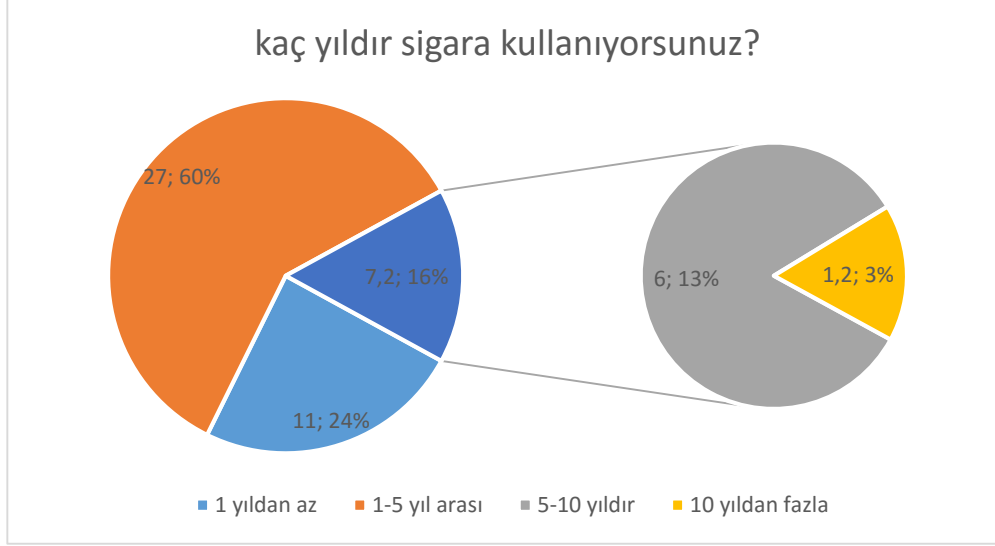
Öğrencilerin aile ya da yakın çevresinde sigara kullanımı olan kişileri sorguladığımızda sadece annesi sigara içen öğrenci sayısı 9 (%2.4) sadece babası sigara içen öğrenci sayısı 51 (13.6) hem annesi hemde babası sigara için öğrenci sayısı 24 (6.4) annesi yada babası ile birlikte kardeşi sigara içen öğrenci sayısı 12 (%3.2) kardeşi sigara içen 26 (%6.9) arkadaşı sigara içen öğrenci sayısı ise 32 (%8.5). yakın çevresinde sigara içmeyen öğrenci sayısı ise 221 olarak belirlendi.



Şekil 6: Ailesi Ya Da Yakın Çevresinde Sigara İçenler

4.2.2 .Öğrencilerin Sigara Kullanım Süresi

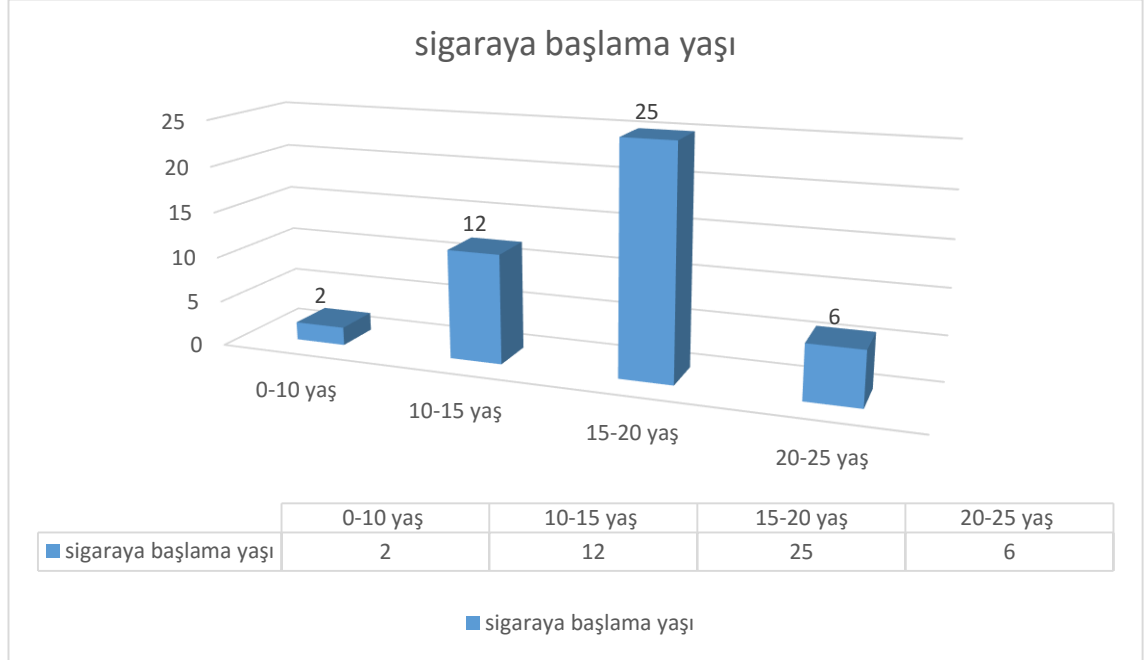
Anketimize katılan öğrencilerden sigara kullananların ne kadar süredir sigara kullandıklarını sorduk. 1 yıldan daha az olan 11 kişi 1-5 yıl arası kullanımı olan 27 kişi 5-10 yıl kullanımı olan 6 kişi ve 10 yıldan fazla süredir sigara kullanımı olan yalnızca bir kişi idi.



Şekil 7 : Sigara Kullanım Süresi

4.2.3. Öğrencilerin Sigaraya Başlama Yaşları

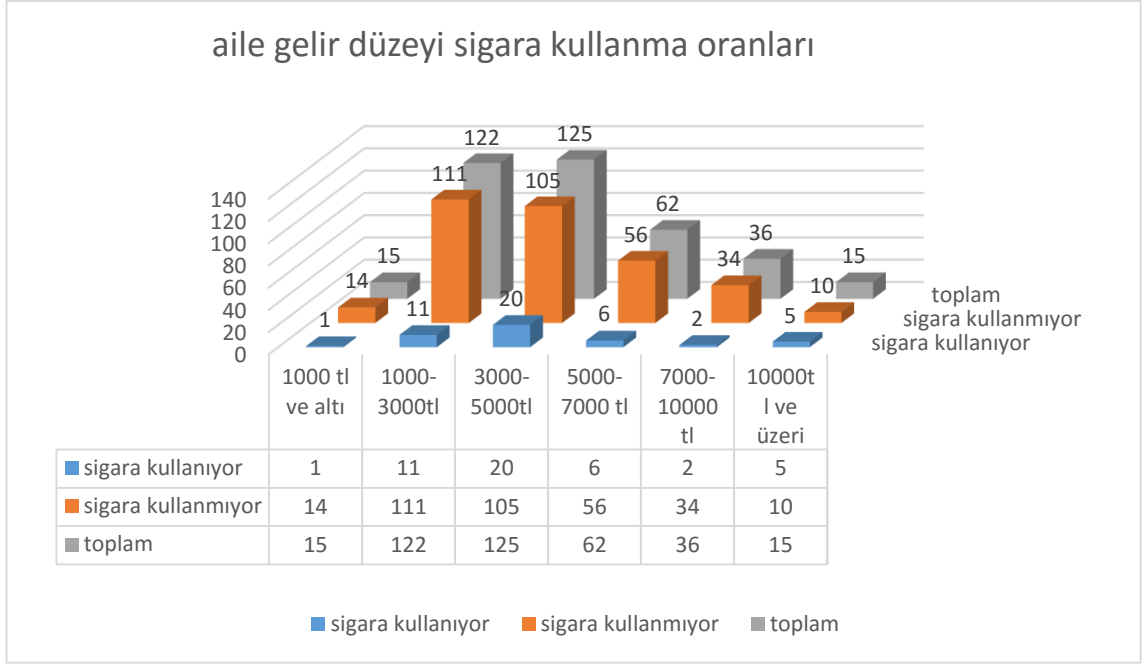
Anketimize katılan öğrencilerin ilk sigaraya başlama yaş aralıkları aşağıdaki gibidir.



Şekil 8: Sigara Kullanan Öğrencilerin Sigaraya Başlama Yaşları

4.2.4. Gelir Düzeyi- Sigara Kullanımı İlişkisi Analizi

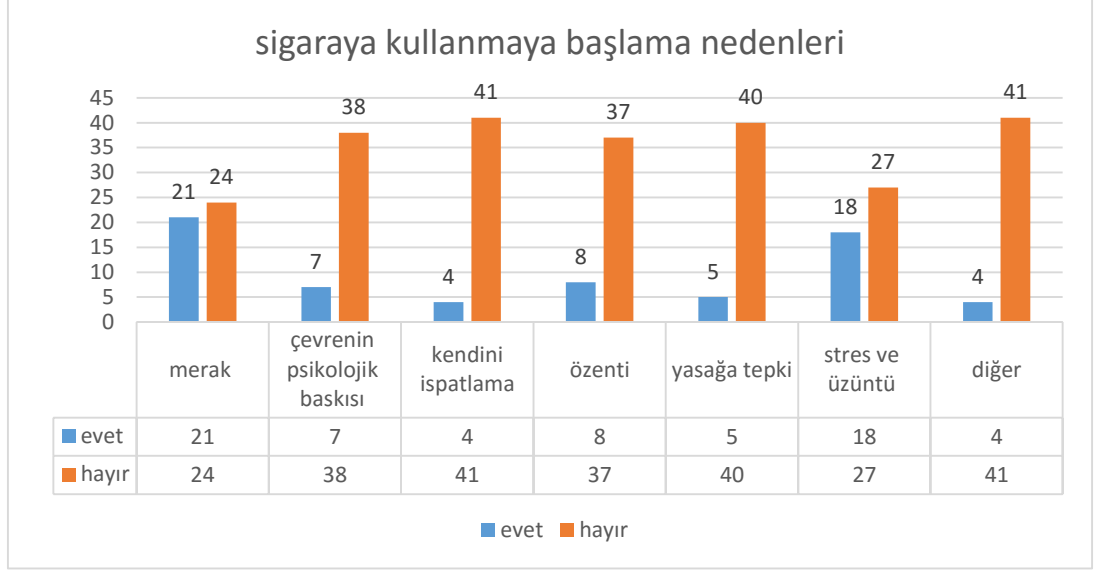
Anketimize katılan öğrencilerin ailelerinin gelir düzeylerine göre sigara kullanım oranlarını inceledik. Aşağıdaki grafikte detaylı olarak verilmektedir. ankete katılanlardan aile gelir seviyeleri 3000-5000 olanlarda en yoğun sigara kullanım oranını gözlenmiştir toplam 125 kişinin 20 tanesi oran olarak %16 sigara kullanmaktadır. Buda toplam anketimize katılıp sigara kullananların %44.4 ine denk gelmektedir.



Şekil 9: Aile Gelir Düzeyleri ve Sigara Kullanma Oranları

4.2.5. Sigaraya Başlama Nedenleri

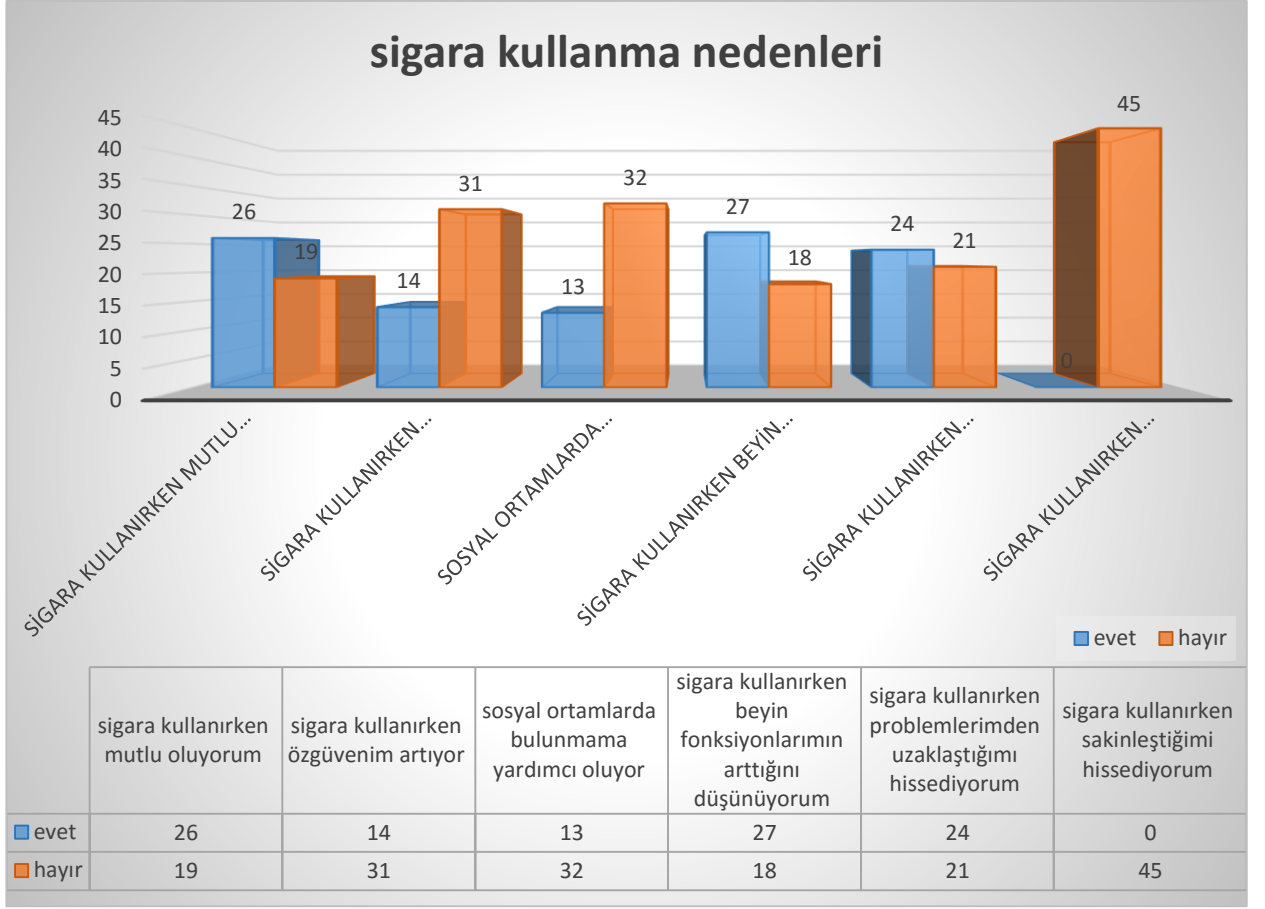
Anketimize katılan öğrencilerden sigara kullananların sigaraya başlama nedenleri farklılık göstermekteydi. Öğrencilerin sigaraya başlama nedenleri olarak merak, arkadaş çevresinin psikolojik baskısı, kendini ispatlama, özentî, yasağa tepki, stres ve üzüntü olarak ve diğer seçeneği olarak maddelendirdik. Sigara kullanan öğrencilerin birden fazla neden belirtebileceğini belirttik ve aşağıdaki gibi sonuç aldık. Sigara kullanan öğrencilerin yaklaşık yarısı, 21 tanesi merak seçeneğini işaretledi 18 tanesi stress nedeni ile başladığını ifade etti. Diğer seçeneğinde yaşam olayları psikolojik travmalar ve hayatın akışında var gibi cevaplar aldık.



Şekil 10: Sigara Kullanmaya Başlama Nedenleri

4.2.5.1. Sigara Kullanma Nedenleri

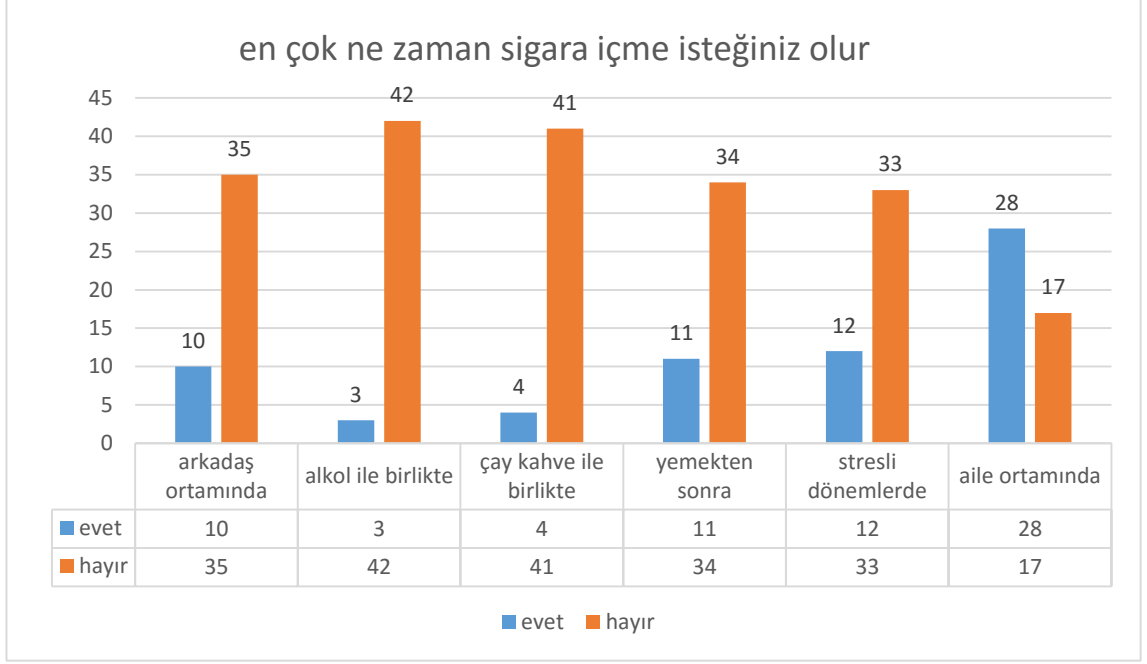
Anketimize katılan öğrencilere sigara kullanmalarındaki nedeni sorguladık. Yine maddeler halinde sigara kullanırken mutlu oluyorum, sigara kullanırken özgüvenim artıyor, sosyal ortamlarda bulunmama yardımcı oluyor, sigara kullanırken beyin fonksiyonlarımın arttığını düşünüyorum, sigara kullanırken problemlerimden uzaklaştığımı hissediyorum, sigara kullanırken sakinleştiğimi hissediyorum evet veya hayır şeklinde cevaplar vermelerini bekledik ve sonuç olarak aşağıdaki grafikte belirtilen değerlere ulaştık.



Şekil 11: Sigara Kullanma Nedenleri

4.2.5.2. Sigara Kullanımını Artırma İsteğinin Sebepleri

Araştırmamıza katılan öğrencilerden sigara kullananlara en çok ne zaman sigara içme isteğiniz olur şeklinde yönelttiğimiz sorunun cevaplarını maddelendirdik, arkadaş ortamında, alkol ile birlikte, çay ve kahve ile birlikte, yemekten sonra, stresli dönemlerde, aile ortamında. Belirttiğimiz maddelerden birden fazlasını seçebileceklerini belirttik. Aldığımız sonuçlar aşağıda grafik üzerinde sunulmuştur.



Şekil 12: En Çok Ne Zaman Sigara İçme İsteğiniz Olur.

4.3. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ve Fagerström Ölçeğinden Aldığı Puanların Değerlendirilmesi

Araştırmamızda uyguladığımız ölçekten sigara kullananlar 45 öğrenci için fagerstörn bağımlılık ölçeği aldıkları ortalama puan 3.07 ± 2.37 olarak bulundu. Sigara kullanan öğrencilerden en düşük 0 puan en yüksek 8 puan alındı. Ortalama olarak sigara kullanan öğrencilerin bağımlılık düzeyleri düşük olarak bulundu.

Araştırmamıza katılan öğrencilere uyguladığımız hastane anksiyete depresyon ölçeği ve fagerstörn ölçeğine göre aldıkları puanlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir. Araştırmaya katılan erkek öğrencilerin anksiyete skorları ortalaması 7.46 ± 3.33 depresyon skoru 7.14 ± 2.45 . sigara kullanan erkek öğrencilerin fagerstörn puanları ortalaması 3.41 ± 2.47 olarak bulunmuştur. Araştırmadaki kız öğrencilerin anksiyete puanları ortalaması 7.92 ± 3.37 depresyon puanları ortalaması 7.13 ± 2.62 , sigara kullanan kız öğrencilerin fagerstörn puanı ise 1.5 ± 0.756 . bu sonuçlara göre anksiyete skor yönünden cinsiyet grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,189$), depresyon skor yönünden ise cinsiyet grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. ($p=0,948$). Cinsiyet grupları arasında fagerstörn ölçeği açısından da istatistiksel olarak anlamlı değildir. ($p=0,055$)

CİNSİYET		ANKSİYETE	DEPRESYON	FAGERSTRÖM	
ERKEK	SAYI	GEÇERLİ	168	168	37
		EKSİK	0	0	131
	ORTALAMA		7,46	7,14	3,41
	ORTANCA		7,00	7,00	4,00
	MODE		8	5 ^a	0
	STANDART SAPMA		3,337	2,450	2,477
	EN KÜÇÜK DEĞER		2	2	0
	EN BÜYÜK DEĞER		18	14	8
	KADIN	SAYI	GEÇERLİ	207	207
EKSİK			0	0	199
ORTALAMA		7,92	7,13	1,50	
ORTANCA		8,00	7,00	1,00	
MODE		8	6	1	
STANDART SAPMA		3,374	2,621	,756	
EN KÜÇÜK DEĞER		1	1	1	
EN BÜYÜK DEĞER		19	15	3	

Tablo 2: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Ve Fagerström Ölçeğinden Aldığı Puanların Değerlendirilmesi

4.4. Sigara Kullanımı Anksiyete Depresyon İlişkisi

Araştırmaya katılan öğrencilerin sigara kullananların anksiyete skoru ortalaması 8.96 ± 4.2 sigara kullanmayanların ise anksiyete skoru 7.55 ± 3.1 olup anksiyete puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. ($p=0.03$). sigara kullanan öğrencilerin depresyon puanı ortalaması 7.09 ± 2.67 , kullanmayan öğrencilerin depresyon skoru ortalaması ise 7.14 ± 2.53 olup depresyon skoru açısından sigara kullanan ve kullanmayan öğrencilerin arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur. ($p=0.9$) sigara kullanmayan öğrenciler için fagerström ölçeği uygulamadığımız için istatistiksel analizini yapmadık. Aşağıdaki tablo 3 de ayrıntılı olarak analize yer verildi.

SİGARA KULLANIYOR MUSUNUZ?		ANKSİYETE	DEPRESYON	FAGERSTRÖM	
HAYIR	SAYI	GEÇERLİ	330	330	0
		EKSİK	0	0	330
	ORTALAMA		7,55	7,14	
	ORTANCA		7,00	7,00	
	MODE		8	6	
	STANDART SAPMA		3,186	2,535	
	EN KÜÇÜK DEĞER		1	1	
	EN BÜYÜK DEĞER		19	15	
EVET	SAYI	GEÇERLİ	45	45	45
		EKSİK	0	0	0
	ORTALAMA		8,96	7,09	3,07
	ORTANCA		9,00	7,00	3,00
	MODE		4 ^a	5	1
	STANDART SAPMA		4,280	2,627	2,378
	EN KÜÇÜK DEĞER		2	3	0
	EN BÜYÜK DEĞER		18	15	8

a. birden fazla mode olduğu için en küçüğü verilmiştir.

Tablo3: Sigara Kullanımı Anksiyete Depresyon İlişkisi

4.4.1. Sınıflara Göre Anksiyete Depresyon Durumları

Araştırmamıza katılan öğrencilerin sınıflarına göre anksiyete depresyon puanları aşağıda tablo 4 de verilmiştir. Anksiyete bakımından 2. Sınıflar ile 3. Sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.025$). 2. Sınıflar diğer sınıflara göre anksiyete açısından daha yüksek puanı (ortalama 9.06) almışlardı. Diğer sınıflar arasında anksiyete açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir. Depresyon açısından istatistiksel olarak anlamlı fark 1.ve 2. Sınıflar arasında gözlenmiştir.($p=0.048$) 2. Sınıflar depresyon puanı olarak diğer sınıflara göre daha yüksek puan (ortalama 7.80) almışlardır.

	SAYI	ORTALAMA	STANDART SAPMA	%95 ORTALAMA GÜVEN ARALIĞI		EN KÜÇÜK DEĞER	EN BÜYÜK DEĞER	
				ALT SINIR	ÜST SINIR			
ANKSİYETE	1.SINIF	218	7,60	3,359	7,15	8,04	1	19
	2.SINIF	50	9,06	4,043	7,91	10,21	3	19
	3.SINIF	107	7,34	2,858	6,79	7,88	1	16
	Total	375	7,72	3,361	7,38	8,06	1	19
DEPRESYON	1.SINIF	218	6,86	2,421	6,54	7,19	1	15
	2.SINIF	50	7,80	2,611	7,06	8,54	3	15
	3.SINIF	107	7,37	2,690	6,86	7,89	3	15
	TOPLAM	375	7,13	2,542	6,88	7,39	1	15

Tablo4: Sınıflara Göre Anksiyete Depresyon Durumları.

4.4.2. Öğrencilerin Kaldıkları Yer ve Anksiyete Depresyon İncelemesi

Araştırmamıza katılan öğrencilerin birlikte yaşadıkları yer açısından anksiyete depresyon oranlarını karşılaştırdık. Aşağıdaki tablo 5 de ayrıntılı inceledik. Gruplar arası anksiyete skoru açısından istatistiksel fark saptanmadı. ($p=0.148$) depresyon için gruplar arası istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. ($p= 0.069$).

	SAYI	ORTALAMA	STANDART SAPMA	%95 ORTALAMA GÜVEN ARALIĞI		EN KÜÇÜK DEĞER	EN BÜYÜK DEĞER	
				ALT SINIR	ÜST SINIR			
ANKSİYETE	AİLE	184	7,39	3,254	6,91	7,86	1	19
	ARKADAŞ	121	7,93	3,203	7,36	8,51	1	18
	TEK	70	8,21	3,829	7,30	9,13	2	19
	Total	375	7,72	3,361	7,38	8,06	1	19
DEPRESYON	AİLE	184	6,84	2,448	6,49	7,20	3	15
	ARKADAŞ	121	7,31	2,496	6,86	7,76	3	15
	TEK	70	7,60	2,794	6,93	8,27	1	15
	Total	375	7,13	2,542	6,88	7,39	1	15

Tablo 5: Öğrencilerin Kaldıkları Yer Ve Anksiyete Depresyon İncelemesi

4.4.3. Aile Gelir Düzeyi ve Anksiyete Depresyon İncelemesi

Araştırmamıza katılan öğrencilerin aile gelir düzeyleri ile anksiyete depresyon skorlarını karşılaştırdık. Aşağıdaki tablo 6 da detaylı olarak inceledik. Aile gelir düzeyleri

arasında anksiyete açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0.878$). Depresyon açısından ise aile gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0.407$).

		SAYI	ORTALAMA	STANDART SAPMA	%95 ORTALAMA GÜVEN ARALIĞI		EN KÜÇÜK DEĞER	EN BÜYÜK DEĞER
					ALT SINIR	ÜST SINIR		
ANKSİYETE	1000 TL ve ALTI	15	7,80	3,212	6,02	9,58	2	13
	1000-3000	122	7,81	3,306	7,22	8,40	1	18
	3000-5000	125	7,59	3,659	6,94	8,24	2	19
	5000-7000	62	7,56	2,918	6,82	8,31	1	14
	7000-10000	36	7,64	3,025	6,62	8,66	2	14
	10000 TL ve ÜSTÜ	15	8,73	4,114	6,46	11,01	3	17
	Total	375	7,72	3,361	7,38	8,06	1	19
DEPRESYON	1000 TL ve ALTI	15	7,33	2,554	5,92	8,75	4	12
	1000-3000	122	7,19	2,430	6,75	7,62	2	15
	3000-5000	125	6,80	2,511	6,36	7,24	1	15
	5000-7000	62	7,16	2,631	6,49	7,83	3	14
	7000-10000	36	7,75	2,335	6,96	8,54	4	12
	10000 TL ve ÜSTÜ	15	7,67	3,619	5,66	9,67	3	15
	Toplam	375	7,13	2,542	6,88	7,39	1	15

Tablo 6: Aile Gelir Düzeyi Ve Anksiyete Depresyon İncelemesi

4.3.4. Öğrencinin Gelir Durumu ve Anksiyete Depresyon İncelemesi

Araştırmamıza katılan öğrencilerin bireysel gelirleri ile anksiyete depresyon durumlarını karşılaştırdık. Anksiyete açısından gelir dağılım grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0.66$) depresyon açısından gelir dağılım grupları

arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0.181$). Aşağıdaki tablo 7’de detaylı olarak grupların incelemesi verilmiştir.

		SAYI	ORTALAMA	STANDART SAPMA			EN KÜÇÜK DEĞER	EN BÜYÜK DEĞER
					Alt Sınır	Üst sınır		
ANKSİYETE	1000 TL ve ALTI	308	7,75	3,289	7,38	8,12	1	19
	1000-3000	61	7,43	3,547	6,52	8,33	2	18
	3000-5000	4	9,25	5,188	,99	17,51	6	17
	7000-10000	2	9,00	7,071	-54,53	72,53	4	14
	Total	375	7,72	3,361	7,38	8,06	1	19
DEPRESYON	1000 TL ve ALTI	308	7,16	2,581	6,87	7,45	1	15
	1000-3000	61	7,00	2,244	6,43	7,57	3	14
	3000-5000	4	5,75	2,217	2,22	9,28	4	9
	7000-10000	2	10,50	4,950	-33,97	54,97	7	14
	Total	375	7,13	2,542	6,88	7,39	1	15

Tablo 7 : Öğrencinin Gelir Durumu Ve Anksiyete Depresyon İncelemesi

4.3.5. Öğrencilerin Ek İş Yapma Durumlarına Göre Anksiyete Depresyon İlişkileri

Araştırmamıza katılan öğrencilerin ek iş yapmalarına göre anksiyete depresyon ilişkisini inceledik. Aşağıdaki tablo 8 de detaylı olarak analiz edilmiştir. Ek iş yapanların anksiyete ortalaması 7.00 ± 3.42 , ek iş yapmayanların anksiyete ortalaması 7.73 ± 3.362 olarak bulundu. Anksiyete bakımından ek iş yapanlarla yapmayanların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. ($p=0,51$). Depresyon bakımından ek iş yapanların depresyon ortalaması 5.89 ± 1.69 ek iş yapmayanların ise 7.16 ± 2.54 olarak bulundu. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. ($p=0,13$)

EK İŞ YAPIYOR MUSUNUZ?		ANKSİYETE	DEPRESYON	FAGERSTRÖM	
HAYIR	SAYI	GEÇERLİ	366	366	40
		EKSİK	0	0	326
	ORTALAMA		7,73	7,16	3,00
	ORTANCA		7,00	7,00	3,00
	MODE		8	6	0
	STANDART SAPMA		3,362	2,554	2,298
	EN KÜÇÜK DEĞER		1	1	0
	EN BÜYÜK DEĞER		19	15	8
	EVET	SAYI	GEÇERLİ	9	9
EKSİK			0	0	4
ORTALAMA		7,00	5,89	3,60	
ORTANCA		6,00	6,00	2,00	
MODE		6 ^a	4	1	
STANDART SAPMA		3,428	1,691	3,209	
EN KÜÇÜK DEĞER		2	4	1	
EN BÜYÜK DEĞER		13	8	8	

Birden fazla mode olduğu için en küçük değer verilmiştir.

Tablo 8: Öğrencilerin Ek İş Yapma Durumlarına Göre Anksiyete Depresyon İlişkileri

5. TARTIŞMA

İnsan hayatının en aktif en hızlı gelişim ve değişim gösterdiği gençlik yıllarında yaşam tarzında karakterinde ve kişiliğinde önemli değişiklikler oluşmaktadır. Bu değişikliklere bir çok etmen neden olmaktadır. Gençlerin eğitim hayatında en önemli yeri olan üniversite hayatına geçişte bu etmenlerin en başlarında gelmektedir. Aile hayatından uzaklaşmak artık büyüdüğünün farkında olmak sosyal çevre değişikliği yeni ortam yeni arkadaşlar ve gelecek kaygısının oluşmaya başlaması ile ergenliğin sonlanması ile gençlik hayatına başlama aynı döneme denk gelmektedir. Bu süreçte insanların psikolojisini etkileyen olaylar stresler yaşanabilmektedir. Çeşitli çıkar yolları yeni deneyimler arayışına girilebilmekte. Bu arayışları içinde en kolay en çabuk ulaşılabileni, en kolay sınımlabileni olarak görülen sigaradır. Bizde araştırmamızda Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara kullanmaları ile anksiyete depresyon ilişkisini inceledik.

Araştırmamızı planlarken üniversitede okuyan 400 öğrenciye ulaşmayı ve anketimizi uygulamayı düşündük. gönüllük esasına dayalı olarak uyguladığımız anketime 375 öğrenci katıldı. Öğrencilerin sigara içmeleri sorgulandığında 37 si erkek 8 tanesi kız olarak 45 tanesinin sigara kullandığını ve bu oranın %12 olarak bulduk. Ülkemizde geçmiş dönemlerde yapılmış çalışmaları incelediğimizde üniversite öğrencilerinde sigara içme oranları bölgeye ve okudukları okula yaşam şartlarına göre değişiklikler gösterdiğini gördük. Pamukkale üniversitesinde 2015 yılında yapılmış olan üniversite öğrencilerinde sigara ve alkol bağımlılığı düzeyi araştırmasında 371 öğrenciye ulaşılmış ve katılan öğrencilerin 132 tanesi (%35.6) sigara kullanmaktaydı. Sigara kullanan öğrencilerin 87 tanesi erkek 45 tanesi kız öğrenci idi (34). Dokuz eylül üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinde yapılmış çalışmada sigara kullanım oranı %27.3 (erkeklerde %31, kızlarda %21.3)(35), Mersin Üniversitesi öğrencilerinde %35 (36), Selçuk Üniversitesi Mesleki Eğitim Fakültesi kız öğrencilerinde %33.8 (37), Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu öğrencilerinde %53 (38) ve Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci sınıflarda sigara içme oranı %35, altıncı sınıflarda %56 olduğu bildirilmiştir (39). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yaşar Doğu Beden Eğitimi Ve Spor Yüksek Okulu öğrencilerinde sigara içme sıklığını araştıran çalışmada ise sigara içme oranı %14 olarak bulunmuştur (40). Uludağ üniversitesi tıp fakültesinde yapılan

çalışmada tıp fakültesi öğrencileri arasında sigara içme sıklığı % 17,3 olarak bulunmuştur (41) aynı fakültede 1999–2000 yıllarında yapılan sigarayla ilgili çalışmalarda sigara kullananların oranı toplamda sırasıyla %29,3 ve %21,8'dir (42, 43). Ülkemizde yapılan çalışmalarda çok geniş spektrumda sigara kullanma oranı bulunmuş. Bizim çalışmamızdaki bulduğumuz oran en düşük oranlardan biridir. Çalışmamızdaki oranın düşük olmasının nedenlerinden bir tanesi çalışma evrenimizin tıp fakültesi öğrencileri olması ve sigaranın zararlarını bilimsel olarak daha iyi bilmelerini söyleyebiliriz. Bir diğer neden ise ülkemizde son 15 yıldır uygulamaya koyulan yasal yaptırımlar sigarasız hava sahası uygulamaları, 18 yaş altı kişilere sigara satışının yasaklanması, reklamların sponsorluk anlaşmalarının yasaklanması vergilerin artırılması gibi nedenler gösterilebilir. Bu uygulamalar sonrası yasaların koyulduğu yıllarda 10'lu yaşlarda olan çocuklarımız şu anda üniversiteler de eğitim görmekteler. Dünya sağlık örgütünün verilerine göre dünyada gelişmekte olan ülkelerde sigara kullanım miktarı her geçen yıl daha da artmakta ve sigaraya başlama yaşı her geçen yıl daha da düşmektedir. Gelişmekte olan ülkelerle ilgili diğer bir önemli bulgu ise özellikle kadınlarda ve gençlerde sigara içme miktarının giderek artmasıdır (44). Bizim çalışmamız ışığında ülkemizde yasal uygulamaların sonucunu almaya başlayacağımız ve sigara kullanım oranının gelecek yıllarda daha da düşeceğini tahmin edebiliriz.

Araştırmamıza katılan öğrencilerden sigara kullananlara uyguladığımız Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinden aldıkları ortalama puan erkek öğrenciler için 3.41 kız öğrenciler için 1.61 olarak bulundu. Bu skorlar düşük düzey bağımlılığı göstermektedir. Pamukkale üniversitesinde yapılan çalışmada sigara kullanan öğrencilerin %35'i nikotin bağımlılık testinden 5 puan almışlardır ve orta düzeyde bağımlılık göstergesidir(34). Nikotinin bağımlılık yapıcı mekanizmasından dolayı düşük düzeyde bağımlı olanların sigarayı terk etmeleri yüksek düzeyde olanlara göre daha kolay olacaktır. Bağımlılık düzeyi arttıkça bırakma sürecinde yoksunluk semptomları gelişecek ve bırakma süreci daha zorlaşacaktır. Çalışmamızdaki sigara kullanan öğrencilerin bağımlılık düzeylerinin düşük olması sigarayı bırakmayı düşündüklerinde daha az yoksunluk çekip daha başarılı olacaklarının göstergesidir.

Araştırmamıza katılan öğrencilerden sigara kullananların sigaraya başlama yaşları incelediğimizde toplam sigara kullanan 45 öğrencinin 39'u (%86.6) 20 yaş ve altında

sigara kullanmaya başlamış 15 yaşından önce başlayanların sayısı ise 14'tür(%31.11) Denizli de Kıter ve ark. yaptığı çalışmada erişkin sigara bağımlılarında, 20 yaşından önce sigaraya başlayanların oranını %74 olarak bulmuşlardır (45) . Dünya genelinde erişkin sigara içicilerinin % 80'i 18 yaş altında sigaraya başlamaktadır (46) . Dünyada yapılan çeşitli araştırmalarda gençlerde sigaraya başlama yaşının sıklıkla 11-18 yaşları arasında olduğu bulunmuştur (47, 48). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yaşar Doğu Beden Eğitimi Ve Spor Yüksek Okulu Öğrencilerinde yapılan çalışmada Sigara içenlerin ilk sigarayı deneme yaşı genelde 16.5 ± 2.6 yıl olup, bu yaş kızlarda ve erkeklerde sırasıyla 16.1 ± 0.7 ve 16.7 ± 3.2 yıl olarak bulunmuştur (40). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada, sigaraya başlama yaşı $17,6 \pm 2,8$ 'dir (41) Çalışmamızın sonuçları ile ülkemizde yapılan araştırmaların sonuçları uyum içerisindedir. Gençlik döneminde 20'li yaşlardan önce sigaraya başlayanlarda bağımlılık düzeyi artmakta ve tiryaki olma olasılığı yüksektir. Ergenlik döneminde sigara içmeyi deneme yüksek oranda bağımlılığa dönüşmekte, sigarayı bırakmak daha zorlaşmakta ve ömür boyu sigara bağımlısı haline gelmektedir. Erken yaşta başlanan sigara kümülatif etkisi nedeni ile ilerleyen yaşlarda Koah , akciğer tümörleri, aterosklerotik damar hastalıkları, serobrovasküler hastalıklar gelişmesi kolaylaşmakta. Bunun sonucu olarak sigara ve sigara ile ilgili hastalıklar tüm ölüm nedenleri arasında birinci sırada gelmektedir.

Bağımlılığın erken yaşlarda başlaması ve bağımlılık kazanıldıktan sonra günlük rutin halinde sigara içiciliği oluşması nedeni ile tütün endüstrisi uzun süreli kaynak oluşturmak için reklamlarında özellikle gençleri hedef almaktadır (49) . Yasaklardan önceki yıllarda üniversitelerde yapılan toplantılarda, bahar şenliklerde tütün endüstrisi birinci sponsor olarak yer almakta ve çoğu zaman ücretsiz olarak sigara dağıtımını yapmaktaydı, aynı zamanda gençlerin takip ettiği popüler spor dallarında da birinci sponsor olarak yer almaktaydı. Yapılan tüm araştırmalar göstermektedir ki sigara ile savaşmada özellikle gençlerin sigaraya başlamasının önlenmesine yönelik çalışmalara önem verilmeli ve gençlerin sigarayı denemesi engellenmelidir. Ülkemizde uygulanan yasalarda bu doğrultuda ilerlemektedir.

Araştırmamıza sigaraya başlama nedenleri olarak maddelendirdiğimiz sorumuza sigara kullanan öğrencilerin verdiği cevaplar en fazladan az aza doğru sırasıyla merak stres özenti çevrenin baskısı ve kendini ispatlama olarak sonuçlandı. Ülkemizde yapılan

çalışmalarda sigaraya başlama nedenleri arasında merak, yaşanılan kaygı ve sıkıntının da rol oynadığı belirtilmektedir. Öğrencilerin kendilerini yalnız, mutsuz hissetmesi ve okul başarısızlığı sigara içiciliğini tetiklemektedir(50, 51). Muğla üniversitesinde yapılan çalışmada öğrencilerin yaklaşık 2/3'ü sigara içiciliğine başlamalarında kaygı ve sıkıntının rol oynadığını belirtmesine karşın başlama nedenlerinin içiciliği anlamlı etkilemediği görülmüştür (52).

Araştırmamıza katılan öğrencilerin aile gelir düzeyleri ve sigara kullanımını incelediğimizde en yüksek sigara içme oranı 3000-5000 tl aralığında gelir düzeyine sahip ailelerin çocuklarında %16 olduğunu gördük. Araştırmamızda toplam sigara kullanma oranı %12'dir. Diğer gelir düzeylerinde sigara kullanma oranı %12 ve daha altı olarak gelmiştir. Çalışmamızdan aldığımız sonuca göre gelir düzeyi yüksekliği ya da düşüklüğü ile sigara kullanım arasında ilişki yoktur. Aile gelir düzeyinin düşük olması ile sigara kullanım oranı artmamıştır. Ülkemizde yapılmış olan Göksel ve arkadaşlarının çalışmasında da öğrencinin sigara içmesi ile ailenin sosyoekonomik düzeyi arasında paralel bir ilişki bulunmamıştır (53). Muğla üniversitesinde yapılmış olan bir çalışmada yine ailenin sosyoekonomik düzeyi ile sigara içiciliği arasında bir ilişki bulunmamıştır (54). Ancak uluslararası yayınlarda öğrencilerin sigara içmeye başlaması ile ailenin sosyoekonomik düzeylerinin düşük olması arasında anlamlı ilişki gösterdiğini bildiren yayınlarda bulunmaktadır (55-57).

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri ile yaptığımız çalışmamızda öğrencilerin sigara içme durumları ve anksiyete depresyonu ilişkilerini inceledik. alışmamama evrenimiz tıp fakültesi olduğu için ve tıp fakültesi eğitim sürecinin ne denli zor olduğu ve yoğun stres altında bıraktığı bilinen bir gerçektir. Bu zorlu süreçte öğrenciler psikolojik olarak da yoğun ve zorlu bir sınav vermektelerler. Aynı zamanda tıp fakültesine başlayan çoğu öğrencinin aileden ve sosyal çevresinden kendisine karşı başarı beklentisi yükselmektedir. Bu zorlu sınav sürecinde her gecen gün eğitim sürecinin zorlaşması ve başarılı olabilmek için rakiplerinin kendileri ile aynı sınava girmiş ve aynı kapasiteye sahip arkadaşları olduğu için daha fazla stresörle baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Bazı zamanlarda bu stresörlerle başa çıkamayıp yardımcı unsurlar arayışına girebilmektedirler. Bunlardan en kolay ulaşılabileni ve toplum tarafından da kabul göreni sigaradır. Sigara kullanmanın birçok psikiyatrik hastalığa eşlik edebileceği

ve psikiyatrik sorunları tetikleyebileceği bilinmektedir. Majör depresyon ve nikotin bağımlılığının yaşam sürecindeki birlikteliği Grant et al tarafından çok güzel açıklanmıştır Grant ın çalışmalarında majör depresyonu olanlarda sigara bağımlılığı %30.01 olarak bulunmuş toplumda majör depresyon görülme sıklığının (%5.8) çok üzerindedir(58). Büyük çalışmaların haricinde majör depresyon ve sigara bağımlılığı birlikteliğinin temelinde yatan unsurlar halen araştırma altındadır ve ortak bir kanıya henüz varılamamıştır. bu iki problem arasındaki ilişkiyi açıklayabilmek çok kritik bir öneme sahiptir ve ilerleyen dönemlerde tedavileri açısından stratejileri geliştirmek için çok yardımcı olacaktır. Nikotin bağımlılığın şiddeti arttıkça majör depresyon geçirme olasılığı artmaktadır. Şiddetli nikotin bağımlısı olanlar depresyona yatkınlıkları günlük içiciler ve hafif içicilere göre daha fazladır (58)

Çalışmamızda tıp fakültesi öğrencilerinde psikiyatrik problemlerden anksiyete ve depresyonu irdeledik. Çalışmamıza katılan tüm öğrencilere HADS uyguladık. sigara kullanan öğrencilerin HADS-A ölçeğinden aldığı puan sigara içmeyenlere oranla anlamlı yüksek çıktı , anksiyete skoru ortalaması 8.96 ± 4.2 sigara kullanmayanların ise anksiyete skoru 7.55 ± 3.1 olup anksiyete puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. ($p=0.03$). Ülkemizde HADS kullanılarak tütün dumanına maruziyet ve anksiyete ilişkisi bakılmış anksiyete skoru ortalaması 8.1 ± 4.6 bizim çalışmamıza benzer şekilde anksiyete skoru yüksek bulunmuş (59).

Üniversite öğrenciliği hayata atılmaya başlanan adımların ilk basamağını oluşturur. Tıp fakültesinde öğrenim görmekte sağlık çalışanlarının ilk basamağıdır. Ülkemizde sağlık çalışanları gerek yasalar gerek toplumsal kabul görülen gerçekler, varsayımlar nedeniyle stres altındadır. Bu stres üniversite yıllarına kadar inmektedir. Ancak üniversite yıllarında öğrencilerin bu durumun çok farkında olmadıkları ve bu süreç için yardım arayışında bulunmadıkları bilinmektedir. Daha sonraki süreçte hekimlik hayatına geçtiklerinde bu durumun yansımaları ile karşı karşıya kalmaktadırlar (60). Ülkemizde sağlık çalışanlarından aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada aile hekimlerinin yarısından fazlasının kaygı düzeyinin normalin üzerinde olduğu gözlenmiştir (61-64).

Çalışmamıza katılan öğrencilerin sınıflara göre anksiyete depresyon düzeylerini incelediğimizde anksiyete bakımından 2. Sınıflar ile 3. Sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0.025). 2. Sınıflar diğer sınıflara göre anksiyete açısından daha yüksek puanı (ortalama 9.06) almışlardı. Depresyon açısından da ikinci sınıf öğrencilerin diğer sınıflara göre daha yüksek puan aldığını bulgularımızda vermiştik. Ülkemizde yapılan tıp fakültesi öğrencilerine uygulanan ve HADS uygulanarak yapılan çalışmada 2. Sınıf öğrencilerin anksiyete ve depresyon açısından diğer sınıflardan anlamlı olarak yüksek puan aldıkları gözlenmiştir (65). Farklı bir tıp fakültesinde yapılan çalışmada ise anksiyete ve depresyon açısından 3. Sınıfta okuyan öğrencilerin en yüksek puanları aldığı gözlenmiştir (66).

Ülkemizde Selçuk üniversitesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada anksiyete ve depresyon oranları sırasıyla %47,1 ve %27,1 olarak belirtilmiştir (60). Aynı üniversitenin tıp fakültesi öğrencileri dışındaki öğrencileri ile yapılan aynı ölçeğin kullanıldığı başka bir çalışmada öğrencilerin %22,3'ü anksiyete, %29,1'i depresyon bulguları taşımaktaydı (65) Aynı fakültede başka bir akademik yılda yapılan çalışmada öğrencilerin sırasıyla %20,3 ve %29,3'ü anksiyete ve depresyon için kesme değerlerinin üzerindeydi (67). Yapılan çalışmalarda tıp öğrencilerinde ise psikolojik hastalık görülme sıklığının %20,9 olduğu ve bu oranın temel bilimler eğitimi öğrencilerinde daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (68). Estonya'da tıp öğrencilerinin %21,9 'unda anksiyete, %30,6'sında depresyon bulguları saptanmıştır (69) (4). Rab ve ark.yaptıkları çalışmada anksiyete oranını %43,7 depresyon oranını %19,5 olarak bildirmişlerdir (70). Yapılan çalışmaların arasında hem depresyon hem anksiyete açısından farklılıklar mevcut. Bu farklılığın tıp fakültesindeki müfredatın farklılığı eğitim veren kişilerin uygulamalarındaki farklılık, sosyal çevre arkadaş ortamı gibi psikososyal stresörlerin farklılığından kaynaklanabileceğini ve çalışmaların kesitsel olduğu için uygulama zamanına göre farklılık gösterebileceğini düşünüyoruz.

Literatürde anksiyete ve depresyon düzeylerinin cinsiyetler arasındaki farkı konusunda değişik bildirimler vardır. Bazı çalışmalar kadın cinsiyette anksiyete ve depresyonun daha yüksek olduğunu belirtmiştir (69, 71). Bazı araştırmacılar ise erkek öğrencilerin daha fazla stres altında olduğunu, depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmektedir (64, 67) biz çalışmamızda ise kadınların anksiyete yönünden

daha yüksek puan aldıklarını bulduk. Depresyon açısından ise iki cinsiyet arasında fark gözlemedik aldıkları puanlar birbirine çok yakındı.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin aylık gelirleri ile anksiyete depresyon puanları arasında anlamlı bir fark saptamadık. Katılan öğrencilerin neredeyse tamamına yakını asgari ücretin altında bir gelire sahipti. Ancak bu gelir düzeyi stres faktörü olarak görülmediğini düşünmekteyiz. Öğrencilerin hayattan beklentileri gelecek kaygıları aile – çevre beklentileri, sağlık çalışanları üzerindeki sosyal baskı ve her geçen gün artak sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin varlığı gibi nedenler en önemli stres faktörleri arasındadır. Ancak beklenti düzeylerini ve stres faktörlerini bu çalışmamızda sorgulamadığımız için farklı çalışmalar ile irdelenmesine ihtiyaç vardır.

Yapılan bazı çalışmalarda arkadaşları ile aynı evde kalan öğrencilerin anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmış (72). Ancak çalışmamıza katılan öğrencilerin yaşadıkları yer olarak aile yanı, arkadaş ile, tek olarak sorguladığımızda anlamlı bir fark gözlemedik. Yaşam alanına etki eden faktörlerin hepsinin kendine göre ayrı stres faktörü mevcuttur. Aile yanında olmak sürekli başarı beklentisi ve bir kontrol altında tutulmak olarak algılanabilir. Arkadaş ile yaşamak anlaşmak gerekliliği paylaşım sorumluluğu getirebilir, tek yaşamak başlı başına stres faktörü olarak yalnızlıktan dolayı insan psikolojisini etkileyebilir. Bu tip faktörlerin hepsinin birbirini dengelediği ve çalışmamıza da anlamlı bir fark olarak yansımadığını söyleyebiliriz.

6. SONUÇ

Sigara günümüzdeki en önemli halk sağlığı problemlerinden biridir. Sigaranın insan sağlığı üzerindeki yol açtığı organik patolojiler bilinmektedir. Sigara içerdiği kimyasal maddeler bakımından oldukça zengindir. En önemlisi ve bağımlılık yapan kimyasal içerik ise nikotindir. Nikotin bağımlılığı ICD tarafından hastalık sınıflamasına alınmıştır. Aynı zamanda psikiyatrik olarak da birçok hastalığa yol açtığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da sigara içen öğrencilerin anksiyete puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çalışmamızın sonucu olarak tıp fakültesi öğrencilerinin sigara kullanım düzeyinin DSÖ'nin verilerinin altında olması geleceğe ve gençlerimize olumlu bakmamızı sağlamıştır. Ülkemizde 2000'li yıllarda getirilen tütünsüz hava sahası mücadelesi yasalarının olumlu etkilerini görebiliyoruz. Bu yasaların kapsamı genişletilerek tütün endüstrisinin ülkemiz üzerindeki etkisini daha da azaltmalıyız. Sigarasız hava sahasını sadece topluma açık kapalı alanlar değil tüm yaşam alanlarında getirilebilir. Sigara bırakmaya yönelik yapılan poliklinik çalışmaları ve ücretsiz tedavi desteğinin sürekliliği sağlanmalı ve poliklinik sayıları artırılmalı, birinci basamak hekimlerinin tütün bağımlılığı eğitimi alması, sağlık sisteminin en önemli ayağı olan birinci basamakta düzeyinde sigara bıraktırma desteklerinin verilmesi sağlanmalıdır.

Ülkemiz geliştirmekte olan ülkeler sınıfında olduğu için çok önemli sosyal problemleri vardır bunların arasında tüm gençlerimizin gelecek kaygısı, iş bulmak sosyoekonomik statüsünün ne olacağı gibi endişeleri gibi bileşenler vardır. Tıp fakültesi öğrencilerinin bu sosyal problemlerle birlikte üzerlerine düşen çok sıkı bir müfredatı olan eğitimi tamamlama yükü mevcuttur. Bunların hepsi birlikte öğrencilere anksiyete ve depresyon olarak geri dönebilmektedir. Çalışmamızın sonucu olarak da görüldüğü gibi tıp fakültesi öğrencilerin üzerindeki psikososyal stres faktörlerini en aza indirmek gerekmektedir. Gerektiği takdirde okul müfredatları yeniden düzenlenebilir. Gençlerin üzerinde baskı oluşturan sosyal hayatın yükleri daha azaltılmalı, gerekli destekler psikososyal ve sosyo ekonomik olarak üniversite öğrencilerine verilmelidir.

Bu çalışma sadece çalışmanın yapıldığı Yıldırım Beyazıt Üniversitesinin Tıp Fakültesinin öğrencilerini yansıtmaktadır, tüm Türkiye'deki tıp öğrencilerine

genellenemez. Bu çalışmanın kesitsel bir çalışma olması, gönüllülük temelinde kendi kendine doldurulan bir anket formuyla yapılmış olması akla gelebilecek kısıtlılıklar olabilir. Ancak üç dönem öğrencisini de kapsamaması, her dönem için katılımın oldukça yüksek olması, kullanılan ölçeğin psikiyatrik görüşme ile dahi karşılaştırılmış, pek çok çalışmada ve dilde kullanılmış bir ölçekler olması çalışmamızın güçlü yanları olarak değerlendirilebilir.

7.KAYNAKÇA

1. Yeşilyaprak B. Üniversite öğrencilerinin psikolojik sorunları. Türk Psikoloji Dergisi. 1986;20:80-5.
2. SAVEL, T.O.,SALMON,R.W.,MILLER,L.K; Smoking and Adolescent Prognancy Outcome. J Of Adoloescent Health Care 7.1986
3. TÜRKİYE'DE Tütün Kontrolü Çalışmaları 30/09/2015 güncellenmesi
4. American Psychiatric Association A, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 1980.
5. Kochanek KD, Xu J, Murphy SL, Miniño AM, Kung H-C. Deaths: final data for 2009. National vital statistics reports: from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System. 2011;60(3):1-116.
6. World Health Organization website. New York: ICD-10. Available from: URL <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online> 22.11.2015 tarihinde ulaşılmıştır.
7. Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. Bmj. 1977;1(6077):1645-8.
8. Peto R, Boreham J, Lopez AD, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. The Lancet. 1992;339(8804):1268-78.
9. McWhorter WP, Boyd GM, Mattson ME. Predictors of quitting smoking: the NHANES I followup experience. Journal of clinical epidemiology. 1990;43(12):1399-405.
10. Picciotto MR, Zoli M, Rimondini R, Léna C, Marubio LM, Pich EM, et al. Acetylcholine receptors containing the $\beta 2$ subunit are involved in the reinforcing properties of nicotine. Nature. 1998;391(6663):173-7.
11. Burgess JK, Oliver BG, Poniris MH, Ge Q, Boustany S, Cox N, et al. A phosphodiesterase 4 inhibitor inhibits matrix protein deposition in airways in vitro. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2006;118(3):649-57.
12. Health UDo, Services H. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2004;62.
13. Leventhal H, Cleary PD. The smoking problem: a review of the research and theory in behavioral risk modification. Psychological bulletin. 1980;88(2):370.
14. Health UDo, Services H. Reducing tobacco use: a report of the surgeon general-executive summary. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2000.
15. <http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=50>.
16. Köknel Ö. Kaygıdan Mutluluğa Kişilik, Altın Kitaplar Yayınevi. Baskı, İstanbul. 1985.
17. Control CfD. Differences in the age of smoking initiation between blacks and whites--United States. MMWR Morbidity and mortality weekly report. 1991;40(44):754.
18. Breslau N, Peterson EL. Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. American journal of public health. 1996;86(2):214-20.

19. Lando HA, Thai DT, Murray DM, Robinson LA, Jeffery RW, Sherwood NE, et al. Age of initiation, smoking patterns, and risk in a population of working adults. *Preventive medicine*. 1999;29(6):590-8.
20. <http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=50>
21. Lohr JB, Flynn K. Smoking and schizophrenia. *Schizophrenia research*. 1992;8(2):93-102.
22. Black DW, Zimmerman M, Coryell WH. Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample. *Annals of Clinical Psychiatry*. 1999;11(3):129-36.
23. Pomerleau OF, Pomerleau CS. Research on stress and smoking: progress and problems. *British journal of addiction*. 1991;86(5):599-603.
24. Karakülah K. Serotonin transporter gen polimorfizlerinin sigara bağımlılığı ve erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilişkisi: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2013.
25. Zimmerman RS, Warheit GJ, Ulbrich PM, Auth JB. The relationship between alcohol use and attempts and success at smoking cessation. *Addictive Behaviors*. 1990;15(3):197-207.
26. Miller WR, Hedrick KE, Taylor CA. Addictive behaviors and life problems before and after behavioral treatment of problem drinkers. *Addictive Behaviors*. 1983;8(4):403-12.
27. Hukkanen J, Jacob P, Benowitz NL. Metabolism and disposition kinetics of nicotine. *Pharmacological reviews*. 2005;57(1):79-115.
28. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatr scand*. 1983;67(6):361-70.
29. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1997;8(4):280-7.
30. Fagerstrom K-O, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal of behavioral medicine*. 1989;12(2):159-82.
31. Buhl R, Farmer SG. Future directions in the pharmacologic therapy of chronic obstructive pulmonary disease. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2005;2(1):83-93.
32. Uysal M, Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram G, Uysal Ö, Yılmaz V. Fagerstrom nikotin bağımlılık testinin Türkçe versiyonun güvenilirliği ve faktör analizi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2004;52(2):115-21.
33. Temel A, Dilbaz N, Bayam G, Okay T, Şengül C. Bir eğitim hastanesinin sağlık personelinde sigara alışkanlığı, bırakma sıklığı ve bağımlı kişilik özelliklerinin ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*. 2004;5(2):16-22.
34. Alaçam H, Korkmaz A, Efe M, Şengül CB, Şengül C. Pamukkale Üniversitesi öğrencilerinde alkol ve sigara bağımlılığı taraması. 2015.
35. Akvardar Y, Aslan B, Ekici ZB, Öğün E, Şimşek T. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DÖNEM II ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA, ALKOL, MADDE KULLANIMI.
36. Tot Ş. Mersin Üniversitesi öğrencilerinde sigara ve alkol kullanım yaygınlığı ve ilişkili özellikler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2002;3:227-31.
37. Herken H, Bodur S, Kara F. Üniversite öğrencisi kızlarda madde kullanımı ile kişilik ve ruhsal belirti ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*. 2000;3:40-5.

38. YILMAZ G, DÖŞYILMAZ E, KARADEMİR T, ŞİRİN Y. Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Yüksek Okulu Öğrencilerinin Sigara Ve Alkol Alışkanlıklarının İncelenmesi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2009;6(2).
39. Özen Ş, Arı M, Gören S, Palancı Y, Sır A. Tıp fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde sigara ve alkol kullanım sıklığı. Anatolian journal of Psychiatry. 2005;6:92-8.
40. Pekşen Y, Canbaz S, Sünter AT, Tunçel EK. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ YAŞAR DOĞU BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR YÜKSEK OKULU ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA İÇME SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER. Journal of Dependence. 2005;6:111-6.
41. Vatan İ, Ocakoğlu H, İrgil E. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara içme durumunun değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8(1):43-8.
42. Gültekin BK, İrgil E. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sosyal Aktiviteleri ve Sağlıkla İlgili Tutum ve Davranışları. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2001; 27(1-23).
43. İrgil E, Erkenci Y, Güner R, Bağcı S. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara ve Alkol Kullanma Alışkanlıkları. Bursa Devlet Hast Bült. 1999;15:135-8.
44. West R. Tobacco control: present and future. British medical bulletin. 2006;77(1):123-36.
45. KİTER G, BAŞER S, AKDAĞ B, EKİNCİ A, ÜNAL N, ÖZTÜRK E. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran olguların sigara içme özellikleri. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2008;56(1):30-6.
46. Prevention OoD, Promotion H. US Department of Health and, Human Services: Healthy people 2020. Office of Disease Prevention and Health Promotion, US Department of Health and Human Services. 2011.
47. Walsh PM, Carrillo P, Flores G, Masuet C, Morchon S, Ramon JM. Effects of partner smoking status and gender on long term abstinence rates of patients receiving smoking cessation treatment. Addictive behaviors. 2007;32(1):128-36.
48. Puente D, Cabezas C, Rodriguez-Blanco T, Fernández-Alonso C, Cebrian T, Torrecilla M, et al. The role of gender in a smoking cessation intervention: a cluster randomized clinical trial. BMC public health. 2011;11(1):369.
49. Çan G, Çakırbay H, Topbaş M, Karkucak M, Çapkın E. Doğu Karadeniz Bölgesi'nde sigara içme prevalansı. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2007;55(2):141-7.
50. Arbak P, Erdem F, Karacan Ö, Özdemir Ö. Düzce Lisesi öğrencilerinde sigara alışkanlığı. Solunum. 2000;2:17-21.
51. Oymak F, Gülmez İ, Çetinkaya F, Demir R, Özesmi M. Kayseri'de kolej öğrencilerinde sigara içme alışkanlığı. Erciyes Tıp Dergisi. 1998;20:214-9.
52. Pıçakçıfe M, Keskinoglu P, Bayar B, Bayar K. Muğla Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sigara içicilik sıklığı ve içiciliği arttıran nedenler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(4):267-72.
53. Göksel T, Cirit M, Bayındır Ü. İzmir ili lise öğrencilerinin sigara alışkanlığını etkileyen faktörler. Toraks Dergisi. 2001;2(3):49-53.

54. Picakcife M, Keskinoglu P, Bayar B, Kilichan B. Smoking prevalence among Mugla School of health sciences students and causes of leading increase in smoking. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2007;6.
55. Warren C, Jones N, Eriksen M, Asma S, group GTSSc. Patterns of global tobacco use in young people and implications for future chronic disease burden in adults. The lancet. 2006;367(9512):749-53.
56. Buller D, Borland R, Woodall W, Hall J, Burris-Woodall P, Voeks J. Understanding factors that influence smoking uptake. Tobacco Control. 2003;12(suppl 4):iv16-iv25.
57. Azevedo A, Machado A, Barros H. Tobacco smoking among Portuguese high-school students. BULLETIN-WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1999;77:509-14.
58. Manley MJ, de Jonge P, Kershaw TS, Desai RA, Lin H, Kasl SV. Association of major depression with subtypes of nicotine dependence found among adult daily smokers: a latent class analysis. Drug and alcohol dependence. 2009;104(1):126-32.
59. DORUK S, KÖSEOĞLU Hİ, ERKORKMAZ Ü. Nikotin bağımlılığı ve çevresel tütün dumanı maruziyeti.
60. Bayram N, Bilgel N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2008;43(8):667-72.
61. Artantaş AB, Carelli F, Karaoğlu N, Bulut S. Aile hekimlerinde durumluk ve sürekli anksiyete düzeyi: Bir vaka kontrol çalışması. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2009;13(3):119-26.
62. Adams J. Straining to describe and tackle stress in medical students. Medical education. 2004;38(5):463-4.
63. Moffat KJ, McConnachie A, Ross S, Morrison JM. First year medical student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum. Medical education. 2004;38(5):482-91.
64. Kidwai R. Demographic factors, social problems and material amenities as predictors of psychological distress: a cross-sectional study in Karachi, Pakistan. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2014;49(1):27-39.
65. Karaoğlu N, Şeker M. Klinik Öncesi Yıllardaki Tıp Öğrencilerinin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ve Etkili Olabilecek Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2011;10(3):303-12.
66. Chandavarkar U, Azzam A, Mathews CA. Anxiety symptoms and perceived performance in medical students. Depression and anxiety. 2007;24(2):103-11.
67. Karaoğlu N, Seker M. Anxiety and depression in medical students related to desire for and expectations from a medical career. The West Indian medical journal. 2010;59(2):196-202.
68. Sreeramareddy CT, Shankar PR, Binu V, Mukhopadhyay C, Ray B, Menezes RG. Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. BMC Medical education. 2007;7(1):26.
69. Eller T, Aluoja A, Vasar V, Veldi M. Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems. Depression and anxiety. 2006;23(4):250.
70. Rab F, Mamdou R, Nasir S. Rates of depression and anxiety among female medical students in Pakistan. 2008.

71. Baldassin S, Alves TC, de Andrade AG, Martins LAN. The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. BMC medical education. 2008;8(1):60.
72. Karaoğlu N, Karaoğlu MA. M¼zik Sanatıyla Uğraşmak Anksiyete ve Depresyon Belirtilerini Azaltır mı? Konservatuar ve Diğer Fak¼lte Öğrencilerinin Karşılaştırılması. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8(6).

8.EKLER

EK-1 ANKET FORMU

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SİGARA BAĞIMLILIK DÜZEYLERİ VE ANKSİYETE DEPRESYON DURUMLARI DEĞERLENDİRİLMESİ

Değerli öğrenci,

Bu tarama formu, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara bağımlılık düzeylerini ve depresyon anksiyete düzeylerini tespit etmek amacıyla yapılmaktadır. Listelerde yer alan maddelerde doğru- yanlış cevaplar söz konusu değildir. Sizden her maddeyi dikkatli bir şekilde okuyarak, kendinize uygun bulduğunuz seçeneği işaretlemeniz beklenmektedir. Cevaplarınız tez çalışması için kullanılacak ve bilgiler saklı tutulacaktır. İçtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Dr. Muhammed ATMACA

Bu anketin amacı ile ilgili olarak bilgilendirildiğimi, anketi uygulayan kişinin sorularıma cevap verdiğini, araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ve gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi veya kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi, araştırma sonuçları hakkında araştırmacıdan telefon ve/veya e-posta ile bilgi alabileceğimi biliyorum.

S1-Yaş:..... Boy :..... Kilo.....

S2-Cinsiyet: 1()Erkek 2()Kadın

S3-Medeni durum: 1()Evli 2()Bekar 3()Dul

S4-Kaçıncı sınıftasınız? 1()Hazırlık 2()1.sınıf 3()2.sınıf 4()3.sınıf
5()4.sınıf 6()5.sınıf 7()6.sınıf

S5-Kimle yaşıyorsunuz? 1()Aile 2()Arkadaş 3()Tek

S6-Ailenizin ortalama aylık geliri: 1()1000 TL Ve Altı 2()1000-3000 TL
3()3000-5000 TL 4()5000-7000 TL
5()7000-10000 TL 6()10000 TL Ve
Üstü

S7-Sizin ortalama aylık harcamanız: 1()1000 TL Ve Altı 2()1000-3000 TL
3()3000-5000 TL 4()5000-7000 TL
5()7000-10000 TL 6()10000 TL Ve
Üstü

S8-Ek iş yapıyor musunuz? 0()Hayır 1()Evet

S9-Herhangi bir bağımlılığınız var mı? 0() Yok 1()Sigara 2()Alkol 3()Madde

S10- Ailenizde yada yakın çevrenizde sigara kullanan var mı?

- a) anne
- b) baba
- c) kardeş
- d) oda arkadaşı
- e) diğer.....

S11- Sigara kullanıyor musunuz?

- a) evet
- b) hayır

bu soruya cevabınız hayır ise lütfen 15. soruya geçiniz.

S12- Kac yıldır sigara kullanıyorsunuz?

- a) 0-1 yıl
- b) 1-5 yıl
- c) 5-10 yıl
- d) 10-11 yıl
- e).....

S13- İlk sigara kullanmaya kac yaşında başladınız?

- a) 0-10
- b) 10-15
- c) 15-20
- d) 20-25
- e) 25 ve üzeri

S14- Hangi marka sigara kullanıyorsunuz?

.....

S15 - Sigara kullanmaya başlama nedeniniz nedir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) merak
- b) çevrenin psikolojik baskısı
- c) kendini ispatlama
- d) özentî
- e) yasağa tepki
- f) stres üzüntü
- g) diger....

S16- sigara kullanmaktaki nedeninizi nasıl açıklarsınız ?

- a) Sigara kullanırken mutlu oluyorum.
- b) Sigara kullanırken özgüvenim artıyor.
- c) Sosyal ortamlarda bulunmama yardımcı oluyor.
- d) Sigara kullanırken beyin fonksiyonlarımın arttığını düşünüyorum
- e) Sigara kullanırken problemlerimden uzaklaştığımı hissediyorum
- f) Sigara kullanırken sakinleştiğimi hissediyorum
- g) Aslında sigara kullanmak istemiyorum ama bırakamıyorum.
- h) Diğer (lütfen belirtiniz).....

S17 - En çok ne zaman sigara içme isteğiniz olur?

- a) arkadaş ortamında
- b) alkol ile birlikte
- c) çay ve kahve ile birlikte
- d) yemekten sonra
- e) stresli dönemlerimde
- f) aile ortamında
- g) diğer (lütfen belirtiniz).....

S18- Günde kac adet sigara içersiniz ?

- a) 0-10 adet
- b) 10-20 adet
- c) 20-30 adet
- d) 30 adet ve daha fazlası.

S19- ilk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar süre sonra içersiniz?

- a) İlk 5 dakikada içerisinde
- b) 5-30 dakika içerisinde
- c) 31-60 dakika içerisinde
- d) bir saatten sonra

S20- Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek zor geliyor mu? bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz? (örneğin okul hastane sinema otobüs toplantı vb)

- a) evet
- b) hayır

S21- Hangi sigaradan vazgeçmekte zorlanırsınız ?

- a) sabah ilk içtiğim sigara
- b) diğer herhangi biri.

S22- günün ilk saatlerinden sonraki saatlere göre daha sık sigara içiyor musunuz?

- a) evet
- b) hayır

S23- Yataktan çıkamayacak düzeyde hasta olduğunuzda dahi sigara içer misiniz?

- a) hayır
- b) evet

S24- Kendimi gergin " patlayacak gibi " hissediyorum

- a) çoğu zaman
- b) birçok zaman
- c) zaman zaman bazen
- d) hiçbir zaman

S25- Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum

- a) Aynı eskisi kadar
- b) pek eskisi kadar değil
- c) yalnızca biraz eskisi kadar
- d) neredeyse hiç eskisi kadar değil

S26- Sanki kötü bir şey olacakmış gibi korkuya kapılıyorum

- a) kesinlikle öyle ve oldukça şiddetli
- b) evet, ama çok da şiddetli değil
- c) biraz, ama beni endişelendiriyor
- d) hayır, hiç öyle değil

S27- Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum

- a) her zaman olduğu kadar
- b) şimdi pek o kadar değil
- c) şimdi kesinlikle o kadar değil
- d) artık hiç değil

S28- Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor

- a) çoğu zaman
- b) birçok zaman
- c) zaman zaman, ama çok sık değil
- d) yalnızca bazen

S29- kendimi neşeli hissediyorum

- a) hiçbir zaman
- b) sık değil
- c) bazen
- d) çoğu zaman

S30- rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum

- a) kesinlikle
- b) genellikle
- c) sık değil
- d) hiçbir zaman

s31- kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum

- a) hemen hemen her zaman
- b) çok sık
- c) bazen
- d) hiçbir zaman

S32- sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum

- a) hiçbir zaman
- b) bazen
- c) oldukça sık
- d) çok sık

S33- dış görünüşüme ilgimi kaybettim

- a) kesinlikle
- b) gerektiği kadar özen göstermiyorum
- c) pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- d) her zamanki kadar özen gösteriyorum

S34- kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum

- a) gerçekten de çok fazla
- b) oldukça fazla
- c) çok fazla değil
- d) hiç değil

S35- olacakları zevkle bekliyorum

- a) her zaman olduğu kadar
- b) her zamankinden biraz daha az
- c) her zamankinden kesinlikle daha az
- d) hemen hemen hiç

s36- aniden panik duygusuna kapılıyorum

- a) gerçekten de çok sık
- b) oldukça sık
- c) çok sık değil
- d) hiçbir zaman

s37- iyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- a) sıklıkla
- b) bazen
- c) pek sık değil
- d) çok seyrek

EK-2 ETİK KURUL ONAYI



T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

SAYI : 26379996 / 246

18.11/2015

KONU : 18.11.2015 Tarih ve 246 Sayılı Kurul Kararı

Sayın: Doç. Dr. Yusuf ÜSTÜ
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

Sorumlu Araştırmacılığın yapmış olduğumuz "Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Bağımlılığı ve Anksiyete Depresyon İlişkisi" isimli Dr. Muhammed ATMACA' nın tez çalışması Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 18/11/2015 tarih ve 246 sayılı kararı ile başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesi etik ve bilimsel açıdan uygun bulunmuştur

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Halil KARA
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Başkanı

9.ÖZGEÇMİŞ

Muhammed ATMACA 1983 Yılı Mayıs ayında KONYADA Doğmuştur. İlk ve orta okul eğitimini Konyada tamamladıktan sonra 1998 yılında lise eğitimini Aksaray Fen Lisesinde almıştır. 2001 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesine giriş yapmış ve 2008 yılında mezun olmuştur. Zorunlu hizmetini Çankırı ili Şabanözü ilçe hastanesinde tamamlamış ve 2010 yılında aynı hastanede Başhekimlik görevini üstlenmiştir. 2012 Yılında Ankara ilinde özel Kuru Hastanesi Acil Servisinde çalışmıştır. 2013 yılı ocak ayından itibaren Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında Asistan olarak görev yapmaktadır.