

**T.C**  
**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİTLİS EREN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK**  
**YÜKSEKOKULU VE SAĞLIK HİZMETLERİ**  
**MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN**  
**SİGARA KULLANMA DURUMLARININ**  
**BAĞIMLI KİŞİLİK ÖLÇEĞİYLE İLİŞKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Fatma SÖYLEMEZ**  
**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN**  
**Prof.Dr. Metin Fikret GENÇ**

**MALATYA-2012**

**T.C**  
**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİTLİS EREN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK**  
**YÜKSEKOKULU VE SAĞLIK HİZMETLERİ**  
**MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN**  
**SİGARA KULLANMA DURUMLARININ**  
**BAĞIMLI KİŞİLİK ÖLÇEĞİYLE İLİŞKİSİ**

**Fatma SÖYLEMEZ**

**Danışman Öğretim Üyesi: Prof.Dr. Metin Fikret GENÇ**

**MALATYA-2012**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalı Halk Sağlığı Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN

Danışman

Prof.Dr. Metin Fikret GENÇ

Üye

Prof.Dr. Gülsen GÜNEŞ

Üye

Doç.Dr. Süleyman HACIEVLİYAGİL

Üye

Doç.Dr. Ali ÖZER

ONAY :

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu...../...../2012 tarih ve 2012/.....sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Sedat YILDIZ

Enstitü Müdürü

**TEŞEKKÜR**

Tez çalışmam sırasında gösterdiği ilgi ve katkılarından dolayı danışman hocam sayın Prof.Dr. Metin Fikret GENÇ'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle bana katkı sağlayan Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı sayın Prof.Dr.Erkan PEHLİVAN'a, bölümdeki hocalarım sayın Prof.Dr.Gülsen GÜNEŞ'e ve sayın Doç.Dr. Ali ÖZER'e,

Destekleriyle daima yanımda olan ailem, eşim Atilla SÖYLEMEZ ve oğluma,

Tez çalışmama katkı sağlayan Bitlis Eren Üniversitesi öğrencilerine,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Fatma SÖYLEMEZ

## ÖZET

Dünyanın en önemli sağlık sorunu olan sigarayla mücadelede gençlerin özellikle de sağlık çalışanlarının rolü önemlidir. Çalışmamızın amacı sağlık eğitimi alan gençlerin sigara kullanma durumlarını ve bağımlı kişilik özelliğiyle ilişkisini araştırmaktır.

Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'na 2011-2012 öğretim yılında okula kayıtlı ve devam eden öğrencilerin tümü örnekleme seçilmiştir. Anketler Aralık 2011-Ocak 2012'de öğrencilerle gözlem altında uygulanmıştır.

Ankete katılan 413 kişinin yaş ortalaması 20,8 olup, %49,9'u erkek, %50,1'i kadındır. Grupta sigara içme oranı %29,8 olmakla birlikte erkeklerde bu oran %45,6, kadınlarda %14'tür.

İçenler ve bırakmış olanlar bir grup olarak alınıp hiç içmemişlerle kıyaslandığında; halen sigara içen veya bırakmış olan öğrencilerin bağımlı kişilik puanları hiç içmemiş olanlardan yüksektir ( $p<0.05$ ).

Sonuç olarak sağlık eğitimi alan üniversite öğrencilerinde sigara içme sıklığının genel popülasyonla benzer olduğu ve sigara içme durumunun bağımlı kişilik özelliğiyle ilişkisi olduğu görülmüştür.

**Anahtar kelimeler:** Bitlis Eren Üniversitesi, sigara kullanma, bağımlı kişilik, üniversite öğrencileri.

## ABSTRACT

### RELATION OF SMOKING STATUS OF STUDENTS ATTENDING AT BITLIS EREN UNIVERSITY SCHOOL OF HEALTH AND VOCATIONAL SCHOOL OF HEALTH SERVICES WITH DEPENDENT PERSONALITY SCALE

Role of the youth and especially healthcare staff on struggling with smoking, the most important health problem of the world, is important. The purpose of this study is to investigate relation of the youth receiving health education with smoking status and dependent personality feature.

All of the students enrolled to and attending at Bitlis Eren University School of Health and Vocational School of Health Services in 2011-2012 academic year were chosen for sample group. Questionnaires were carried out by making under observation interviews with students between December 2011-January 2012.

The mean age of 413 people who participated in the questionnaire was 20,8; 49,9% of them were male, and 50,1% were female. Rate of smoking in the group was 29,8% and this rate was 45,6% for male, and 14% for female.

When those who were smoking and had quitted smoking were accepted as a group and compared with those who never started smoking, students who were still smoking or quitted smoking had higher dependent personality scores than those who never smoked ( $p<0.05$ ).

Consequently, it was seen that smoking frequency of university students having health education was similar to general population and smoking status was associated with dependent personality feature.

**Key words:** Bitlis Eren University, smoking, dependent personality, university students.

**İÇİNDEKİLER**

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Nüfus Yapısı ve Gençler	3
2.2. Dünya’da Nikotin Bağımlılığı Oranları	3
2.3. Türkiye’de Nikotin Bağımlılığı Oranları	4
2.4. Dünya’da Tütün Kontrolü	5
2.5. Türkiye’de Tütün Kontrolü	7
2.6. Nikotin Bağımlılığı	8
2.7. Madde Bağımlılığı İçin Teşhis Kriterleri	9
2.8. Bağımlı Kişiliğin Tanımı	11
2.9. Bağımlı Kişilik Tanı Kriterleri	11
2.10. Nikotin Bağımlılığı Tedavisi	12
2.10.1. İlaç Tedavisi	13
2.10.2. İlaç Dışı Tedavi	13
2.11. Başarı Oranları	15
3.GEREÇ ve YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Tipi	17
3.2. Evren ve Örneklem	17
3.3. Verilerin Toplanması	17
3.4. Anket Formu	17
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	18
3.6. Araştırmanın İnsan Gücü, Süresi, Kısıtlılık ve Sınırlılıklar	18
4.BULGULAR	19
5.TARTIŞMA	28
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	46
7.KAYNAKLAR	47

Ek:1. Anket Formu	56
Ek:2. Etik Kurul Kararı	59
ÖZGEÇMİŞ	60



**SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
ICD	:International Classification of Diseases (Uluslararası Hastalık Kodları)
DSM	:The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
FNBT	:Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
TNSA	:Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
FCTC	:Framework Convention on Tobacco Control (Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi)
TKÇS	:Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
NRT	:Nikotin Replasman Tedavisi
CDC	:Centers for Disease Control and Prevention (ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)

**ŞEKİLLER DİZİNİ**

<b>Şekil no</b>		<b>Sayfa</b>
Şekil 2.1.	Dünya'da Sigara İçim Araştırması Tamamlanan 14 Ülke	4

## TABLOLAR DİZİNİ

<b>Tablo no</b>		<b>Sayfa</b>
Tablo 4.1.	Sosyodemografik Özellikler	19
Tablo 4.2.	Sigara İçme ve Bırakma Durumlarına İlişkin Bulgular	20
Tablo 4.3.	Sigaraya İlk Başlama Nedeni	21
Tablo 4.4.	Sigaraya İlk Başlama Nedeni (Gruplandırılmış)	22
Tablo 4.5.	Cinsiyete Göre Sigara İçme Durumunun Karşılaştırılması	22
Tablo 4.6.	Okuduğu Bölüme Göre Sigara İçme Durumunun Karşılaştırılması	23
Tablo 4.7.	Bağımlı Kişiliği Olup Olmamasına Göre Sigara İçme Durumunun Karşılaştırılması	23
Tablo 4.8.	Bağımlı Kişiliği Olup Olmamasına Göre Sigara İçme Durumunun Karşılaştırılması (İçen ve Bırakmış Bir Grupta)	24
Tablo 4.9.	Bağımlı Kişiliği Olup Olmamasına Göre Alkol Kullanma Durumunun Karşılaştırılması	24
Tablo 4.10.	Cinsiyete Göre Fagerström Puanlarının Karşılaştırılması	25
Tablo 4.11.	Sigara İçme Durumlarına Göre Yaşların Karşılaştırılması	25
Tablo 4.12.	Alkol Kullanıp Kullanmamasına Göre Sigara İçme Durumlarının Karşılaştırılması	26
Tablo 4.13.	Cinsiyete Göre Bağımlı Kişilik Durumunun Karşılaştırılması	26
Tablo 4.14.	Sigaraya Başlama Dönemine Göre Bağımlı Kişiliği Olma Durumunun Karşılaştırılması	27
Tablo 4.15.	Bağımlı Kişilik Puanları ile Fagerström Puanları Arasında İlişki	27

## 1. GİRİŞ

Tütün kullanımı, çok yaygın bağımlılık çeşidi olması ve dumanında bulunan maddelerin insan sağlığı üzerine yaptığı olumsuz etkiler nedeniyle dünyanın ve ülkemizin en önemli ve önlenemez halk sağlığı sorunlarından biridir (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2011 Küresel Tütün Raporu'nda tütün kullanıcılarının yarısına yakınının tütüne bağlı bir hastalıktan öleceğini bildirmiştir (2).

Tütün kullanımı her yıl 6 milyon kişinin ölümüne ve dünya çapında yüz milyarlarca dolar zarara neden olmaktadır. Mevcut eğilim devam ederse 2030 yılına kadar her yıl dünya çapında %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde olmak üzere 8 milyondan fazla insanın ölümüne neden olacaktır. Acil önlem alınmadığı takdirde tütün kullanımı 21. yüzyıl boyunca bir milyar insanı öldürebilir (2).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2010 Türkiye Raporu'na göre; ülkemizde 16 milyon yetişkin tütün kullanmakta ve her yıl 100 bin dolayında kişi tütün kullanımının yol açtığı hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu sayı trafik kazalarına bağlı ölümlerden 15-20 kat daha fazladır. Bu sayının 2030 yılında 240 bine ulaşacağı tahmin edilmektedir (1,3).

Türkiye, Avrupa ülkeleri arasında sigara tüketiminde üçüncü sırada, dünya ülkeleri arasında yedinci sıradadır. 2006 yılında gerçekleştirilen Aile Yapısı Araştırması'na göre Türkiye genelinde 18 ve daha yukarı yaştaki bireylerin %33,4'ü sigara kullanmaktadır. Erkeklerde sigara kullanım sıklığı %50,6 iken, kadınlar arasında bu değer %16,6'dır. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından gerçekleştirilen Küresel Gençlik Tütün Araştırması'na göre 13-15 yaş grubundaki her 3 çocuktan 1 tanesi 10 yaşından önce sigarayı denemişlerdir (1).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2010 Türkiye Raporu'na göre; ülkemizde on beş yaş ve üzerindeki yetişkinlerin %31,2'si (yaklaşık 16 milyon kişi) halen sigara içmektedir. Sigara içme sıklığı erkeklerde (%47,9) kadınlara (%15,2) göre daha fazladır. Yaklaşık 12 milyon erkek ve 4 milyon kadın sigara içmektedir. Erkeklerin yaklaşık yarısı (%43,8) ve kadınların da %11,6'sı her gün sigara içmektedir (3).

Tütünde bulunan nikotin, içerdiği bileşikler nedeniyle yüksek derecede bağımlılık oluşturan, farmakolojik olarak aktif, toksik, mutajenik ve kanserojen bir maddedir. Tütün kullanımı, kronik hastalıklar, kanser, akciğer hastalıkları ve kalp-damar hastalıkları da dahil olmak üzere pek çok hastalık için en önemli risk faktörlerinden biridir (4,5).

Günümüzde sigara kullanımının ruhsal hastalıklarla ilişkili olduğu bilinmektedir. Şizofreni, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik sorunlara sahip bireylerde sigara bağımlılığının daha fazla oranda olduğu vurgulanmaktadır (6).

ICD-10 (International Classification of Diseases)'da psikoaktif madde kullanımına bağlı ruhsal ve davranışsal bozukluklar başlığı altında tütün kullanımından doğan bozukluklar da yer almaktadır (7).

DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition)'de nikotin bağımlılığı; psikoaktif madde kullanımına bağlı ruhsal bozukluklarda nikotin bırakma ve psikoaktif madde kullanım bozuldukları başlığı altında sınıflandırılmıştır (8).

Bu çalışma; Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda öğrenim gören öğrencilerin sigara içme sıklığını belirlemek, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)'ne göre nikotine bağımlılık düzeylerini anlamak ve bunların bağımlı kişilik özelliğiyle ilişkisini saptamak amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Nüfus Yapısı ve Gençler

Gelişmiş ülkelerde okullaşma oranı ve yükseköğretim mezunu oranı ve eğitime harcanan pay Türkiye'den çok yüksektir. Örneğin Amerika 2011 yılı nüfusunun yüksekokul veya fakülte mezunu oranı %19,5'tir (9,10).

Ülkemiz 2011 yılı nüfusunun %13,5'i yüksekokul veya fakülte mezunudur (11). Bu oran gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında düşük bir oran olup, son yıllarda Bitlis gibi yurdun değişik yörelerinde üniversiteler açılarak bu fark kapatılmaya çalışılmaktadır.

Yüksekokul öğrencileri, DSÖ'nün 15-24 yaşındakileri "genç" olarak tanımladığı gruba girmektedir (12).

2011 TÜİK verilerine göre ülkemizde 15-24 yaş grubu gençler nüfusun yaklaşık %6'sını oluşturmaktadır (13).

Türkiye'de ortalama yaş 29,7'dir. Ortalama yaş erkeklerde 29,1 iken, kadınlarda 30,3'tür. Daha önce işaret edildiği üzere, Avrupa Birliği ülkelerine kıyasla, oldukça genç bir nüfusumuz bulunmaktadır; dahası, mevcut eğilimlere göre, 2025 yılında Türkiye'deki genç nüfus oranının, ABD ve Avrupa ülkelerinden daha yüksek olması beklenmektedir (14). Bu durum nikotin bağımlılığı ile ilgili çalışmaların gençler ve ülkemiz açısından önemini ortaya koymaktadır.

### 2.2. Dünya'da Nikotin Bağımlılığı Oranları

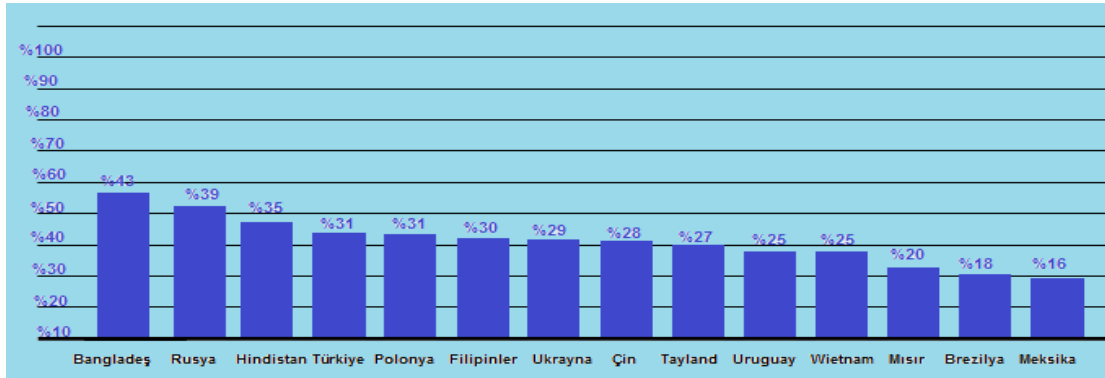
Dünya Sağlık Örgütü 2011 MPOWER raporu; her yıl tütün kullanmayan yaklaşık 600.000 kişi de dahil olmak üzere 6 milyon kişinin tütün kullanımından öldüğünü; dünyada tütün kullanan 1 milyar kişinin yarısına yakınının tütüne bağlı bir hastalıktan öleceğini bildirmektedir (2).

Aynı raporda mevcut eğilimler devam ederse, 2030 yılında 8 milyondan fazla kişinin tütün kullanımı nedeniyle öleceği, acil önlemler alınmadığı takdirde 21. yüzyıl boyunca, tütün kullanımının 1 milyar ya da daha fazla insanı öldürebileceği öngörülmektedir (2).

DSÖ'ne göre dünyanın 15 yaş üzeri nüfusunun %22'si tütün kullanmaktadır (15).

DSÖ dünyadaki tütün kullanıcılarının yarısından fazlasının Bangladeş, Brezilya, Çin, Mısır, Hindistan, Endonezya, Meksika, Pakistan, Filipinler, Polonya, Rusya, Tayland, Türkiye, Ukrayna, Uruguay ve Wietnam'da yaşadığını bildirmektedir (16).

**Şekil 2.1:** Dünya'da Sigara İçimi Araştırması Tamamlanan 14 Ülke (2).



DSÖ 2010 yılında yayınladığı Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Global Durum Raporu'nda tütün kullanımını bir hastalık olarak kabul etmektedir. Aynı raporda tütün kullanımının akciğer kanserinin yaklaşık % 71'ine, kronik solunum yolu hastalıklarının % 42'sine ve kalp hastalıklarının %10'una neden olduğu tahmin edilmektedir (17).

Dünya Bankası'nın 2009 yılı verilerine göre dünyada tütün kullanan kadınlar dünya nüfusunun %8'ini, erkekler ise %37'sini oluşturmaktadır (18,19).

### 2.3. Türkiye'de Nikotin Bağımlılığı Oranları

Türkiye'de sigara alışkanlığının ülke düzeyinde ilk araştırması 1988 yılında yapılan PİAR araştırmasıdır. Bu araştırmaya göre; ülkemizde 15 yaş ve üstü nüfusta sigara içme düzeyi %43,6, erkeklerde %62,8, kadınlarda %24,3 olarak bildirilmektedir (20).

2006 yılında gerçekleştirilen Aile Yapısı Araştırmasına göre Türkiye genelinde 18 ve üstü genel popülasyonda sigara kullanım oranı %33,4 olarak bildirilmiştir. Erkeklerde bu oran %50,6 iken kadınlarda %16,6'dır (21).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 sonuçlarına göre tüm 15-49 yaş arasındaki evlenmiş kadınların %28'i ara sıra ya da düzenli olarak sigara içtiklerini belirtmişlerdir (22).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 sonuçlarına göre 15-49 yaş arası tüm evlenmiş kadınlar arasında yüzde 22'si düzenli olarak veya nadiren sigara içtiklerini ifade etmişlerdir (23).

DSÖ, 2008 MPOWER Raporu'nda; Türkiye'de 13-15 yaş kadınların %4,4'ünün erkeklerin %11,1'inin tütün kullandığını, bu yaş grubunda tütün kullanımının ortalama %8,4 olduğunu bildirmektedir (24).

Aynı raporda 18 yaş üzeri yetişkin kadınların %17,3'ünün, erkeklerin %52'sinin, her iki cins ele alındığında ülkemiz nüfusunun %34,6'sının tütün kullandığını bildirilmektedir (24).

Dünya Bankası 2009 verilerine göre Türkiye'de erkeklerin %47'si kadınların %15'i tütün kullanmaktadır (18,19).

#### **2.4. Dünya'da Tütün Kontrolü**

Tütün kontrolü; bir toplumun tütün kullanımını ve tütün dumanına maruziyetini ortadan kaldırarak veya azaltarak sağlığını iyileştirmeyi amaçlayan bir takım arz, talep ve zarar azaltma stratejileri bütünüdür (25).

Sigara kullanımı ile kanser arasındaki ilişkinin kesin olarak ortaya konması, kohort türü çalışmalar sonucunda olmuştur. Dr. Richard Doll tarafından 1950'lerde İngiltere'de yapılan bir çalışmada tütün kullanımı ile kanser arasındaki ilişki öncelikle akciğer kanseri ile ilişki şeklinde ortaya konmuştur (26).

Tütün kullanımının zararlı olduğu görüşü resmi olarak ilk kez ABD' de Surgeon General (ABD Kamu Sağlığı Hizmetleri Birimi Başkanlığı) tarafından 1964 yılında yayınlanan raporda yer almıştır (27).

Surgeon General ilk raporunun yayınlandığı 1964 yılında sigaranın akciğer kanseri ile olan ilişkisine işaret edildikten sonra dünyada bu konuya ilgi artmıştır (28).

İlk "Dünya Tütün ve Sağlık Konferansı" 1967 yılında New York'ta yapılmıştır. DSÖ'nün 1970 yılındaki genel kurul toplantısı sırasında tütün kullanımının zararlarının önlenmesi gereğine işaret eden bildiri (resolution) yayınlanmıştır. DSÖ 1980 yılındaki Dünya Sağlık Günü'nde "Sigara ya da Sağlık; Sağlığı Seçin (Smoking or Health; Choose Health)" şeklindeki slogan ile sigara mücadelesinin önemine tekrar işaret etmiştir. Daha sonra 1988 yılından başlayarak 31 Mayıs günü "Dünya Sigarasız Günü-Sigara İçmeme Günü (World No-Tobacco Day)" olarak belirlenmiştir. DSÖ tarafından her yıl 31 Mayıs günü için bir slogan belirlenmeye başlanmış ve bütün ülkelerde yıl boyunca bu slogan ile ilgili olarak çalışmalar yapılması önerilmiştir (27).



2012 Dünya sigarasız günü sloganı “Tütün Endüstrisinin Müdahalesini Durdur”dur (29).

DSÖ’nün tütün kontrolü konusundaki en önemli etkinliği ise 2003 yılında kabul edilen “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (FCTC; Framework Convention on Tobacco Control)” olmuştur. Tütün kontrolünün uluslar arası düzeyde ele alınması bakımından önem taşıyan bu düzenlemede tütün ekimi, sigara ve diğer tütün mamullerinin üretimi, tütün mamullerinin fiyatlandırılması, nikotin ve katran içerikleri, tütün kullanımının zararları, kaçakçılığın önlenmesi, çocuklara satışın engellenmesi, sigara dumanından pasif etkilenmenin önüne geçilmesi, reklam ve sponsorluk gibi çeşitli konularda düzenlemeler yer almaktadır (27).

Sözleşmede yer alan başlıca konular şu şekildedir:

- Tütün firmalarının her türlü reklam, tanıtım ve sponsorluk yapmalarının yasaklanması,
- Sigara paketleri üzerinde, paketin en az %30’unu kaplayacak şekilde uyarı yazısı ve resim yer alması,
- Sigara dumanından pasif etkilenmenin önlenmesi,
- Sigaradan alınan vergilerin yükseltilmesi ve bu şekilde sigara fiyatının arttırılması (27).

Kırk ülkenin parlamentosu tarafından onaylanıp kabul edilmesinden (ratification) sonra uluslararası hüküm kazanması kabul edilen sözleşme, bugüne kadar 57 ülkenin parlamentosunda görüşülerek onaylanmıştır. Böylece 27 Şubat 2004 tarihinden geçerli olmak üzere FCTC uluslararası bir yasa niteliği kazanmıştır (27).

Ardından DSÖ 2008 yılında MPOWER adı verilen Küresel Tütün Salgını Raporu’nu yayınlamıştır (24).

Tütün kontrolü çalışmaları, DSÖ eşgüdümünde ve DSÖ’nün temel tütün kontrol stratejilerini içeren MPOWER paketi aracılığıyla, dünya ölçekli olarak kuvvetlenerek sürmektedir. TKÇS’ne dayalı MPOWER paketi altı stratejiyi içermektedir, MPOWER sözcüğünün her harfi, bu altı stratejiden birinin İngilizce adının ilk sözcüğünün ilk harfini hatırlatmaktadır (30).

Bu stratejiler şunlardır:

1-Tütün kullanımının ve koruyucu politikaların izlenmesi (**M**onitor tobacco use and prevention policies),

2-Toplumu tütün dumanından koruma (**P**rotect people from tobacco smoke),

3-Sigara ve tütün ürünü kullananlara bırakma desteği hizmetinin sunumu (**O**ffer help to quit tobacco use),

4-Toplumu tütün kullanımının ve dumanının zararlı etkileri konusunda uyarma (**W**arn about the dangers of tobacco),

5-Tütünle ilgili reklam, promosyon ve sponsorluğun yasak ve yaptırımlarla önlenmesi (**E**nforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship),

6-Tütün ürünleri vergilerinin yükseltilmesi (**R**aise taxes on tobacco) (24).

## **2.5. Türkiye’de Tütün Kontrolü**

Ülkemizdeki ilk ciddi yasal girişim sayılabilecek 4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun, 7 Kasım 1996 tarihinde kabul edilmiş ve 26 Kasım 1996 tarihli ve 22829 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (31).

Ardından 3 Ocak 2008 tarihinde 5727 sayılı kanunla yasak daha fazla genişletilmiştir. Bu kanunla 4207 sayılı kanunda izin verilen yerlerde sigara içimi tamamen yasaklanmış ve lokanta, kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde, açık havada yapılan her türlü spor, kültürel, sanat ve eğlence faaliyetlerinin yapıldığı yerler ile bunların seyir yerlerinde sigara içimi yasaklanmıştır (32).

Türkiye Çerçeve Sözleşme’yi 2004 yılı Nisan ayında imzalamış, sözleşme aynı yıl Kasım ayında da TBMM tarafından onaylanmıştır. Böylece Türkiye Çerçeve Sözleşme’yi onaylayan 43. ülke olmuş ve taraf ülke hüviyeti kazanmış, “Taraflar Toplantısı”na katılarak görevler üstlenmiştir. Yenilenen şekli ile 4207 sayılı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun” MPOWER paketinde yer alan stratejileri büyük ölçüde karşılar duruma gelmiştir (33).

2008 yılında, 4207 sayılı Kanunda değişiklik yapan 5727 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” kabul edilmiş ve yürürlüğe girmiştir. Pasif içicileri korumaya yönelik, dumansız bir Türkiye oluşturmak adına tüm kapalı alanlarda (restoran, bar ve kafeler dahil) sigara tüketiminin

yasaklanması amaçlanmış ve “Dumansız Hava Sahası” kampanyası başlatılmıştır. 19 Temmuz 2009 tarihinde uygulamaya konulmuş, Türkiye’de tüm kapalı alanların dumansız hale gelmesi sağlanmıştır (34).

## **2.6. Nikotin Bağımlılığı**

Bağımlılık, kişinin madde alımı üzerindeki kontrolünü kaybetmesini ifade eder. DSÖ madde bağımlılığını “kullanılan bir psikoaktif maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelere belirgin olarak daha yüksek bir öncelik tanıma davranışı” olarak tanımlamaktadır. Sigara içme veya dumanının solunması zamanla kişide psikik 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 (35).

Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-IV-TR’de, bağımlılık yapan ya da kötüye kullanılan maddeleri aşağıdaki gibi 11 grupta sınıflamıştır:

1. Alkol (alcohol)
2. Amfetamin (amphetamines) veya benzer etkili simpatomimetikler
3. Kafein (caffeine)
4. Kannabis (cannabis)
5. Kokain (cocaine)
6. Hallüsinojenler (hallucinogens)
7. İnhalanlar (inhalants)
- 8. Nikotin (nicotine)**
9. Opiyatlar (opioids)
10. Fensiklidin (Phencyclidine, PCP ) veya benzer etkili arilsikloheksilaminler
11. Sedatifler, hipnotikler ve anksiyolitikler (Sedatives, hypnotics, or anxiolytics)
12. Çoğul madde (Polysubstance)
13. Diğer veya bilinmeyen madde (Other or unknown substance) (36).

## 2.7. Madde Bağımlılığı İçin Teşhis Kriterleri

DSM-IV'e göre madde bağımlılığı kriterleri şunlardır:

Aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini belli edecek şekilde, 12 aylık bir periyot içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan, klinik olarak anlamlı bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan maladaptif madde kullanım patterni:

A. Aşağıdakilerden biri ile belirlenen tolerans'ın varlığı:

a. Entoksikasyonun veya arzu edilen etkinin sağlanabilmesi için aşikar bir şekilde, daha fazla madde miktarlarına ihtiyaç duyulması

b. Maddenin aynı miktarları kullanılmaya devam edildiği halde, elde edilen etkinin aşikâr bir şekilde daha az olması

B. Aşağıdakilerden biri ile belirlenen yoksunluk'un varlığı:

a. Söz konusu madde için karakteristik olan yoksunluk sendromu (Spesifik maddelerin yoksunluk kriterlerinin A ve B kriterlerine bakınız)

b. Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için aynı (veya çok yakın ilişkili) maddenin alınması

1. Madde genellikle niyetlenildiğinden daha yüksek miktarlarda ve daha uzun periyotlarla kullanılır.

2. Madde kullanımını bırakmak ya da kontrol altına almak için sürekli bir arzu ya da başarısız çabalar vardır.

3. Maddeyi elde etmek için (mesela, çok sayıda doktora baş vurmak, uzun mesafelere arabayla gitmek), maddeyi kullanmak için (mesela, zincirleme sigara içmek) veya etkilerinden kurtulmak, ayrılmak için gerekli olan aktivitelerde çok fazla zaman harcanması.

4. Çok önemli sosyal, mesleki veya eğlence ile ilgili aktivitelerin, madde kullanımı yüzünden terk edilmesi veya azaltılması.

5. Maddenin sebep olmuş veya alevlendirmiş olabileceği mümkün olabilen, sürekli olarak mevcut olan veya tekrarlayan bir şekilde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir rahatsızlığın varlığının bilinmesine rağmen madde kullanımına devam edilmesi (mesela, kokainin sebep olduğu bir depresyonun var olduğu bilinmesine rağmen kokain kullanımına devam edilmesi veya alkol alınması ile kötüleşen bir ülserin varlığının bilinmesine rağmen içmeye devam edilmesi)

Eğer varsa belirtiniz:

Fizyolojik bağımlılık ile birlikte: Tolerans veya yoksunluğun delili vardır (Yani yukarıdaki teşhis kriterlerinin 1. veya 2. maddesi vardır ).

Fizyolojik bağımlılık olmaksızın: Tolerans veya yoksunluğun delili yoktur (Yani 1. veya 2. maddelerden herhangi biri yoktur).

Seyir belirleyicileri:

Erken tam remisyon

Erken kısmi remisyon

Kalıcı tam remisyon

Kalıcı kısmi remisyon

Agonist tedavide

Denetimli çevrede(36).

Kişilik bozuklukları, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabına göre (DSM-IV) 3 kümede gruplandırılmıştır. A kümesi; paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluğu, B kümesi; antisosyal, borderline, histrionik ve narsistik, C kümesi ise çekingen, bağımlı, obsesif kompulsif ve başka yerde sınıflandırılmamış kişilik bozukluğu olarak gruplandırılmıştır (37).

## 2.8. Bağımlı Kişiliğin Tanımı

Bağımlı kişilik bozukluğunda genetik etkenlerin önemli olduğunu düşündüren bulguların var olduğu ve oral dönemle ilgili sorunların ileride bu kişilik bozukluğuna zemin hazırladığı bildirilmektedir (38).

Genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik şartlar altında ortaya çıkan, uysal bir yapıda olma, insanların kendisiyle ilgilenme ihtiyacını çok fazla hissetme, ayrılma korkusuyla insanların üstüne fazlaca düşme ile karakterize sürekli bir davranış örüntüsünün varlığı söz konusudur (39).

Bu kişilik bozukluğunun temel nitelikleri bağımlılık ve boyun eğici tutumdur. Günlük konularda kararsızlık ve güven arama gereksinimi vardır (38).

## 2.9. Bağımlı Kişilik Tanı Kriterleri

DSM-IV tanı ölçütlerine göre aşağıdakilerden beşinin (ya da daha fazlasının) olması ile genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, uysal ve yapışkan davranışa ve ayılma korkusuna yol açacak biçimde kendisine bakılma gereksinmesinin aşırı olması:

1. Başkalarında bol miktarda öğüt ve destek almazsa gündelik kararlarını vermekte güçlük çeker,
2. Yaşamının çoğu önemli alanında sorumluluk almak için başkalarına gereksinir,
3. Desteğini yitireceği ya da kabul görmeyeceği korkusuyla başkalarıyla aynı görüşü paylaşmadığını söylemekte zorluk çeker,
4. Tasarıları başlatma ya da kendi başına iş yapma zorluğu vardır (böyle bir isteğinin ya da yapacak gücünün olmamasından çok doğru yapıp yapmadığına ya da yeteneklerine ilişkin kendine güveninin yokluğundan ötürü),
5. Başkalarının bakım ve desteğini sağlamak için hoş olmayan şeyleri yapmayı isteyecek kadar aşırıya gider,
6. Kendisine bakamayacağına ilişkin aşırı korku nedeniyle tek başına kaldığında kendisini rahatsız ya da çaresiz hisseder,

7. Yakın bir ilişki sonlandığında bir bakım ve destek kaynağı olarak derhal başka bir ilişki arayışı içine girer,

8. Kendi kendine bakma durumunda bırakılacağı korkuları üzerine gerçekçi olmayan bir biçimde kafa yorar (37).

Bağımlı kişiliği ölçmek amacıyla; DSMIII-R İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu Kişilik Bozuklukları Envanteri (SCID II), Mizac ve Karakter Envanteri (TCI), Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI-Dy) gibi testler kullanılmaktadır (40,41).

Temel ve arkadaşlarının bir eğitim hastanesinin sağlık personelinde sigara alışkanlığının bağımlı kişilik özelliğiyle ilişkisini Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI-Dy) kullanarak inceledikleri çalışmada; Fagerstrom puan durumu ile, bağımlı kişilik özelliklerinin korelasyonu sonucunda Fagerstrom testinden yüksek puan alanların ortalama bağımlı kişilik puanının da yüksek olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı çıktığı belirtilmektedir (41).

Sigarayı bırakma aktivitesi “sigara bağımlılığı” hastalığından kurtulma anlamına gelmektedir. Sigaranın bırakılması, bağımlılığın neden olabileceği gerginlik, anksiyete, bağımlılık, başarısızlık ve hastalanma korkusu gibi olumsuz duyguların ortadan kalkmasını sağlayarak bireyin ruh sağlığını olumlu yönde etkileyebilmektedir. Sigarayı bırakmayı başarabilen bireyin kendine güven duygusu artmakta ve birey bir maddeye bağımlı olma düşüncesinden kurtularak stresli durumlarla başa çıkmada daha etkin yollar kullanmayı öğrenmektedir (6).

Sigara kullanmaya başlamada ve sigara bağımlılığının oluşmasında psikolojik nedenlerin önemli bir rolü vardır. Sigara, genellikle ergenlik döneminde kullanılmaya başlanmaktadır. Bu dönemde sigaraya başlamayı etkileyen nedenler arasında merak, özentî, akran baskısı, sosyal kabul görme, bağımlı kişilik özelliği, stresle baş etmede yetersizlik, özgüven azlığı, hayır diyememe, çeşitli kişilik bozuklukları ve ruhsal sorunların etkili olduğu bildirilmektedir (6).

## **2.10. Nikotin Bağımlılığı Tedavisi**

Sigara yapısında bulundurduğu nikotin maddesi nedeniyle fiziksel bağımlılık yapmaktadır. Nikotin; eroin, kokain gibi bağımlılık yapıcı bir madde olduğu için sigara bağımlılığı aynı zamanda nikotin bağımlılığı olarak da adlandırılmaktadır. Bu nedenle de

sigara bağımlılığı ve nikotin bağımlılığı aynı anlamda kullanılabilir. Sigara dumanı ile vücuda alınan nikotin sinir sistemini etkileyerek uyanık kalma, rahatlama, dikkati toplama, keyif almaya yol açmaktadır. Bu etkiler, sigara kullanımını pekiştirerek, bireylerin sigara kullanmayı sürdürmesine ve sigara bağımlısı olmasına neden olmaktadır (6).

### **2.10.1. İlaç Tedavisi**

Bugüne kadar geliştirilen tedavi yöntemlerinde hedef, nikotin yoksunluğunu ve yoksunluk belirtilerini önlemektir. Günümüzde tüm kılavuzlarda yer alan üç grup farmakolojik tedavi yöntemi vardır;

#### 1- Nikotin replasman tedavisi (NRT)

- a) Nikotin sakızı
- b) Nikotin bandı
- c) Nikotin nazal sprey
- d) Nikotin inhaler
- e) Nikotin sublingual tablet

#### 2- Birinci basamak ilaçlar

- a) Bupropion hydrochloride,
- b) Vareniclin

#### 3- İkinci basamak ilaçlar (rutin kullanımda değildirler)

- a) Nortriptilin,
- b) Klonidin
- c) Rimonaban (42, 43, 44).

### **2.10.2 İlaç Dışı Tedavi**

#### **Sigara Bıraktırmaya Yönelik Davranışsal Yöntemler**

##### **2.10.2.1. Motivasyon ve Hasta Eğitimi**

Motive olmuş kişi sigara bırakmayı deneyebilir ve bu konuda destek arayabilir. Motivasyonda hekim tavsiyesi, çevre, yasalar, sigara fiyatı, kültürel ve sosyal model, medya etkili olmaktadır (45).



Sigaranın sosyal ve psikolojik bir alışkanlık olduğu, motivasyonun ve iradenin güçlendirilmesi amacı güdülerek eğitim programları hazırlanmaktadır. Sigaranın sağlığa zararları hakkında bilgisi olmayan kişilere verilecek olan eğitimin sigarayı bırakmada motivasyon sağlayabileceği bildirilmiştir. Motivasyon ve eğitim medya kampanyaları ile yapılabilmektedir ancak bu kampanyaların etkinliği zamanla azaldığı için süreklilik sağlanmalıdır (46).

#### **2.10.2.2. Ters Güdülenme ve Tiksindirme**

Ters güdülenme ile sigaranın içimine karşı olumsuz bir yanıt oluşumunun sağlanması sağlanmaya çalışılmaktadır. Elektrik şok, mide bulandırıcı ilaçlar, sigara dumanına aşırı maruz kalım, çok hızlı sigara içme ters güdülenme yöntemlerindedir. Zamanla ters güdülenme tekniklerinin sağlık açısından sakıncaları olabilmektedir. Örneğin hızlı sigara içme tekniğinde mide bulantısı sağlanana kadar 6 saniyede bir sigarayı içe çekmek gerekmekte bu da bazı kardiyovasküler problemlere yol açmaktadır (46).

#### **2.10.2.3. Sigara Bırakma Hattı**

Ülkemizde tütünle mücadele çalışmaları kapsamında saha denetimleri yapılmakta, Alo 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı hizmetleri verilmektedir. ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı hizmetleriyle, 27 Ekim 2010 tarihinden itibaren 7/24 hizmet veren hat kurulduğu günden bugüne toplam 3.380.693 çağrı almıştır (34).

#### **2.10.2.4. Hekim Desteği**

Beş basamakta (5A) uygulanması önerilmektedir.

- 1- Sor (Ask),
- 2- Bırakmasını öner (Advice),
- 3- İlk bir ay içindeki sigarayı bırakma isteğini değerlendir (Assess),
- 4- Tedaviyi planla ve yardım et (Assist),
- 5- Nüksü önlemek için izle (Arrange) (47).

#### **2.10.2.5. Hipnoz**

Özellikle diğer sigara bıraktırma yöntemlerinin başarılı olamadığı ancak yoğun kişisel ilgi ve dikkate ihtiyacı olan olgularda tercih edilen bir yöntemdir. Hipnozun etkileri genellikle

kısa sürelidir. Hipnoz yöntemi hayaller, öneriler, kendini başkasının yerine koyma, kendi kendine gevşeme, nefret etme yöntemleri gibi davranış ilkelerini içerir (46).

#### **2.10.2.6. Akupunktur**

Akupunkturun etkinliği tartışılmakla birlikte oldukça popüler bir yöntem olduğu bildirilmektedir. Akupunkturun kişide nikotin yoksunluk semptomlarını azalttığına dair bir fizyolojik kanıt yoktur ve akupunkturun plasebo etki yaptığı düşünülmektedir (46).

#### **2.10.2.7. Bireysel veya Grup Terapileri**

Sigaranın bırakılmasını sağlamak amacıyla birçok sağlık örgütü, temsilcilikler ve ticari bazı kuruluşlar tarafından organize edilen bu terapiler konferansları, grup etkinliklerini, egzersizleri, sigaranın azaltılarak bırakılmasına yönelik programları, aşırı sigara içme isteğiyle başatme yöntemlerini, sigaraya tekrar başlamayı engellemeye yönelik önerileri ve stress yönetimi gibi konuları kapsamaktadır (46).

#### **2.11. Başarı Oranları**

Günümüzde sigaranın bırakılmasında önerilen iki tedavi yaklaşımı bulunmaktadır: Biri farmakolojik tedavi, diğeri ise davranış tedavisi ile motivasyondan oluşan destek tedavisidir. Yapılan çalışmalar her ikisinin de tek başına etkili olduğunu; ancak birlikte kullanıldıklarında başarı oranının arttığını göstermektedir. Silagy ve arkadaşları, transdermal nikotin bantı ve yoğun destek tedavisi kombinasyonuyla 1 yıllık başarıyı %36 olarak bildirmişlerdir. NRT ve destek tedavisinin birlikte uygulandığı iki ayrı çalışmada 3 aylık bırakma başarısı %50 ve %47.9'dur (48).

Nazal sprey; NRT seçenekleri içinde nikotinin en hızlı serbest kaldığı formdur. Nazal sprey ile yapılan üç çalışmada başarı oranı %27'dir. Nikotin inhalerin başarı oranı %15-28'dir. Nikotin sublingual tablet sigaranın bırakılması için etkili ve güvenilir bir seçenektir. Tedavi uyumu oldukça yüksektir (44).

Nikotin sakızı, transdermal nikotin bandı, nazal sprey ve inhalerin başarı oranları birbirine benzerdir. Değişik formların ortalama etkinlikleri arasında anlamlı farklılık olmayıp, birini diğeri göre üstün olarak öneren kontrollü bir çalışma da yoktur. Bant ve nazal sprey formu gibi farklı NRT formlarının kombine edilmesi tek başına tedaviden daha etkili ve aynı zamanda da güvenilir bulunmuştur (44).

İlaç dışı tedavi yöntemleri olarak kullanılan akupunktur yöntemi ile sigaranın bir yıl bırakma oranının %8-40 arasında olduğu bildirilmektedir (46).

Hipnoz yöntemiyle sigara bırakılabilme oranı %0-88 arasında değişmektedir. Özellikle diğer yöntemlerle kombine edildiğinde sigarayı bırakma oranı artmaktadır (46).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

#### **3.2. Evren ve Örneklem**

Araştırmanın evrenini Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'na 2011-2012 öğretim yılında kayıtlı Hemşirelik 1,2,3,4. sınıf, Çocuk Gelişimi 1,2, Tıbbi Laboratuvar 1,2 ve Patoloji Laboratuvar Teknikleri 1,2. sınıf öğrencileri oluşturmaktadır.

Örneklem tipi tam sayım örneklemedir.

2011-2012 öğretim yılında okula kayıtlı ve devam eden 413 öğrenciye ulaşılmıştır.

#### **3.3. Verilerin Toplanması**

Araştırma yapılmadan önce Bitlis Eren Üniversitesi Rektörlüğü'nden, Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü'nden izin alınmış, anket yapılacak öğrencilere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiştir. Anketin ön denemesi 14-25 Kasım 2011 tarihinde yapıldıktan sonra Aralık 2011- Ocak 2012 tarihleri arasında anket gözlem altında uygulanmıştır.

#### **3.4. Anket Formu**

Formda öğrencilerin sosyo-demografik özelliklere yönelik sorularla birlikte Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testini oluşturan 6 soru, SCID II Anket formunda bağımlı kişilik bozukluğunu saptamak amacıyla 8 soru, olmak üzere 29 soru bulunmaktadır.

SCID II Kişilik Envanteri Spitzer ve Williams tarafından 1985'te geliştirilmiştir. DSM-III-R sınıflandırma sisteminde yer alan kişilik bozuklukları tanı ölçütlerine göre hazırlanmış 120 sorudan oluşan bir formdur. Formun doldurulmasından sonra, cevabı "evet" olarak yanıtlanan 5 ve üstü madde değerlendirilmeye alınmaktadır. Türkçe'ye çevirisi 1990 yılında Sorias ve arkadaşları tarafından, geçerlik güvenirlik çalışması ise Coşkunol ve arkadaşları tarafından 1994 yılında yapılmıştır (49,50).

### **3.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesi, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 17.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede yüzde dağılımları ve ki-kare önemlilik testi, veriler normal dağılıma uymadığından iki grup karşılaştırmasında Mann Whitney U testi ve üç grup karşılaştırmasında Kruskal Wallis Varyans Analizi testleri kullanılmıştır. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi puan toplamı ile SCID II Anket formunda bağımlı kişilik bozukluğunu gösteren soru puan toplamalarının korelasyonu Spearman sıra korelasyon analizi ile incelenmiştir. İstatistiksel açıdan  $p < 0.05$  değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

### **3.6 Araştırmanın İnsan Gücü, Süresi, Kısıtlılık ve Sınırlılıklar:**

Araştırmanın Etik Kurul izninin alınmasından başlayıp tezin bitimine kadar Eylül 2011- Eylül 2012 arasında bir yıl süre geçmiş olup, anketler bizzat araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Bu çalışmanın sonuçları kendi evrenine genellenme sınırlılığına sahiptir.

#### 4.BULGULAR

Araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur:

**Tablo 4.1:** Sosyodemografik özellikler

	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	207	50,1
Erkek	206	49,9
<b>Bölüm</b>		
Hemşirelik	228	55,2
Çocuk Gelişimi	70	16,9
Tıbbi Laboratuvar Teknikleri	54	13,1
Patoloji Laboratuvar Teknikleri	45	10,9
İlk ve Acil Yardım	16	3,9
<b>Sınıf</b>		
1	176	42,6
2	140	33,9
3	47	11,4
4	50	12,1

Araştırmaya katılanların 206’sı (%49,9) erkek, 207’si (%50,1) kadındır. Öğrencilerin minimum yaşı 17, maximum ise 37’dir (Ortalama:20,8±2,7).

Araştırmaya katılan öğrencilerin 228’i (%55,2) hemşirelik, 70’i (%16,9) çocuk gelişimi, 54’ü (%13,1) tıbbi laboratuvar teknikleri, 45’i (%10,9) patoloji laboratuvar teknikleri, 16’sı (%3,9) ilk ve acil yardım bölümü öğrencisidir.

Öğrencilerin 176’sı (%42,6) 1. sınıfta, 140’ı (%33,9) 2. sınıfta, 47’si (%11,4) 3. sınıfta 50’si (%12,1) 4. sınıfta öğrenim görmektedir.

Araştırmaya katılanların sigara içme ve bırakma durumlarına ilişkin bulgular Tablo 4.2’de sunulmuştur:

**Tablo 4.2:** Sigara içme ve bırakma durumlarına ilişkin bulgular

<b>Halen sigara içme durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hiç içmemiş olanlar	274	66,3
İçenler	123	29,8
Bırakmış olanlar	16	3,9
Toplam	413	100,0
<b>Başlama dönemi</b>		
İlkokul	11	8,9
Ortaokul	19	15,4
Lise	61	49,6
Üniversite	32	26,0
Toplam	123	100,0
<b>İçenlerin sağlıkları için endişelenme durumu (Kendi ifadelerine göre)</b>		
Çok fazla	34	27,6
Oldukça	24	19,5
Biraz	41	33,3
Hiç	24	19,5
Toplam	123	100,0
<b>Halen bırakmış olanların bırakma süresi</b>		
6 aydan az	10	62,5
6 ay-1 yıl	1	6,3
1 yıldan fazla	5	31,3
Toplam	16	100,0
<b>Halen bırakmış olanların bırakma nedeni</b>		
Hastalık endişesi	10	62,5
Aile, arkadaş, çevre etkisi	3	18,8
Bağımlı olma endişesi	1	6,3
Sigaranın kokusu	1	6,3
Ekonomik sebepler	1	6,3
Toplam	16	100,0
<b>Bırakma şekli</b>		
Kendi kendine- ilaçsız (Başka şık işaretleyen olmamıştır)	16	100,0

Araştırmaya katılan öğrencilerin 274'ü (% 66,3) hiç sigara içmemiş, 123'ü (%29,8) halen sigara içmekte ve 16'sı (%3,9) sigarayı bırakmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin 11'i (%8,9) sigaraya ilköğretim döneminde, 19'u (15,4) ortaokul döneminde, 61'i (%49,6) lise döneminde, 32'si (%26) üniversite döneminde başlamıştır.

Sigara içenlerin sağlıkları için endişelenme durumuna bakıldığında 34'ü (%27,6) çok fazla, 24'ü (%19,5) oldukça, 41'i (%33,3) biraz endişelendiğini belirtmektedir. 24'ü (%19,5) hiç endişelenmediğini belirtmektedir.

Sigarayı halen bırakmış olanların 10'u (%62,5) 6 aydan az süredir, 1'i (%6,3) 6 ay ile 1 yıl arasında, 5'i (%31,3) 1 yıldan fazla süredir sigarayı bıraktığını belirtmektedir.

Sigarayı halen bırakmış olanların 10'u (%62,5) hastalık endişesinden, 3'ü (%18,8) aile, arkadaş, çevre etkisinden, 1'i (%6,3) bağımlı olma endişesinden, 1'i (%6,3) sigaranın kokusundan, 1'i (%6,3) ekonomik sebeplerden dolayı sigarayı bıraktığını belirtmektedir.

Sigarayı halen bırakmış olan öğrencilerin tamamı 16(%100) sigarayı kendi kendine bıraktığını belirtmektedir.

Araştırmaya katılanların sigaraya ilk başlama nedeni Tablo 4.3'de sunulmuştur:

**Tablo 4.3:** Sigaraya ilk başlama nedeni

Sigaraya ilk başlama nedeni	n	%
Aile, arkadaş, çevre etkisi	47	33,8
Stres	27	19,4
Sorunlar	25	18,0
Keyif, zevk alma	21	15,1
Özenti	12	8,6
Merak	5	3,6
Kendini ispatlama	1	0,7
Faydasını görme	1	0,7
Toplam	139	100,0

Sigara içen ve halen sigarayı bırakmış olan öğrencilerin 47'si (%33,8) aile, arkadaş, çevre etkisiyle, 27'si (%19,4) stres, 25'i (%18) sorunlar, 21'i (%15,1) keyif, zevk alma, 12'si (%8,6) özenti, 5'i (%3,6) merak, 1'i (%0,7) kendini ispatlama, 1'i (%0,7) faydasını görme nedeniyle sigaraya başladığını belirtmektedir.

Araştırmaya katılanların 42'si (%10,2) alkol kullanmaktadır.



Tablodaki cevaplar üç grupta yeniden ele alınmış, sonuçlar Tablo 4.4’de sunulmuştur:

**Tablo 4.4:** Sigaraya ilk başlama nedeni (Gruplandırılmış)

Sigaraya ilk başlama nedeni	n	%
Aile, arkadaş, çevre etkisi, özentisi, merak, kendini ispatlama	65	46,8
Stres, sorunlar, faydasını görme	53	38,1
Keyif, zevk alma	21	15,1
Toplam	139	100,0

Sigara içen ve halen sigarayı bırakmış olan öğrencilerin 65’i (%46,8) aile, arkadaş, çevre etkisi, özentisi, merak, kendisi ispatlama nedeniyle, 53’ü (%38,1) stres, sorunlar, faydasını görme nedeniyle; 21’i (%15,1) keyif, zevk alma nedeniyle sigaraya başladığını belirtmektedir.

Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine göre sigara içme durumunun karşılaştırılması Tablo 4.5’de sunulmuştur:

**Tablo 4.5:** Cinsiyete göre sigara içme durumunun karşılaştırılması

	İçenler		Bırakmış olanlar		Hiç içmemiş olanlar		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**
Erkek	94	45,6	11	5,3	101	49,0	206	49,9
Kız	29	14,0	5	2,4	173	83,6	207	50,1
Toplam	123	29,8	16	3,9	274	66,3	413	100,0

$X^2=55,517$  sd:2  $p=0,0001$  \* satır % \*\*sütun %

Tabloda görüldüğü üzere araştırmaya katılan erkek öğrencilerin 94’ü (%45,6) sigara içmekte, 11’i (%5,3) halen sigarayı bırakmış, 101’i (%49) ise sigarayı hiç içmemiş olduğunu belirtmektedir.

Araştırmaya katılan kız öğrencilerin 29’u (%14) sigara içmekte, 5’i (%2,4) halen sigarayı bırakmış, 173’ü (%83,6) sigarayı hiç içmemiş olduğunu belirtmektedir.

Öğrencilerin erkek veya kız olup olmamaları ile sigara içme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,0001$ ).

Araştırmaya katılanların okuduğu bölüme göre sigara içme durumunun karşılaştırılması Tablo 4.6'da sunulmuştur:

**Tablo 4.6:** Okuduğu bölüme göre sigara içme durumunun karşılaştırılması

	İçenler		Bırakmış olanlar		Hiç içmemiş olanlar		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**
Lisans	76	33,3	6	2,6	146	64,0	228	55,2
Önlisans	47	25,4	10	5,4	128	69,2	185	44,8
Toplam	123	29,8	16	3,9	274	66,3	413	100,0

$X^2=4,593$  sd:2 p=0,101 \* satır % \*\*sütun %

Öğrencilerin lisans veya önlisans öğrencisi olup olmamaları ile sigara içme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,101).

Araştırmaya katılanların bağımlı kişiliği olup olmamasına göre sigara içme durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.7 ve 4.8'de sunulmuştur:

**Tablo 4.7:** Bağımlı kişiliği olup olmamasına göre sigara içme durumlarının karşılaştırılması

	İçenler		Bırakmış olanlar		Hiç içmemiş olanlar		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**
Bağımlı kişiliği olanlar	18	41,9	3	7,0	22	51,2	43	10,4
Bağımlı kişiliği olmayanlar	105	28,4	13	3,5	252	68,1	370	89,6
Toplam	123	29,8	16	3,9	274	66,3	413	100,0

$X^2=5,211$  sd:2 p=0,074 \* satır % \*\*sütun %

Öğrencilerin bağımlı kişiliği olup olmaması ile sigara içme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,074).

**Tablo 4.8:** Bağımlı kişiliği olup olmamasına göre sigara içme durumlarının karşılaştırılması (içen ve bırakmış bir grupta)

	İçenler ve Bırakmış olanlar		Hiç içmemiş olanlar		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Bağımlı kişiliği olanlar	21	48,8	22	51,2	43	10,4
Bağımlı kişiliği olmayanlar	118	31,9	252	68,1	370	89,6
<b>Toplam</b>	<b>139</b>	<b>33,7</b>	<b>274</b>	<b>66,3</b>	<b>413</b>	<b>100</b>

$X^2=4,954$  sd:1  $p=0,026$  \* satır % \*\*sütun %

İçenler ve bırakmış olanlar birlikte ele alındığında öğrencilerin bağımlı kişiliği olup olmaması ile sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak fark vardır ( $p=0,026$ ).

Araştırmaya katılanların bağımlı kişiliği olup olmamasına göre alkol kullanma durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.9’da sunulmuştur:

**Tablo 4.9:** Bağımlı kişiliği olup olmamasına göre alkol kullanma durumlarının karşılaştırılması

	Alkol kullanan		Alkol kullanmayan		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Bağımlı kişiliği olanlar	4	9,3	39	90,7	43	10,4
Bağımlı kişiliği olmayanlar	38	10,3	332	89,7	370	89,6
<b>Toplam</b>	<b>42</b>	<b>10,2</b>	<b>371</b>	<b>89,8</b>	<b>413</b>	<b>100</b>

$X^2=0,040$  sd:1  $p=0,842$  \* satır % \*\*sütun %

Öğrencilerin bağımlı kişiliği olup olmaması ile alkol kullanma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,842$ ).

Araştırmaya katılanların cinsiyete göre Fagerström puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.10'da sunulmuştur:

**Tablo 4.10:** Cinsiyete göre Fagerström puanlarının karşılaştırılması

Cinsiyet	n	AO	SS	P
Erkek	94	3,4	2,7	0,001
Kadın	29	1,4	1,9	

Mann-Whitney U:755,000 <sup>+</sup>Fagerström testi Max 10 puandır.

AO:Aritmetik Ortalama SS:Standart Sapma

Araştırmaya katılan erkeklerin Fagerström puanı kadınların Fagerström puanından anlamlı olarak yüksektir (p=0,001).

Araştırmaya katılanların sigara içme durumlarına göre yaşlarının karşılaştırılması Tablo 4.11'de sunulmuştur:

**Tablo 4.11:** Sigara içme durumlarına göre yaşların karşılaştırılması

Sigara içme durumu	n	AO±SS
İçen	123	21,5±2,8
Bırakmış	16	21,2±2,4
Hiç içmemiş*	274	20,5±2,5

Kruskal Wallis X<sup>2</sup>: 17,096 p:0,001

AO:Aritmetik Ortalama SS:Standart Sapma

\*2 li karşılaştırmalarda MannWhitney U testi ile farkı yaratan grup

Sigarayı hiç içmemiş olanların yaşı içen ve bırakmış olanlardan daha düşüktür (p=0,001).

Araştırmaya katılanların alkol kullanıp kullanmamasına göre sigara içme durumunun karşılaştırılması Tablo 4.12’de sunulmuştur:

**Tablo 4.12:** Alkol kullanıp kullanmamasına göre sigara içme durumunun karşılaştırılması

	İçenler		Bırakmış olanlar		Hiç içmemiş olanlar		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**
Kullanan	33	78,6	2	4,8	7	16,7	42	10,2
Kullanmayan	90	24,3	14	3,8	267	72,0	371	89,8
Toplam	123	29,8	16	3,9	274	66,3	413	100,0

$X^2=54,856$  sd:2 p=0,001 \* satır % \*\*sütun %

Tabloda görüldüğü üzere araştırmaya katılan alkol kullanan öğrencilerin 33’ü (%78,6) sigara içmekte, 2’si (%4,8) halen sigarayı bırakmış, 7’si (%16,7) hiç sigara içmemiş olduğunu ifade etmektedir.

Alkol kullanmayan öğrencilerin 90’ı (%24,3) sigara içmekte, 14’ü (%3,8) halen sigarayı bırakmış, 267’si (%72) hiç sigara içmemiş olduğunu ifade etmektedir.

Öğrencilerin alkol kullanıp kullanmaması ile sigara içme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001).

Araştırmaya katılanların cinsiyete göre bağımlı kişilik durumunun karşılaştırılması Tablo 4.13’de sunulmuştur:

**Tablo 4.13:** Cinsiyete göre bağımlı kişilik durumunun karşılaştırılması

	Bağımlı kişiliği olan		Bağımlı kişiliği olmayan		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Erkek	26	12,6	180	87,4	206	49,9
Kız	17	8,2	190	91,8	207	50,1
Toplam	43	10,4	370	89,6	413	100,0

$X^2=2,152$  sd:1 p=0,142 \* satır % \*\*sütun %

Öğrencilerin erkek veya kız olup olmaması ile bağımlı kişilik durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,142).

Araştırmaya katılanların sigaraya başlama dönemine göre bağımlı kişiliği olma durumunun karşılaştırılması Tablo 4.14’de sunulmuştur:

**Tablo 4.14:** Sigaraya başlama dönemine göre bağımlı kişiliği olma durumunun karşılaştırılması

	Bağımlı kişiliği olan		Bağımlı kişiliği olmayan		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Üniversiteye başlamadan önce sigara içenler	11	12,1	80	87,9	91	74,0
Üniversiteye başladıktan sonra sigara içenler	7	21,9	25	78,1	32	26,0
<b>Toplam</b>	<b>18</b>	<b>14,6</b>	<b>105</b>	<b>85,4</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>

$X^2=1,815$  sd:1 p=0,178 \* satır % \*\*sütun %

Öğrencilerin üniversiteye başlamadan veya üniversiteye başladıktan sonra sigara içmeye başlamasıyla bağımlı kişilik durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,178).

Araştırmaya katılanların sigaraya başlama dönemine göre bağımlı kişiliği olma durumunun karşılaştırılması Tablo 4.15’de sunulmuştur:

**Tablo 4.15:** Bağımlı kişilik puanları ile fagerström puanları arasında ilişki

		<b>Korelasyon</b>	Bağımlı kişilik puanı	Fagerström
Bağımlı kişilik puanı	Spearman korelasyon katsayısı (r)		1,000	-0,028
	p			0,756
	n		413	123
Fagerström	Spearman korelasyon katsayısı (r)		-0,028	1,000
	p		0,756	
	n		123	123

Araştırmaya katılanların bağımlı kişilik puanları ile fagerström puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p=0,756).

## 5. TARTIŞMA

Araştırmamıza katılanların 206'sı (%49,9) erkek, 207'si (%50,1) kadındır. Öğrencilerin minimum yaşı 17, maximum ise 37'dir (Ortalama:20,8±2,7).

Araştırmamıza katılan öğrencilerin 274'ü (% 66,3) hiç sigara içmemiş, 123'ü (%29,8) halen sigara içmekte ve 16'sı (%3,9) sigarayı bırakmıştır.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2010 Türkiye Raporu'na göre; ülkemizde on beş yaş ve üzerindeki yetişkinlerin %31,2'si halen sigara içmektedir (3).

Gür ve arkadaşları tarafından Türkiye'deki 15–29 yaş aralığındaki 10.174 gencin katılımıyla gerçekleştirilmiş olan ve 2012 yılında yayınlanan “Türkiye'nin Gençlik Profili” adlı çalışmasına göre; katılımcıların üçte birinden fazlası (%35,7) sigara içtiğini belirtmiştir (14).

Azak'ın 2006 yılında Pamukkale Üniversitesi'nde sağlık memurluğu öğrencileriyle yaptığı çalışmada sigara içme sıklığı %33'tür (51).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu (2010)'na göre ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC), DSÖ, Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği işbirliğiyle ülkemizde 2008 yılında 4761 sağlık çalışanı üzerinde bir çalışma yapılmıştır. Buna göre pratisyen hekimlerde sigara içme sıklığı %30,5, uzman hekimlerde %22,1, ebe ve hemşirelerde %29,5 , sağlık teknikerlerinde %33,8'dir (3).

Tot ve arkadaşlarının 2002 yılında Mersin'de üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada sigara içme sıklığı %35'dir (52).

Örsal'ın 2009 yılında Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Tütün ve Tütün Mamülleri Kullanma Alışkanlıkları çalışmasında sağlık memurluğu öğrencilerinin tütün ve tütün mamülleri kullanma oranı %39,8, hemşirelik öğrencilerinin %27,7, ebeklik öğrencilerinin ise %36,0 olarak tüm öğrencilerde %32,6 bulunmuştur (53).

Telli ve arkadaşlarının 2004 yılında Ege üniversitesinde üniversiteye başlayan öğrencilerde yaptıkları çalışmada sigara içme sıklığı %28'dir (54).

Kaya ve Çilli'nin 2002 yılında Selçuk Üniversitesi'nde üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada sigara içme sıklığı %27,5'tir (55).

Tanrikulu ve arkadaşlarının 2009 yılında Kars'ta üniversite öğrencileri arasında yaptığı çalışmada sigara içme sıklığı %32,3, sadece deneyenler %19,1, bırakmış olanlar %6,1, hiç içmemiş olanlar %42,5'dir (56).

Kanicka ve arkadaşlarının 2007 yılında Polonya'da Bialystok Üniversitesi'ndeki Halk Sağlığı öğrencilerinin sigara içme prevalansını belirlemek için yaptıkları çalışmada sigara içme sıklığı %30,8'dir (57).

Çalışmamızın sonuçları ülkemizdeki genel sigara içme sıklığıyla benzer özellikler göstermekte olup, bu durum öğrencilerin sağlık eğitimi alıyor olmasının sigara içmeye engel olmadığını da ortaya koymaktadır. Aşağıda daha düşük ve daha yüksek sıklık sonuçlarını gösteren çalışmalar özetlenmiştir:

Çapık ve Özbıçakçı'nın 2007 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda öğrencilerin sigara bağımlılık düzeyleri'ni inceleyen öğrencilerin yaş ortalamasının 22,9 olduğu bir çalışmada öğrencilerin %17,5'i sigara kullanmaktadır (58).

Pınar ve arkadaşlarının 2011 yılında Sivas'ta ebelik öğrencilerinin sigara kullanma durumlarını inceleyen bir çalışmada öğrencilerin %13'ü halen sigara içmektedir. Sigarayı bırakmış olanlar %0,7 iken, sigara içmemiş olanların oranı %86,3 olarak bulunmuştur (59).

Akar ve arkadaşlarının 2007 yılında Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda yaptığı çalışmada sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sigara içme oranı %21,4'tür (60).

Pirinçci ve Erdem 2003 yılında Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmasında yaş ortalaması 21,8 olan öğrencilerin sigara içme sıklığı %41,4 olarak bildirilmiştir (61).

Demirel ve Sezer'in 2005 yılında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi öğrencilerinin sigara kullanma sıklığı çalışmasında öğrencilerin %43,5'inin sigara içtiği, %3,3'nün bırakmış olduğu, %53,2'sinin hiç sigara kullanmadığı bildirilmektedir (62).

Pirinçci ve Demirel'in çalışmaları geçmiş yıllara ait olup içici oranının yüksekliği muhtemelen bu nedendir.



Orak ve arkadaşlarının 2004 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin sigara alışkanlıklarının incelendiği bir çalışmada sigara içme oranı %48,8 olarak bildirilmiştir (63).

Göktalay ve arkadaşlarının 2011 yılında Celal Bayar Üniversitesi'nde sağlık eğitimi alan 3. ve 4. sınıf öğrencileri kapsayan çalışmasında sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sigara içme sıklığı %49,6 olarak bildirilmiştir (64).

Kılıç ve Ek'in Adnan Menderes Üniversitesi'nde sağlık yüksekokulu ve sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada sigara içme sıklığı %37,5'dir (65).

Durusoy ve arkadaşlarının sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda yaptıkları çalışmada sigara içme sıklığı %37,8 olarak bildirilmektedir (66).

Turhan ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerini kapsayan yaş ortalamasının 20,9 olduğu çalışmada yaşam boyu sigara içme veya deneme oranı %73,2'dir (67).

Orak, Göktalay, Kılıç, Durusoy ve Turhan'ın çalışmasındaki oranlar çalışmamızdan oldukça yüksek bir oranı göstermekle birlikte ülkemiz oranlarının da üstündedir.

DSÖ'nün 2005-2008 yılları arasında, 47 ülke ve Gazze Şeridi/Batı Şeria'yı kapsayan 3. sınıf sağlık bilimleri öğrencileri üzerinde yaptığı Global Sağlık Bilimleri Öğrencileri Araştırması (GHPSS)'na göre; hemşirelik öğrencilerinde her iki cinste sigara içme oranı Afrika Bölgesi'nde Cezayir'de %9,0, Kenya'da %9,8, Nijerya'da %37,7, Uganda'da %2,8, Doğu Akdeniz Bölgesi'nde Mısır'da %7,9, Gazze Şeridi/Batı Şeria'da %22,7, İran'da %5,6, Irak'ta %17,5, Lübnan'da %28,2, Suudi Arabistan'da %11,6, Sudan'da %7,7, Suriye'de %16,8, Tunus'ta %9,9, Avrupa Bölgesi'nde Arnavutluk'ta %43,3, Ermenistan'da %20,4, Bosna-Hersek'te %40,3, Hırvatistan'da %36,6, Çek Cumhuriyeti'de %21,7, Kırgızistan'da %36,6, Litvanya'da %27,3, Rusya'da %38,8, Sırbistan'da %34,7, Slovakya'da %30,4, Slovenya'da %20,9, Amerika Bölgesi'nde Arjantin'de %35,5, Bolivya'da %41,1, Brezilya'da %16,9, Şili'de %28,4, Kosta Rika'da %32,8, Küba'da %29,5, Guatemala'da %22,5, Jamaika'da %6,7, Meksika'da %35,3, Panama'da %11,1, Paraguay'da %22,3, Peru'da %32,7, Uruguay'da %32,3, Güney Asya Bölgesi'nde Bangladeş'te %27,2, Hindistan'da %11,6, Endonezya'da %8,6, Myanmar'da %12,4, Nepal'de %23,5, Srilanka'da %4,1, Tayland'da %2,1, Batı Pasifik'te Kamboçya'da %6,4, Güney Kore'de %16,0, Vietnam'da %11,2'dir (66).

Sekijima ve arkadaşlarının 2005 yılında Japonya'da hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada sigara içme sıklığı %6,2'dir (69).

Smith ve Leggat'ın 2007 yılında Avustralya hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmalarında sigara içme sıklığı %15,9'dur (70).

Thompson ve arkadaşlarının Amerika'da 30 üniversitede öğrencilerin sigara içme prevalansını ve sigara içenlerin karakteristiklerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada sigara içme sıklığı %17.2'dir (71).

Rojas ve arkadaşlarının 1998 yılında adölesanlar arasında yapılan çalışmasında sigara içme sıklığı %23,6 bulunmuştur (72).

Swe ve arkadaşlarının 2012 yılında Myanmar'da 1. sınıf tıp öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada sigara içme sıklığı %5,8'dir (73).

Ak ve arkadaşının 2011 yılında Malezya'da bir üniversitede tıp öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada halen sigara içme sıklığı %5,3'tür (74).

Lewis ve arkadaşlarının 2011 yılında İngiltere'de bir hastane çalışanları ve öğrencileri kapsayan çalışmada hemşirelerin %8,7'si, tıp öğrencilerinin %3,8'i sigara içmektedir (75).

Raupach ve arkadaşlarının 2009 yılında İngiltere Londra ve Almanya Göttingen üniversitelerinin tıp okullarında yaptıkları çalışmada Londra'da sigara içme sıklığı %10,2 iken Göttingen'de %23 olarak bildirilmiştir (76).

Ganesh ve arkadaşlarının Hindistan'da güney sahilinde tıp öğrencileri arasında yaptığı çalışmada sigara içme sıklığı %22'dir (77).

Halperin ve arkadaşlarının 2010 yılında Kanada'da beş üniversitede öğrenciler arasında sigara içimi çalışmasında öğrencilerin %23,2'si sigara kullanmaktadır (78).

Cauchi ve arkadaşlarının 2012 yılında Malta'da sağlık öğrencilerini kapsayan çalışmada hemşirelik öğrencilerinde sigara içme sıklığı %40,3'tür (79).

DSÖ dünyada 15 yaş üzeri nüfusunun %22'sinin tütün kullanmakta olduğunu bildirmektedir (15).

Çalışmamız sonucu (%29,8) dünya nüfusunun sigara içme oranının üstünde bir orandır.

Dünya’da yapılmış ulaşılabilen çalışmalar incelendiğinde; çalışmamız oranları Lübnan, Litvanya, Sırbistan, Slovakya, Şili, Kosta Rika, Küba, Peru, Uruguay ve Bangladeş’le benzer olmakla birlikte, Nijerya, Arnavutluk, Bosna Hersek, Hırvatistan, Kırgızistan, Rusya, Arjantin, Bolivya, Meksika ve Malta’dan düşük bir oran, Cezayir, Kenya, Uganda, Mısır, Gazze Şeridi, İran, Irak, Suudi Arabistan, Sudan, Suriye, Tunus, Ermenistan, Çek Cumhuriyeti, Slovenya, Brezilya, Guatemala, Jamaika, Panama, Paraguay, Hindistan, Endonezya, Myanmar, Nepal, Srilanka, Tayland, Kamboçya, Güney Kore, Vietnamlar, Japonya, Kanada, Avustralya, Amerika, Malezya, İngiltere, Almanya’dan ise oldukça yüksektir.

MPOWER 2011 Raporu’nda ülkemizle birlikte en çok sigara içilen ilk 14 ülkede bulunan Mısır, Brezilya, Hindistan, Tayland ve Vietnam’da sağlık öğrencilerinin sigara içme oranlarının ülkemizden daha düşük olduğu görülmektedir.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin 11’i (%8,9) sigaraya ilköğretim döneminde, 19’u (15,4) ortaokul döneminde, 61’i (%49,6) lise döneminde, 32’si (%26) üniversite döneminde başlamıştır.

Akvardar ve arkadaşlarının 2001 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yaptıkları çalışmada yaş ortalaması 20,3 olan öğrencilerin sigara kullanmaya başlama yaşı ortalama 15,1’dir (80).

Tanrikulu ve arkadaşlarının 2009 yılında Kars’ta üniversite öğrencileri arasında yaptığı çalışmada sigara deneme-başlama ortalama yaşı 16,10’dur (56).

Mayda ve arkadaşlarının 2007 yılında Düzce Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada sigaraya başlama ortalama yaşı 16,9’dur (81).

Kutlu ve Çivi’nin 2006 yılında Seydişehir Meslek Yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada sigaraya başlama yaşı ortalama 15,6’dır (82).

Kılıç ve Ek’in 2006 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinde yaptıkları çalışmada sigaraya başlama yaş ortalaması ise 16,2’dir (65).

Hassoy ve arkadaşlarının 2011 yılında Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerinde yaptıkları çalışmada sigaraya başlama yaşı ise ortalama 16,45’dir (83).

Gür ve arkadaşlarının 2012 yılı Türkiye'nin Gençlik Profili çalışmasına göre sigaraya başlama yaş ortalaması 13,49'dur (14).

Çapık ve Özbıçakçı'nın 2007 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu öğrencileri üzerinde yaptıkları araştırmada sigaraya lise döneminde başlayan öğrencilerin oranı %57,1 iken üniversite döneminde başlayanların oranı %33,3'tür (58).

Marakoğlu ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin %54,7'si lise'de, %28,3'ü üniversitede sigaraya başladıklarını ifade etmişlerdir (84).

Demirel ve Sezer'in 2005 yılında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi öğrencilerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin %55,9 lisede, %24,3'ü üniversiteye başladıktan sonra 1. ve 2. sınıfta sigaraya başlamıştır (62).

CDC, yetişkin sigara içicilerinin %80'inden fazlasının 18 yaşından önce sigaraya başladığı bildirmektedir (85).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2010 Türkiye Raporu'na göre sigaraya başlamanın ortalama yaşı erkeklerde 16,6, kadınlarda 17,8'dir (3).

Akvardar, Tanrikulu, Mayda, Kılıç, Hassoy ve Gür'ün çalışmalarındaki sigaraya başlama yaşları lise dönemine tekabül etmektedir. Çalışmamızda öğrencilerin yarısına yakını sigaraya lise döneminde başlamış olup bu bulgu dünya ve ülkemizdeki çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir. Bu oran; sigara kullanımını önlemede yapılacak çalışmaların adolesan çağda, öğrenciler sigaraya başlamadan ve başlayanlar bağımlı olmadan sigarayla mücadelenin başlatılmasının önemini ortaya koymaktadır.

Sigara içenlerin sağlıkları için endişelenme durumuna bakıldığında 34'ü (%27,6) çok fazla, 24'ü (%19,5) oldukça, 41'i (%33,3) biraz endişelendiğini belirtmektedir. 24'ü (%19,5) hiç endişelenmediğini belirtmektedir.

Tüm grupta çok fazla, oldukça ve biraz olmak üzere endişelenme durumu %80,5'tir.

Ceylan ve arkadaşlarının 2005 yılında Harran Üniversitesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada %91,3'ü sigara içmenin sağlıkları üzerine olumsuz etkileri olabileceğinden endişeleniyordu (86).

Erbaycu ve arkadaşlarının 2004 yılında İzmir’de sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada içenlerin %80’i sigaranın sağlığını bozması konusunda endişeleniyordu (87).

Pirinçci ve Erdem 2003 yılında Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmasında %91,9’u sigaranın sağlığa zararlı olduğu fikrine tamamen katıldığını belirtmiştir (61).

Sigara içenlerin sağlığıyla ilgili endişe duyma ve sigaranın sağlığa zararlı olduğuna inanma oranının yüksekliği iyi bir sigara bırakma eğitimi ve profesyonel yardımla öğrencilerin sigarayı bırakma oranında artış olması konusunda ümit verici olabilir.

Sigarayı halen bırakmış olanların 10’u (%62,5) 6 aydan az süredir, 1’i (%6,3) 6 ay ile 1 yıl arasında, 5’i (%31,3) 1 yıldan fazla süredir sigarayı bıraktığını belirtmektedir.

Sigarayı halen bırakmış olanların 10’u (%62,5) hastalık endişesinden, 3’ü (%18,8) aile, arkadaş, çevre etkisinden, 1’i (%6,3) bağımlı olma endişesinden, 1’i (%6,3) sigaranın kokusundan, 1’i (%6,3) ekonomik sebeplerden dolayı sigarayı bıraktığını belirtmektedir.

Pınar ve arkadaşlarının 2011 yılında Sivas’ta ebelik öğrencileriyle yaptıkları çalışmada Öğrencilerin %55,6’ sı sağlığa zararlı olduğu için; %11,1’i strese yol açtığı için; %11,1’i bulantı-baş dönmesi yaşadığı için; %11,1’i tepki gördüğü için; %11,1’i bağımlı olmadığı için bıraktığını belirtmiştir (59).

Göktalay ve arkadaşlarının 2011 yılında Celal Bayar Üniversitesi’nde sağlık eğitimi alan 3. ve 4. sınıf öğrencileri kapsayan çalışmasında sağlık yüksekokulu öğrencilerinin en sık bırakma nedeni ağız kokusu, dişlerde sararma gibi sigaranın hoş olmayan etkisi %91,7 oranındadır. Bunu sırasıyla ekonomik güçlük %30,3, sigara yasağı %21,7, eğitim ve arkadaş önerisi %10 ve doktor önerisi %6,7 izlemektedir (64).

Tan ve arkadaşlarının 2011 yılında Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu ve Sağlık Yüksekokulu’nda öğrencilerle yaptığı çalışmada sigarayı bırakmayı düşünen öğrencilerin belirttikleri ilk üç neden arasında % 23,7’sinin sigaranın mali yük getirme %17,3’ünün önemli sağlık sorunları ile karşılaşma, %7,8’inin hastalara iyi örnek olma olduğu tespit edilmiştir (88).

Kutlu ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları çalışmada sigarayı bırakanların %42,9’u sigaranın zararlı olduğunu düşünerek, % 42,9’u ise sağlık problemleri nedeni ile sigarayı bırakmışlardı (89).

Mayda ve arkadaşlarının 2007 yılında Düzce Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada %93,2 öğrenci sağlığa zararlı olmasını, %59,0 ekonomik nedenleri ve %34,0 çevreye zararlı olmasını sigarayı bırakmak isteme nedenleri arasında saymışlardır (81).

İlhan ve arkadaşlarının 2005 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yaptıkları çalışmada içmeyenlerin sigara içmeme nedenlerine bakıldığında sigara içmeme nedenini belirtenlerin, %95,6'si sağlığa zararlı olduğunu bildiğinden, %80,8'i kokusu ve dumanından hoşlanmadıkları cevaplarını vermişlerdir (90).

Açıkel ve arkadaşlarının 2004 yılında sağlık astsubay meslek yüksekokulunda yaptıkları çalışmada araştırmaya katılanlar sigara bırakma girişimi nedenlerini %71,9 oranında sağlığa olumsuz etkileri, %56,3 oranında ekonomik neden olarak ifade etmişlerdir (91).

Literatürdeki çalışmalarda da çalışmamızla benzer olarak sigarayı bırakmada en önemli nedenler sağlığa zararları, çevre etkisi ve ekonomik nedenlerdir.

Kaya ve arkadaşları çalışmalarında sigarayı bıraktıktan sonra ortaya çıkan depresif belirtilerin sigaraya yeniden başlama riskini artırmakta olduğunu bildirmişlerdir (92). Çalışmamızda bırakmış öğrencilerin tamamı sigarayı kendi kendine bırakmıştır. Bu durum profesyonel yardım almadan sigarayı bırakanlarda sigarayı yeniden başlatacak nedenler ortaya çıktığında kişinin iradesiyle başbaşa kalmasına ve sigaraya başlamasına neden olabilir. Sigarayı bırakan öğrencilerin tekrar başlamalarına neden olacak durumlar ortaya çıktığında bununla başedecek ilaç dışı tedavi yöntemleri veya ilaç tedavisi, nüksün önüne geçebilir.

Sigarayı halen bırakmış olan öğrencilerin tamamı 16 (%100) sigarayı kendi kendine bıraktığını belirtmektedir.

Şahin ve arkadaşlarının 2007 yılında Trakya Tıp Fakültesi öğrencilerinde yaptıkları çalışmada sigarayı bırakmış olan 18 kişi arasında sigara bırakmaları için hekim yardımı alan ya da ilaç kullananın olmadığı, 2 kişinin kendi inisiyatifi ile nikotin replasmanı kullandığı belirtilmiştir. Tıp fakültesi öğrencileri sağlık hizmeti sunumuna en kolay ulaşabilecek gruplardan birini oluşturmaktadır. Bununla birlikte çalışma grubunda sigara bırakmada hekim yardımı ve danışmanlığı alma oranı çok düşük bulunmuştur (93).

Tan ve arkadaşlarının 2011 yılında Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Sağlık Yüksekokulu'nda öğrencilerle yaptığı çalışmada öğrencilerin %64'ünün sigarayı bırakmaya ilişkin profesyonel boyutta destek almadıkları belirlenmiştir (88).

Azak'ın 2006 yılında sağlık memurluğu öğrencileriyle yaptığı çalışmada, öğrencilerin %71,4'ü sigarayı bırakmada en iyi yöntemin kendi kendine birden bırakmak olduğunu ifade etmişlerdir (51).

Demirel ve Sezer'in 2005 yılında Cumhuriyet Üniversitesinde yaptığı çalışmada öğrencilerin %76,7'si kendi iradeleriyle sigarayı bırakmayı düşündüğünü belirtmişlerdir (62).

Literatürde yer alan çalışmalarda da çalışmamızla benzer olarak kendi kendine bırakma en yüksek orandadır. Bu durum sigarayla mücadelede profesyonel yardımın ulaşılabilirliği açısından problemler olduğunu veya profesyonel yardımın öneminin yeterince vurgulanmadığını gösterebilir.

Sigara içen ve halen sigarayı bırakmış olan öğrencilerin 47'si (%33,8) aile, arkadaş, çevre etkisiyle, 27'si (%19,4) stres, 25'i (%18) sorunlar, 21'i (%15,1) keyif, zevk alma, 12'si (%8,6) özentisi, 5'i (%3,6) merak, 1'i (%0,7) kendini ispatlama, 1'i (%0,7) faydasını görme nedeniyle sigaraya başladığını belirtmektedir.

Benzer nedenler aynı gruba alınarak yeniden incelendiğinde sigara içen ve halen sigarayı bırakmış olan öğrencilerin 65'i (%46,8) aile, arkadaş, çevre etkisi, özentisi, merak, kendisi ispatlama nedeniyle, 53'ü (%38,1) stres, sorunlar, faydasını görme nedeniyle 21'i (%15,1) keyif, zevk alma, nedeniyle sigaraya başladığını belirtmektedir.

Çapık ve Özbıçakçı'nın 2007 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu öğrencileri üzerinde yaptıkları araştırmada öğrencilerin %35,8'i sigaraya arkadaş etkileşimi, %24,5'i stres ve %22,6'i özentisi/merak nedeniyle başladıklarını ifade etmişlerdir. Sigara içen öğrencilerin sigara içmeyi sürdürme nedenlerine bakıldığında ise; öğrencilerin %35'i bağımlılık/alışkanlık, %21'i zevk/keyif vermesi, %33,5'i okul/ders stresine iyi gelmesi nedeniyle sigara içmeye devam ettiklerini belirtmişlerdir (58).

Marakoğlu ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin sigaraya başlama nedenleri arasında ilk sırada %37,7 ile sosyal çevre ve arkadaş etkisi, ikinci sırada %32,1 ile stres ve sıkıntı, üçüncü sırada %22,6 ile özentisi ve heves ve son olarak %7,5 sıklıkla keyif alma yer alıyordu (84).

Demirel ve Sezer'in 2005 yılında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi öğrencilerinde yaptıkları çalışmada %63,3'ü arkadaş gurubundan etkilenecek, %8,6'sı aile bireylerine özenerek, %3,9'u öğretmenlerine özenerek, %27,2'si başka nedenlerle (TV'den etkilenme, kendi başına başlama gibi) sigaraya başladıklarını belirtmişlerdir (62).

Kutlu ve Çivi'nin 2006 yılında Seydişehir Meslek Yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada sigaraya başlatan etmenler arasında birinci sırada %43,5 oranında sosyal çevre ve arkadaş grupları, ikinci sırada %37,1 oranında stres ve sıkıntı yer almaktadır (82).

Göktalay ve arkadaşlarının 2011 yılında Celal Bayar Üniversitesi'nde sağlık eğitimi alan 3. ve 4. sınıf öğrencileri kapsayan çalışmasında sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sigaraya en sık başlama nedeni %55,2 oranında meraktır. Bunu %36,8 oranında arkadaş etkisi, %16,1 ortama uyum sağlama, %10,3 özentisi, %5,7 ailede içen olması ile film-reklamlar izlemekteydi (64).

Çelik ve arkadaşlarının 2004 yılında üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmada öğrencilerin sigaraya başlamalarında %55,1 yakın çevre, %17,3 ruhsal sıkıntı, %15,1 ile keyif verici bir unsur olması önemli etkenler arasındadır (94).

Kılıç ve Ek'in 2006 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinde yaptıkları çalışmada sigaraya başlama nedenleri içinde merak %28,4, çevre etkisi %17,6, özentisi %11,9, arkadaşlarından etkilenme %21,6, ailede içen olması %2,3, belirgin bir sorun nedeniyle %18,2 oranındadır (65).

Mayda ve arkadaşlarının 2007 yılında Düzce Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin %54,4'ü arkadaş etkisi ile sigaraya başladıklarını belirtmiştir. Diğer nedenlerin ise; özentisi %28, merak %28,8 ve yalnızlık %20,6 oranında olduğu belirtilmiştir (81).

İlhan ve arkadaşlarının 2005 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yaptıkları çalışmada sigara içenlerin %36,7'si arkadaş etkisi, %19'u özentisi ve %18,1'i merak nedeniyle sigaraya başladıklarını belirtmiştir (90).

Sigaraya başlama nedeni olarak sosyal çevre etkisi (aile, arkadaş, çevre etkisi, özentisi, merak), stres, sorunlar, keyif, zevk alma bizim çalışmamızda olduğu gibi yukarıda belirtilen diğer çalışmalarda da saptanılan en sık görülen başlama nedenleridir. Bahsedilen başlama nedenlerinin gençlerin sosyal ortamlarda kabul görme, gruba ait olma ve arkadaş baskısı ile



ilişkili olduğu söylenebilir. Öğrencilere yapılacak eğitimlerle sigaraya başlamalarında etkili olan bu faktörler önlenebilir.

Araştırmamıza katılanların 42'si (%10,2) alkol kullanmaktadır.

Orak ve arkadaşlarının 2004 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada alkol kullanma sıklığı %15,03'tür (63).

Kaya ve Çilli'nin 2002 yılında Selçuk Üniversitesi'nde üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin %10,2'si son bir yıl içinde alkol kullandıklarını bildirmişlerdir (55).

Turhan ve arkadaşlarının 2011 yılında Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi'nde yaptıkları çalışmada alkol kullanımını %56,6'dır (67).

Alkol kullanımı, Avusturya ve Danimarka'daki öğrencilerin % 80'i tarafından rapor edilirken, bu oran İzlanda'da sadece % 31, Ermenistan'da ise % 35 olmuştur (14).

Çalışmamızdaki öğrencilerin alkol kullanma oranı Orak ve Kaya'nın çalışması sonuçlarıyla benzerlik göstermekle birlikte Turhan'ın çalışması ve bahsedilen yurtdışı alkol kullanım oranlarından oldukça düşük bir orandır.

Araştırmaya katılan erkek öğrencilerin 94'ü (%45,6) sigara içmekte, 11'i (%5,3) halen sigarayı bırakmış, 101'i (%49) ise sigarayı hiç içmemiş olduğunu belirtmektedir.

Araştırmaya katılan kız öğrencilerin 29'u (%14) sigara içmekte, 5'i (%2,4) halen sigarayı bırakmış, 173'ü (%83,6) sigarayı hiç içmemiş olduğunu belirtmektedir.

Öğrencilerin erkek veya kız olup olmamaları ile sigara içme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,0001$ ).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2010 Türkiye Raporu'na göre; sigara içme sıklığı erkeklerde (%47,9) kadınlara (%15,2) göre daha fazladır (3).

Kaya ve Çilli'nin 2002 yılında Selçuk Üniversitesi'nde üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada erkek öğrencilerin %33,3'ü , kız öğrencilerin %21,3'ü sigara içmektedir (55).

Örsal'ın 2009 yılında Sağlık Yüksekokulu öğrencileri ile yaptığı çalışmada erkek öğrencilerde sigara içme sıklığı %37 iken kız öğrencilerde %31,2'dir (53).

Tot ve arkadaşlarının 2002 yılında Mersin’de üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada sigara içme kız öğrenciler arasında bu oran %29 iken, erkek öğrenciler arasında sigara içenlerin oranı %40 olarak bulunmuştur. Sigara içenler arasında cinsiyetler arasında anlamlı fark vardır (52).

İlhan ve arkadaşlarının 2005 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yaptıkları çalışmada sigara içme sıklığı erkeklerde %35,4, kızlarda %13,8 olarak bulunmuştur ve fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (90).

DSÖ’nün 2005-2008 yılları arasında, 47 ülke ve Gazze Şeridi/Batı Şeria’yı kapsayan 3. sınıf sağlık öğrencileri üzerinde yaptığı Global Sağlık Profesyonel Öğrencileri Araştırması (GHPSS)’na göre; hemşirelik öğrencilerinde erkek ve kız öğrencilerde sigara içme oranı sırasıyla; Cezayir’de %23,7, %3, Kenya’da %10,9, %8,7, Nijerya’da %42,2, %15 Uganda’da %4,1, Doğu Akdeniz Bölgesi’nde Mısır’da %12,9, %1,2, Gazze Şeridi/Batı Şeria’da %31,1, %9,4, İran’da %11,6, %2,8, Irak’ta %20,4, %15,1 Lübnan’da %36,1, %18, Suudi Arabistan’da %13,1, %9,6, Sudan’da %19,6, %1,3, Suriye’de %24,3, %4,8, Tunus’ta %26,5, %4,1, Avrupa Bölgesi’nde Arnavutluk’ta %65,1, %35,7, Ermenistan’da %52,5, %8,3, Bosna-Hersek’te %45, %37,8, Hırvatistan’da %35,9, %37,1 Çek Cumhuriyeti’nde %26,2, %19,8, Kırgızistan’da %50, %27,9, Litvanya’da %48,6, %19,5 Rusya’da %46,1, %34,9 Sırbistan’da %31,2, %36,7 Slovakya’da %36,5, %27,9, Slovenya’da %22,5, %20,2 Amerika Bölgesi’nde Arjantin’de %33,4, %36,5, Bolivya’da %50,3, %31,7, Brezilya’da %19,5, %14,6, Şili’de %27,1, %29,3, Kosta Rika’da %28,9, %31,3, Küba’da %41,1, %21,2, Guatemala’da %27,5, %17,8, Jamaika’da %12,5, %4,2, Meksika’da %41,3, %30,8, Panama’da %11,2, %11,1, Paraguay’da %25,3, %19,9, Peru’da %43,5, %22,2, Uruguay’da %31,3, %32,4, Güney Asya Bölgesi’nde Bangladeş’te %46,5, %4,4, Hindistan’da %17,7, %2, Endonezya’da %19,8, %2,3, Myanmar’da %24,7, %1,2, Nepal’de %34,5, %4, Sri Lanka’da %8,6, %1,1, Tayland’da %1, %3 Batı Pasifik’te Kamboçya’da %9,%2, Güney Kore’de %22,5, %3,5, Vietnam’da %20,8, %2,6’ dır (68).

Smith ve Leggat’ın 2007 yılında Avustralya’da hemşirelik yüksekokulu öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada erkek öğrencilerin %14,6’sı kız öğrencilerin %16,2’si sigara içmektedir (70).

Kanicka ve arkadaşlarının 2007 yılında Polonya’da Bialystok Üniversitesi’ndeki Halk Sağlığı öğrencilerinin sigara içme prevalansını belirlemek için yaptıkları çalışmada erkek öğrencilerin %41,2’sinin, kız öğrencilerin %26,4’ünün sigara içtiği saptanmıştır (57).

Ulaşılabilinen çalışmalar incelendiğinde; erkek öğrenci sigara içme oranlarının benzer olduğu Bosna Hersek, Litvanya, Rusya, Bolivya, Küba, Meksika, Peru, Polonya gibi ülkelerde kız öğrencilerin içicilik oranının da çalışmamızın kız öğrenci oranından yüksek olması ve erkek içici oranına yakın olması dikkat çekicidir. Bangladeş'te erkek içici oranı çalışmamıza benzer özellik gösteriyorken kadın içici oranı %4 ile oldukça düşüktür. Dünyada sigara içme alışkanlığı erkekler arasında daha yaygın olmakla birlikte kadının statüsü, eğitim ve gelir düzeyi arttıkça sigara içme oranı artmaktadır.

Arnavutluk ve Kırgızistan'da erkek ve kız öğrenci sigara içme sıklığı çalışmamız oranlarından oldukça yüksektir. Ermenistan'da erkek öğrencilerin oranının oldukça yüksek olmasıyla birlikte kız öğrencilerde %8 gibi oldukça düşük bir orandadır.

Erkek öğrencilerin ve kız öğrencilerin her ikisinde de sigara içme oranının çalışmamızdan düşük olduğu ve ülke içinde kız öğrencilerin erkek öğrencilerden belirgin oranda az sigara içtiği ülkeler; Vietnám, Güney Kore, Kamboçya, Tunus, Endonezya, Myanmar, Jamaika, Hindistan, Suriye, Sudan, Arabistan, İran, Gazze Şeridi, Mısır, Kenya, Cezayir'dir. Bunun nedeni bahsedilen ülkelerde kadının statüsünün erkeklerden daha geride olması ve ülke içinde kültürel yaşamın kadını kısıtlayıcılığı olabilir.

İlhan'ın çalışmasında ve Irak'ta erkek öğrencilerin içicilik oranı çalışmamız oranından düşükken kadın içici oranı benzerdir.

Kaya ve Örsal'ın çalışmalarında ve Lübnan, Çek Cumhuriyeti, Slovakya, Slovenya, Brezilya, Guatemala, Paraguay'da erkek öğrencilerin sigara içme oranı çalışmamızdan oldukça düşükken, kız öğrencilerin sigara içme oranı -ülkesindeki erkek öğrenci sigara içme oranından düşük olmakla birlikte- çalışmamız kız öğrenci sigara içme oranından yüksektir.

Smith'in çalışmasında ve Hırvatistan, Sırbistan ve Şili'de erkek öğrencilerin sigara içme oranı çalışmamız sonuçlarından düşük olmasına rağmen ülkedeki kız öğrenciler erkek öğrencilerden daha yüksek oranda sigara içmektedir.

Öğrencilerin lisans veya önlisans öğrencisi olup olmamaları ile sigara içme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,101$ ).

Nehir ve arkadaşlarının 2007 yılında Manisa İli kent merkezinde görevli hemşirelerle yaptığı çalışmada hemşirelerin eğitim durumlarına göre sigara içme davranışı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre en fazla sağlık meslek lisesinden mezun

hemşirelerde sigara içme görülmektedir. Yüksekokul mezunlarının sigara içme oranı, lise düzeyindeki hemşirelerden daha düşük orandadır (95).

Göktalay ve arkadaşlarının 2009 yılında Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Grubu Öğrencilerinde Sigara ve Astım Prevalansı çalışmasında öğrencilerin okudukları bölümlere göre en fazla sigara içimi sağlık hizmetleri meslek yüksek okulunda, en az ise tıp fakültesi öğrencileri arasında bulunmuştur. Çalışmada öğrencilerin okudukları bölümle sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur (96).

Çalışmamızda okunulan bölüm ile içicilik oranları arasında anlamlı bir ilişki çıkmamasına karşın Nehir ve Göktalay sigara içme durumu ile okunulan okul arasında ilişki saptamışlardır. Bunun nedeni çalışmamız örnekleminin tesadüfen genel popülasyonla benzerliği olabilir.

Öğrencilerin bağımlı kişiliği olup olmaması ile sigara içme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,074$ ).

İçenler ve bırakmış olanlar bir grup olarak alınıp hiç içmemişlerle kıyaslandığında; halen sigara içen veya bırakmış olan öğrencilerin bağımlı kişilik puanları hiç içmemiş olanlardan yüksektir ( $p=0,026$ ).

Baysal ve arkadaşlarının 1993'te Anadolu Üniversitesi'nde tıp fakültesi öğrencilerinde Minnesota Çok Yönlük Kişilik Envanteri'nin bağımlılık ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada sigara içme durumu ile bağımlı kişilik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (97).

Temel ve arkadaşlarının 2004 yılında bir eğitim hastanesinin sağlık personelinde sigara alışkanlığı ve bağımlı kişilik özelliğiyle ilişkisini Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri kullanarak inceledikleri çalışmada; sigarayı bırakmış olan gruba ait ortalama bağımlı kişilik puanının, hiç sigara içmemiş ve halen sigara içen gruba göre belirgin olarak düşük olduğu görülmektedir (41).

Piper ve arkadaşları 2010 yılında yaptıkları çalışmada sigara içenlerde içmeyenlere göre psikiyatrik bir bozukluk bulunma riskinin yüksek olduğunu bildirmektedir (98).

Sigara kullanmaya başlamada ve sigara bağımlılığının oluşmasında psikolojik nedenlerin önemli bir rolü vardır. Sigara, genellikle ergenlik döneminde kullanılmaya başlanmaktadır. Bu dönemde sigaraya başlamayı etkileyen nedenler arasında bağımlı kişilik

özelliği, stresle baş etmede yetersizlik, özgüven azlığı, hayır diyememe, çeşitli kişilik bozuklukları ve ruhsal sorunların etkili olduğu bildirilmektedir. Psikiyatrik hastalıkları olan bireylerde sigara bağımlılığı genel nüfusa göre daha fazla görülmektedir. En önemli psikiyatrik bozukluklardan birisi olan şizofreni hastalarının yaklaşık % 50-80'i aynı zamanda sigara bağımlısıdır. Yapılan bazı araştırmalarda, majör depresyon ile sigara bağımlılığı arasında da ilişki olduğu belirlenmiştir (6).

Nehir ve arkadaşlarının 2007 yılında Manisa kent merkezinde görevli hemşirelerle yaptığı çalışmada tedavi görmeyi gerektiren ruhsal hastalığın olması, hemşirelerde geçmişte yada halen sigara kullanımını açısından 2,83 kat risk oluşturmaktadır (95).

McNeil sigara ve ruh sağlığı konulu derleme çalışmasında sigara içme ile birçok psikiyatrik bozukluğu ilişkilendirmiştir (99).

Serman ve arkadaşları tarafından, 2002 yılında Amerika'da ve Yunanistan'da yapılan bir çalışmada, kişilik bozukluğu bildirilenlerde sigara, alkol ve madde kullanımı, kişilik bozukluğu olmayanlara göre daha fazla bulunmuştur (100).

Black ve arkadaşları 1999 yılında yaptıkları çalışmada sigara içme ile psikiyatrik bozukluklar arasında ilişki olduğunu bildirmiş, sigara içenlerde duygudurum, anksiyete, madde kötüye kullanımı ve kişilik bozuklukları oranının yüksek olduğunu bildirmiştir (101).

Baysal'ın çalışmasında sigara içme ile bağımlı kişilik ilişkisi bulunmamış olması örneklemin küçük olması nedeniyle olabilir. Konuyla ilgili ulaşılabilinen diğer çalışmalar araştırmamız sonuçlarını desteklemektedir. Bu ilişki sigara bıraktırma programına alınan kişilerin sigarayı bırakma tedavisi ile birlikte ruhsal açıdan değerlendirilmesinin gerektiğini düşündürebilir.

Araştırmamıza katılan erkeklerin Fagerström puanı kadınların Fagerström puanından anlamlı olarak yüksektir ( $p=0,001$ )

Boyacı ve arkadaşlarının 2003 yılında Kocaeli Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara İçme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi çalışmasında erkek öğrencilerde bağımlılık oranı %42,1, kız öğrencilere göre %22,9 olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunduğu belirtilmektedir (102).

Öncel ve arkadaşlarının 2011 yılı Kırıkkale'de üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada FNBT puanı erkeklerde kadınlardan 2,968 kat yüksek bulunmuştur (103).

Boyacı ve Öncel'in çalışması sonuçları çalışmamızla benzerdir.

Sigarayı hiç içmemiş olanların yaşı içen ve bırakmış olanlardan daha düşüktür. (p=0,001)

Şahin ve arkadaşlarının 2007 yılında Trakya Tıp Fakültesi öğrencilerinde yaptıkları, yaş ortalamasının 24,11 olduğu çalışmada sigarayı hiç içmemiş olanlar, içenler ve bırakanlara göre daha gençtir (93).

Gökgöz ve Koçoğlu'nun 2007 yılında Sivas'ta yaş ortalaması 13,29 olan adölesan öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmada yaşla birlikte sigara içme oranındaki artış istatistiksel olarak anlamlıdır (104).

Thompson ve arkadaşlarının 2007 yılında 30 üniversitede yaptıkları çalışmada öğrencilerin yaşı büyüdükçe sigara içme sıklığı artmaktadır (71).

Şahin, Gökgöz ve Thompson'un çalışmaları bizim çalışmamız sonuçlarını destekler niteliktedir.

Araştırmamıza katılan alkol kullanan öğrencilerin 33'ü (%78,6) sigara içmekte, 2'si (%4,8) halen sigarayı bırakmış, 7'si (%16,7) hiç sigara içmemiş olduğunu ifade etmektedir.

Alkol kullanmayan öğrencilerin 90'ı (%24,3) sigara içmekte, 14'ü (%3,8) halen sigarayı bırakmış, 267'si (%72) hiç sigara içmemiş olduğunu ifade etmektedir.

Öğrencilerin alkol kullanıp kullanmaması ile sigara içme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001).

Talay ve arkadaşlarının 2008 yılında Eğitim Fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada alkol alanlarda sigara içme sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır (105).

McKee ve arkadaşlarının 2004 yılında üniversite öğrencilerinde yaptıkları araştırmada öğrencilerin %74'ü alkol ve sigarayı birlikte kullanmaktadır (106).

Dierker ve Donny 2008 yılında yaptıkları çalışmada alkol kullananlarda sigara kullanma ve nikotin bağımlılık oranının yüksek olduğunu bildirmişlerdir (107).

Buğdaycı ve arkadaşları 2003 yılında Adana, Mersin, Hatay'daki Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Öğrencilerinde yaptığı çalışmada sigara içme ve alkol kullanma arasında pozitif bir ilişki varlığını bildirmektedir (108).

Öncel ve arkadaşlarının 2011 yılında üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada sigara ve alkolü birlikte kullanma oranı %65'tir (103).

Konuyla ilgili ulaşılabilen çalışmalar çalışmamızda olduğu gibi alkol kullanma ve sigara içme durumu arasında anlamlı bir ilişki varlığını desteklemektedir.

Öğrencilerin erkek veya kız olup olmaması ile bağımlı kişilik durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,142$ ).

Baysal ve arkadaşlarının 1993'te Anadolu Üniversitesi'nde tıp fakültesi öğrencilerinde Minnesota çok yönlük kişilik envanterinin bağımlılık ölçeğini kullanarak yaptığı çalışmada bağımlı kişilik puanları ve cinsiyet arasında istatistiksel bir fark bulmamıştır (97).

Temel ve arkadaşlarının 2004 yılında bir eğitim hastanesinin sağlık personelinde sigara alışkanlığı ve bağımlı kişilik özelliğiyle ilişkisini, Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri kullanarak inceledikleri yaş ortalamasının 27,9 olduğu çalışmada cinsiyet ve bağımlı kişilik özelliğinin karşılaştırılmasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır (41).

Baysal ve Temel'in çalışmasında da bizim çalışmamızdaki gibi cinsiyet ve bağımlı kişilik arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Öğrencilerin üniversiteye başlamadan veya üniversiteye başladıktan sonra sigara içmeye başlamasıyla bağımlı kişilik durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,178$ ).

Gross ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları çalışmada sigaraya erken başlayan kişilerde psiyatrik bozuklukların belirgin oranda yüksek olduğu görülmektedir (109).

Karşıdağ ve arkadaşlarının 2005 yılında şizofreni hastalarıyla sigara bağımlılığı yaptıkları çalışmasında hastalığın başlangıç yaşı ile sigara kullanım oranlarına bakıldığında hastalık başlangıç yaşı 15-19 yaşları arasında olanlarda sigara kullananların, kullanmayanlardan 3 kat, başlangıç yaşı 20-24 yaşları arasında olanlarda sigara kullananların, kullanmayanlardan yaklaşık 5 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu bulgu sigaranın bir neden olduğundan çok bir sonuç olduğunu, yani var olan sıkıntıları gidermek amacıyla sigaraya başlanmayı kolaylaştırdığını düşündürmektedir (110).

Literatürde sigaraya erken başlayanlarda psikiyatrik bozukluk olmasının yüksekliğinden bahsedilmesine karşın sigaraya başlama yaşı ve bağımlı kişilik özelliğine dair anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı.

Araştırmamıza katılanların bağımlı kişilik puanları ile Fagerström puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p=0,756$ ).

Dierker ve Donny'nin 2008 yılında, Gross ve arkadaşlarının 2009 yılında, Piper ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptıkları çalışmalarda psikiyatrik bozukluğu olan sigara içicilerinin nikotin bağımlılık oranlarının da yüksek olduğu bildirilmektedir (98,107,109).

Temel ve arkadaşlarının 2004 yılında bir eğitim hastanesinin yaş ortalaması 27,90 olan sağlık personeline sigara alışkanlığı ve bağımlı kişilik özelliğiyle ilişkisini Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri kullanarak inceledikleri çalışmada; Fagerstrom puan durumu ile, bağımlı kişilik özelliklerinin korelasyonu sonucunda Fagerstrom testinden yüksek puan alanların ortalama bağımlı kişilik puanının da yüksek olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı çıktığı belirtilmektedir (41).

Şahin ve arkadaşlarının 2007 yılında Trakya Tıp Fakültesi'nde yaş ortalaması 24,11 olan öğrencilerinde yaptıkları çalışmada sigara kullanmakta olanlarda ortalama Fagerstrom nikotin bağımlılık puanı  $3.57\pm 2.37$  ile az bağımlılık derecesine denk gelmektedir. Düşük Fagerstrom skorlarında sigara içme davranışı arkasındaki nedenin fiziksel bağımlılıktan çok psikolojik bağımlılık olduğunu düşündürmektedir (93).

Marakoğlu ve arkadaşlarının 2006 yılında ortalama yaşı 19,51 olan öğrencilerde yaptıkları çalışmada Fagerstrom bağımlılık puanları yüksek olan öğrencilerde depresyon değerleri yüksek olmakla birlikte, bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir (84).

Dierker, Gross, Piper ve Temel bağımlı kişilik puanlarıyla fagerström puanları arasında ilişki bulunmuştur. Ancak çalışmamızda bağımlı kişilik puanlarıyla fagerström puanları arasında bir ilişki bulunmadı. Şahin ve Marakoğlu çalışmalarında bizim çalışmamızda olduğu gibi anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Bunun nedeni kullanılan ölçeklerin veya yaş ortalamalarının farklılığı olabilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda Sağlık Yüksek Okulu ve Sağlık Hizmetleri MYO öğrencilerinde erkeklerin %45,6'sı, kadınların %14'ü sigara içmektedir. Çalışmamızda sigara içme oranının genel popülasyonla benzerlik göstermesi, gelecekte rol modeli olması beklenen sağlık öğrencileri için üzerinde hassasiyetle durulması gereken bir sorundur. Öğrencilerin %25'inin üniversite yıllarında sigaraya başlıyor olması, bu dönem için özel çaba gösterilmesini gerekli kılmaktadır.

Sigara içme ve bağımlı kişilik arasında ilişki saptanması, sigara içicilerinin kişilik özelliklerini aydınlatıcı olmuştur. Alkol kullananlarda sigara içiciliğinin kullanmayanlardan fazla olması bağımlılık etyolojisinde benzer mekanizmaların rol oynayabileceğini gösterebilir.

Sigarayı bırakan öğrencilerin tamamının kendi kendine bırakmış olduğu görülmüştür. Halbuki sigarayı kendi kendine bırakmak oldukça zor bir süreçtir. Özellikle sağlık öğrencilerinin topluma örnek olması gerekirken sigara bırakma hizmetlerinden yararlanmaması kabul edilemez. Mediko sosyal merkezleri başta olmak üzere bu öğrencilere yeniden yapılandırılmış bir hizmet fırsatı sunulmalıdır.

Sigaraya üniversiteye gelmeden önce başlayanların oranının %74 gibi yüksek olması dikkate değerdir. Ortaöğrenim kurumlarında ve aile içinde sigaranın zararları ve sağlıklı ilişkisi konusunda bilinçlenme sağlanmalıdır. Ayrıca medyaya da önemli görevler düşmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Ergüder, T. (2009). Tütün Kullanımı. D. Aslan (Ed). Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar (s.22-25) Ankara: Grafker Matbaacılık.
2. World Health Organization. (2011). Who Report on the Global Epidemic 2011. Erişim: 3 Eylül 2012, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf)
3. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu. (2010). Ankara: TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.  
[http://www.thsk.gov.tr/havanikoru/dosya/Docs\\_Tutun\\_Dumaninin\\_Zararlari/KYTA\\_Kitap\\_Tr.pdf](http://www.thsk.gov.tr/havanikoru/dosya/Docs_Tutun_Dumaninin_Zararlari/KYTA_Kitap_Tr.pdf)
4. World Health Organization. (2012). Tobacco Explained the Truth About the Tobacco Industry. Erişim: 5 Eylül 2012,  
<http://www.who.int/tobacco/media/en/TobaccoExplained.pdf>
5. World Health Organization. (2012). Tobacco. Erişim 6 Eylül 2012  
<http://www.who.int/topics/tobacco/en/>
6. Kanişlı, S., Karatay, G., Terzioğlu, F., Kubilay, G. (2008). Sigara ve Ruh Sağlığı. Ankara: Klasmat Matbaacılık.
7. TC. Sağlık Bakanlığı. (2012). ICD 10 Üç Dört Basamaklı Tanı Kodları Listesi, Erişim: 5 Ağustos 2012, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-5408/eski2yeni.html>
8. Clemente, M.L., Perez, A., Rubio, E., Marron, R., Rodriguez, M.L., Herrero, I. (2003). A Version of DSM-IV Criteria Adapted For Adolescents and Applied to Young Smokers. *Arch Broncopneumol*, 39 (7), 303-309.
9. Çalışkan, İ. (2006). AB Sürecinde Türkiye İle AB Ülkeleri Eğitim İstatistiklerinin Karşılaşması. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 4 (4), 375-394.
10. United States Census Bureau. (2011). Educational Attainment in the United States: 2011 - Detailed Tables, Erişim: 1 Eylül 2012,  
<http://www.census.gov/hhes/socdemo/education/data/cps/2011/tables.html>
11. Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim: 7 Ağustos 2012,  
[http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa\\_turkiye\\_cinsiyet\\_yas\\_egitim\\_top.RDF&p\\_xkod=egitim\\_kod&p\\_yas=15&p\\_yil=2011&p\\_dil=1&desformat=html](http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa_turkiye_cinsiyet_yas_egitim_top.RDF&p_xkod=egitim_kod&p_yas=15&p_yil=2011&p_dil=1&desformat=html)
12. World Health Organization. Adolescent Health and Development, Erişim: 7 Ağustos 2012, [http://www.searo.who.int/en/Section13/Section1245\\_4980.htm](http://www.searo.who.int/en/Section13/Section1245_4980.htm)

13. Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim: 13 Ağustos 2012,  
[http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa\\_turkiye\\_yasgr.RDF&p\\_yil=2011&p\\_dil=1&desformat=html](http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa_turkiye_yasgr.RDF&p_yil=2011&p_dil=1&desformat=html)
14. Gür, B.S., Dalmış, İ., Kırmızıdağ, N., Çelik, Z., Boz, N. (2012). Türkiye'nin Gençlik Profili. Ankara: Seta Yayınları.
15. World Health Organization. Global Health Observatory. Erişim 10 Eylül 2012,  
<http://www.who.int/gho/tobacco/en/>
16. World Health Organization. Global Adult Tobacco Survey. Erişim 10 Eylül 2012,  
<http://www.who.int/tobacco/surveillance/gats/en/index.html>
17. World Health Organization. (2010). Global Status Report on Noncommunicable Diseases. Erişim: 8 Ağustos 2012,  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf)
18. World Bank. Erişim: 12 Ağustos 2012,  
[http://databank.worldbank.org/ddp/editReport?REQUEST\\_SOURCE=search&CNO=2&&country=&series=SH.PR.V.SMOK.FE&period=YR2011](http://databank.worldbank.org/ddp/editReport?REQUEST_SOURCE=search&CNO=2&&country=&series=SH.PR.V.SMOK.FE&period=YR2011)
19. World Bank. Erişim: 12 Ağustos 2012,  
[http://databank.worldbank.org/ddp/editReport?REQUEST\\_SOURCE=search&CNO=2&&country=&series=SH.PR.V.SMOK.MA&period=YR2011](http://databank.worldbank.org/ddp/editReport?REQUEST_SOURCE=search&CNO=2&&country=&series=SH.PR.V.SMOK.MA&period=YR2011)
20. Barış S.A., Yıldız F, Başyigit İ, Boyacı H. (2011). Kocaeli'de Sigara İçme Prevalansı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 59 (2), 140-145.
21. TÜİK. (2006). Türkiye Aile Yapısı Araştırması. Ankara: TÜİK.  
<http://www.athgm.gov.tr/upload/mce/eskisite/files/AileYap%C4%B1s%C4%B1%202006%20.pdf>
22. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2003). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/>
23. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2008). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>
24. World Health Organization. (2008). Who Report on the Global Epidemic 2008. Erişim: 3 Eylül 2012, <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/index.html>
25. Karlıkaya, S., Öztuna, F., Solak, Z.A., Özkan, M., Örsel, O. (2006). Tütün Kontrolü. *Toraks Dergisi*, 7 (1), 51-64.
26. Bilir, N. (2007). Tütün ve Kanser İlişkisi, Ülkemiz Açısından Önemi. Tuncer, M. A.(Ed.). Türkiye'de Kanser Kontrolü (s.171-180)  
[http://www.ssuk.org.tr/file\\_upload/savefiles/tutun.pdf](http://www.ssuk.org.tr/file_upload/savefiles/tutun.pdf)

27. Bilir, N., Aslan, D. (2005). Dünyada, Türkiye’de ve Hacettepe’de Tütün Kontrolü Çalışmaları. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 36, 75-79.
28. First Surgeon General's Report. (1964). Erişim: 15 Ağustos 2012, [http://archive.tobacco.org/resources/history/1964\\_01\\_11\\_1st\\_sgr.html](http://archive.tobacco.org/resources/history/1964_01_11_1st_sgr.html)
29. World Health Organization. (2012). Sixty-fifth World Health Assembly: Daily Notes on Proceedings. Erişim: 16 Ağustos 2012, <http://www.who.int/mediacentre/events/2012/wha65/journal/en/index4.html>
30. Sezer, R.E, Pıçak, Y.K. (2011). Tütün Mücadelesi İçin Yeni Bir Tehdit: Aromatik Nargile. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 33, 133-143.
31. Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun. (1996). T.C. Resmi Gazete, 22829, 26 Kasım 1996.
32. Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. (2008). T.C. Resmi Gazete, 26761, 19 Ocak 2008.
33. Bilir, N. (2009). Türkiye Tütün Kontrolünün Neresinde? *Türk Toraks Dergisi*, 10(1), 31-34.
34. TC. Sağlık Bakanlığı. (2012). Türkiye’de Tütün Kontrolü Çalışmaları. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15787/turkiyede-tutun-kontrolu-calismalari.html?vurgu=alo+171>
35. Türkiye Psikiyatri Derneği. (2012). Nikotin (Sigara) Bağımlılığı. Erişim:10 Eylül 2012, <http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=50>
36. Tosun, M. (2008). Madde Bağımlılığına Genel Bakış. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu: Mart 2008-İstanbul (s.201-220)
37. Kaplan, H., Sadock, B. (1999). Klinik Psikiyatri El Kitabı. E. Abay(Çev. Ed.). İzmir:Nobel Yayınları.
38. Yüksel, N. (2006). Kişilik Bozuklukları. N. Yüksel(Ed.). Ruhsal Hastalıklar (s.351-364). Ankara: MN Medikal & Nobel.
39. Doksat, M.K. (2008). Kişilik Bozuklukları. . Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu: Mart 2008-İstanbul (s.239-254).
40. Yancar, C. (2005). Madde Bağımlılarında İkinci Eksen Komorbidite ve Kişilik Özelliklerinin Bağımlılık Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

41. Temel, A., Dilbaz, N., Bayam, G., Okay, T., Şengül, C. (2004). Bir Eğitim Hastanesinin Sağlık Personelinde Sigara Alışkanlığı, Bırakma Sıklığı ve Bağımlı Kişilik Özelliklerinin İlişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 5 (2), 16-22.
42. Solak, Z.A. Sigara Bırakmada Kullanılan Preparatlar. Erişim: 18 Ağustos 2012, [http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/sigarayi\\_birakmada\\_kullanilan\\_preparatlarZ\\_solak.pdf](http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/sigarayi_birakmada_kullanilan_preparatlarZ_solak.pdf)
43. Demir, T. (2008). Sigara Bağımlılığı. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu: Mart 2008-İstanbul (s.231-238)
44. Şahbaz, S., Kılınç, O. (2005). Sigara Bırakmada Kullanılan Tedavi Yöntemleri. *Sted*, 14 (5), 98-102.
45. Örsel, O. Sigara Bıraktırmaya Yönelik Davranışsal Yöntemler. Erişim: 22 Ağustos 2012, [http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/DavranissalYontemler\\_osman\\_orsel.pdf](http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/DavranissalYontemler_osman_orsel.pdf)
46. Uzaslan, E. (2002). Sigarayı Bırakma Yöntemleri. N. Özyardımcı (Ed.). Sigara ve Sağlık. (s.441-463). Bursa.
47. Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi; Sigara bırakma tedavisi; Toraks Derneği Tütün ve Sağlık Çalışma Grubu: 1-18. Metintaş, M. Süerdem, M. (Ed)
48. Solak, Z.A., Telli, C.G., Erdinç, E. (2003). Sigarayı Bırakma Tedavisinin Sonuçları. *Türk Toraks Dergisi*, 4 (1), 73-77.
49. Sorias, S., Saygılı, R., Elbi, H. (1990). DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu SCID-II Kişilik Bozukluğu Formu, Ege Üniversitesi, Bornova.
50. Coşkunol, H., Bağdiken, İ., Sorias, S. (1994). SCID-II (Türkçe Versiyonu) Görüşmesinin Kişilik Bozukluklarındaki Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(32), 26-29.
51. Azak, A. (2006). Sağlık Memurluğu Öğrencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler. *Toraks Dergisi*, 7 (2), 120-124.
52. Tot, S., Yazıcı, K., Yazıcı, A.E., Erdem, P., Bal, N., Metin, Ö., Çamdeviren, H. (2002). Mersin Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara ve Alkol Kullanım Yaygınlığı ve İlişkili Özellikler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 227-231.
53. Örsal, Ö. (2009). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Tütün ve Tütün Mamulleri Kullanma Alışkanlıkları Üzerine Kesitsel Bir Çalışma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3, 30-40.
54. Telli, C.G., Solak, Z.A., Özal, D., Sayiner, A. (2004). Üniversiteye Başlayan Öğrencilerin Sigara İçme Alışkanlıkları. *Solunum Dergisi*, 6 (1), 101-106.

55. Kaya, N., Çilli, A.S. Üniversite Öğrencilerinde Nikotin, Alkol ve Madde Bağımlılığının 12 Aylık Yaygınlığı. *Bağımlılık Dergisi*, 3 (2), 91-97.
56. Tanrikulu, A.Ç., Çarman, K.B., Palancı, Y., Çetin, D., Karaca, M. (2009). Kars İl Merkezinde Çeşitli Üniversite Öğrencileri Arasında Sigara Kullanım Sıklığı ve Risk Faktörleri. *Türk Toraks Dergisi*, 10,101-106.
57. Kanicka, M., Szpak, A., Drygas, W., Rzeznicki, A., Kowalska, A. (2007). The Prevalence of Tobacco Smoking Among Public Health Students at Medical University of Bialystok. *Advances in Medical Sciences*, 52 (1), 60-63.
58. Çapık, C., Özbuçakçı, Ş. (2007). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara Bağımlılık Düzeyleri ve Etkileyen Etmenler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 4 (2), 1-12.
59. Pınar Ş.E., Cesur, B., Bozboğa, Z.B., Sezer R.E. (2011) Sivas'ta Ebelik Öğrencilerinin Sigara Kullanma Durumları ve İlişkili Faktörler. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 33 (1), 10–16.
60. Akar, G.C., Özmutaf, M.N., Özgür, Z. (2007). Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara İçme ve Ağız Bakımı Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2 (6), 25-40.
61. Pirinçci, E., Erdem, R. (2003). Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sigara Kullanım Sıklığı. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 20 (4), 193-201.
62. Demirel, Y., Sezer, R.E. (2005). Sivas Bölgesi Üniversite Öğrencilerinde Sigara Kullanma Sıklığı. *Erciyes Tıp Dergisi*, 27 (1), 1-6.
63. Orak, S., Özen, T., Orak, M. E. (2004). Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara, Alkol Alışkanlıkları ve Sosyokültürel Özelliklerinin İncelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11 (3), 1-7.
64. Göktalay, T., Özyurt, B.C., Coşkun, A.Ş., Çelik, P. (2011). Sağlık Eğitimi Alan 3 ve 4. Sınıf Öğrencilerinde Sigara Kullanımı ve Etkileyen Faktörler: İzlem Araştırması. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 59 (4), 355-361.
65. Kılıç, N., Ek, H.N. (2006). Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigaraya Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 (2), 85-90.
66. Durusoy, R., Aksan, A.D., Hassoy, H., Ergin, I. (2011). Sağlıkçı Gençler Sigara Yasaklarını Destekliyor mu? Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Görüşleri. *Türk Toraks Dergisi*, 12, 145-152.

67. Turhan, E., İnandı, T., Özer, C., Akoğlu, S. (2011). Üniversite Öğrencilerinde Madde Kullanımı, Şiddet ve Bazı Psikolojik Özellikler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9 (1), 33-44.
68. Warren, C.W., Sinha, D.N., Lee, J., Lea, V., Jones, N.R. (2009). Tobacco Use, Exposure to Secondhand Smoke, and Training on Cessation Counseling Among Nursing Students: Cross-Country Data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005–2009. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6, 2534-2549.
69. Sekijima, K., Seki, N., Suzuki, H. (2005). Smoking prevalence and attitudes toward tobacco among student and staff nurses in Niigata, Japan. *Tohoku J Exp Med.* 206 (3),187-94.
70. Smith, D.R., Leggat, A.P. (2007). Tobacco Smoking Habits Among A Complete Cross-Section of Australian Nursing Students. *Nursing and Health Sciences*, 9,82-89.
71. Thompson, B., Coranado, G., Chen, L., Thompson, A., Halperin, A., Jaffe, R., McAfee, T., Zbikowski, S.M. (2007). Prevalence and Characteristics of Smoker at 30 Pasific Northwest Colleges and Universities. *Nicotine &Tobacco Research*, 9 (3), 429-438.
72. Rojas, N.L., Killen, J.D., Haydel, K.F., Robinson, T.N. (1998). Nicotine dependence among adolescent smokers. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 152 (2), 151-156.
73. Swe, K.M.M., Bhardwaj, A. (2012). Knowledge and Practice of First Year Medical Students About Smoking. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 4 (5), 785-795.
74. Ak, R., Am, A., (2011). Smoking Habbits Among Medical Students in a Private University. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 11 (1), 70-77.
75. Lewis, K.E., Shin, D., Davies, G. (2011). Smoking Habits and Attitudes Toward Tobacco Bans Among United Kingdom Hospital Staff and Students. *Int J Tuberc Lung Dis.*, 15 (8),1122-1126.
76. Raupach, T., Shahab, L., Baetzing, S., Hoffmann, B., Hasenfuss, G., West, R., Andreas, S. (2009). Medical Students Lack Basic Knowledge About Smoking: Findings From Two European Medical Schools. *Nicotine Tob Res.* 11 (1), 92-98.
77. Ganesh, K.S, Subba, S.H., Unnikrishna, B., Jain, A., Badiger, S. (2011). Prevalence and Factor Associated With Current Smoking Among Medical Students in Coastal South India. *Kathmandu Univ. Med. J*, 9 (36), 233-237.

- 78.** Halperin, A.C., Smith, S.S., Heiligenstein, E., Brown, D., Fleming, M.F. (2010). Cigarette Smoking and Associated Health Risks Among Students at Five Universities. *Nicotine Tob Res.*, 12 (2), 96-104.
- 79.** Cauchi, D., Mamo, J. (2012). Smoking Health Professional Student: An Attitudinal Challenge for Health Promotion? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 2550-2561.
- 80.** Akvardar, Y., Aslan, B., Ekici, Z.B., Ögün, E., Şimşek, T. (2001) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem II Öğrencilerinde Sigara, Alkol, Madde Kullanımı. *Bağımlılık Dergisi*, 2 (2), 49-52.
- 81.** Mayda, A.S., Tufan, N., Baştaş, S. (2007). Düzce Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara Konusundaki Tutumları ve İçme Sıklıkları. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (5), 364-370.
- 82.** Kutlu, R., Çivi, S. (2006). Seydişehir Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sigara Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörler. *Bağımlılık Dergisi*, 7, 71-79.
- 83.** Hassoy, H., Ergin, I., Davas, A., Durusoy, R., Karababa, A.O. (2011). Sağlık Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerinde Sigara, Nargile, Sarma Tütün Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi ve Öğrencilerin Sigara, Nargile, Sarma Tütüne Başlama ve Sürdürme Konusundaki Görüşleri. *Solunum*, 13 (2), 91-99.
- 84.** Marakoğlu, K., Çivi, S., Şahsivar, Ş., Özdemir, S. (2006). Tıp Fakültesi Birinci ve İkinci Sınıf Öğrencilerinde Sigara İçme Durumu ve Depresyon Yaygınlığı Arasındaki İlişki. *Bağımlılık Dergisi*, 7, 129-134.
- 85.** Centre For Disease Control and Prevention. (2012). A Report of the Surgeon General Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/2012/consumer\\_booklet/pdfs/consumer.pdf](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2012/consumer_booklet/pdfs/consumer.pdf)
- 86.** Ceylan, E., Yanık, M., Gencer, M. (2005). Harran Üniversitesi'ne Kayıt Yaptıran Öğrencilerin Sigaraya Karşı Tutumlarını Etkileyen Faktörler. *Türk Toraks Dergisi*, 6 (2), 144-150.
- 87.** Erbaycu, A.E., Aksel, N., Çakan, A., Özsoz, A. (2004). İzmir İlinde Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Alışkanlıkları. *Türk Toraks Dergisi*, 5 (1), 6-12.
- 88.** Tan, M., Arıkan, D., Şahin, A.Z., Özdemir, F.K. (2011). Kapalı Mekanlarda Sigara İçme Yasağının Hemşirelik Öğrencilerinin Sigarayı Bırakma Durumlarına Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (3), 47-51.



- 89.** Kutlu, R., Marakoğlu, K., Çivi, S. (2005). Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemşirelerinde Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 27 (1), 29–34.
- 90.** İlhan, F., Aksakal, F.N., İlhan, N.M., Aygün, R. (2005). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4 (4), 189.
- 91.** Açikel, C.H., Kılıç, S., Uçar, M., Yaren, H., Türker, T. (2004). Sağlık Astsubay Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sigara İçme Durumu ve Etki Eden Faktörler. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3 (8), 178-196.
- 92.** Kaya, E., Danacı, A.E., Şakar, A., Yorgancıoğlu, A. (2005). Sigarayı Bırakmada Ruhsal Etkenlerin Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 245-250.
- 93.** Şahin, E.M., Özer, C., Çakmak, H., Tunç, Z., Taştan, K., Can, F.N.E. (2007). Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme ve Bırakma Durumları. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24 (3), 209-212.
- 94.** Çelik, H.C., Satıcı, Ö., Çelik, M.Y. (2004). Kronik Sigara İçme Alışkanlığı Olan Üniversite Öğrencilerinin Tutumlarına İlişkin Değişkenlerin Aşamalı Kümeleme Yöntemi Çözümlemesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(4),217-222.
- 95.** Nehir, S., Demet, M. M., Dinç, G. (2007). Manisa İli Kent Merkezinde Görevli Hemşirelerin Sigara Kullanma Düzeyleri ve İlişkili Risk Etmenleri. *Bağımlılık Dergisi*, 8 (1), 3-10.
- 96.** Göktalay, T., Özyurt, B.C., Çelik, P. (2009). Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Grubu Öğrencilerinde Sigara ve Astım Prevalansı. *Türk Toraks Dergisi*, 10 (4), 162-166.
- 97.** Baysal, B., Seber, G., Erkmen, H., Tekin, D. (1993). Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara İçme Alışkanlığının Bağımlı Kişilik Özellikleri ile İlişkisi. *Düşünen Adam*, 6 (3), 20-23.
- 98.** Piper, M.E., Smith, S.S., Schlam, T.R., Fleming, M.F., Bittrich, A.A., Brown, J.L., Leitzke, C.J., Zehner, M.E., Fiore, M.C., Baker, T.B. (2010). Psychiatric Disorders in Smokers Seeking Treatment for Tobacco Dependence: Relations with Tobacco Dependence and Cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (1), 13-23.
- 99.** McNeil, A. (2001). Smoking and Mental Health - A Review of the Literature. Erişim: 5 Eylül 2012, [http://ash.org.uk/files/documents/ASH\\_202.pdf](http://ash.org.uk/files/documents/ASH_202.pdf)

- 100.** Virginia Department of Mental Health, Mental Retardation and Substance Abuse Services. (2004). Substance Use and Personality Disorders. Erişim: 8 Eylül 2012, <http://www.dbhds.virginia.gov/documents/OSAS-RESUBSTANCEUSEPERSONALITYDISORDERS.PDF>
- 101.** Black, D.W., Zimmerman, M., Coryell, W.H. (1999). Cigarette Smoking and Psychiatric Disorder in a Community Sample. *Ann Clin Psychiatry*, 11(3), 129-136.
- 102.** Boyacı, H., Çorapçioğlu, A., Ilgazlı, A., Başyigit, İ., Yıldız, F. (2003). Kocaeli Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara İçme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları*, 14, 169-175.
- 103.** Öncel, S.Y., Gebizlioğlu, Ö.L., Alioğlu, F.A. (2011). Risk factors for smoking behavior among university students. *Turk J Med Sci*, 41 (6), 1071-1080.
- 104.** Gökgöz, Ş., Koçoğlu, G. (2007). Adelosan Çağda Sigara ve Alkol İçme Davranışı. *Fırat Tıp Dergisi*, 12 (3), 214-218.
- 105.** Talay, F., Kurt, B., Tuğ, T. (2008). Eğitim Fakültesi Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinde Sigara İçme Alışkanlıkları ve İlişkili Faktörler. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 56, 171-178.
- 106.** McKee, S.A., Hinson, R., Rounsaville, D., Petrelli, P. (2004). Survey of Subjective Effects of Smoking While Drinking Among College Students. *Nicotine Tob Res.* 6(1),111-117.
- 107.** Dierker, L., Donny, E. (2008). The Role of Psychiatric Disorders in the Relationship Between Cigarette Smoking and DSM-IV Nicotine Dependence Among Young Adults. *Nicotine Tob Res.* 10 (3), 439-446.
- 108.** Buğdaycı, R., Şaşmaz, T., Aytaç, N., Çamdeviren, H. (2003). The Factors Affecting Alcohol Consumption Prevalence in Three Sports Academies in Adana, Mersin and Hatay. *Klinik Tıp Bilimleri*, 23, 208-212
- 109.** Ajdacic-Gross, V., Landolt, K., Angst, J., Gamma, A., Merikangas, K.R., Gutzwiller, F., Rössler, W. (2009) Adult Versus Adolescent Onset of Smoking: How Are Mood Disorders and Other Risk Factors Involved? *Addiction*, 104 (8), 1411-1419.
- 110.** Karşıdağ, Ç., Alpay, N., Kocabıyık, A. (2005). Şizofreni ve Sigara Bağımlılığı. *Düşünen Adam*; 18 (1), 13-20.

## EKLER

## 1. ANKET FORMU

**“BİTLİS EREN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU VE SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN SİGARA KULLANIM DURUMLARININ BAĞIMLI KİŞİLİK ÖLÇEĞİYLE İLİŞKİSİ” ARAŞTIRMASI ANKET FORMU**

Bu anket sonucu elde edilen veriler konu ile ilgili yürütülmekte olan tez çalışmasında kullanılacaktır. Anket formuna isim vb. gibi kişisel bilgilerin yazılması istenmemektedir. Bilginin şahsiliğine ve saklılığı ilkesine özenle uyulacaktır.İçten katkınız için teşekkürler...

Öğr. Gör. Fatma SÖYLEMEZ

1- Cinsiyetiniz

Erkek  Kız

2- Kaç yaşındasınız? (Doldurduğunuz yaşı yazınız).....

3- Bölümünüz

Hemşirelik

Çocuk Gelişimi

Tıbbi Laboratuvar Teknikleri

Patoloji Laboratuvar Teknikleri

İlk ve Acil Yardım

4-Sınıfınız

1  2  3  4

5-Halen sigara içiyor musunuz?

1.  Evet, her gün içiyorum **(Bu şıkkı işaretlediyseniz 17,18,19. Soruları cevaplamayınız)**

2.  Arasına içiyorum **(Bu şıkkı işaretlediyseniz 17,18,19. soruları cevaplamayınız)**

3.  İçiyordum bıraktım **(Bu şıkkı işaretlediyseniz 17. soruya geçiniz)**

4.  Hiç içmedim **(Bu şıkkı işaretlediyseniz 21. soruya geçiniz)**

6- Sigara içmeye başladığınızda hangi dönemdeydiniz?

1.  İlkokul döneminde

2.  Ortaokul döneminde

3.  Lise döneminde

4.  Üniversiteye başladıktan sonra

7- Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

1.  10 adet ve altı

2.  11-20 adet

3.  21+ adet

8-Sabah ilk sigaranızı uyanışınızdan ne kadar sonra içersiniz?

İlk beş dakika içinde  6-30 dakika içinde

31-60 dakika içinde  Bir saatten sonra

9-Sigara içiminin yasak olduğu yerlerde içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?

Evet

Hayır

10-Uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık mı içiyorsunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

11-Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar rahatsız olduğunuzda da sigara içer misiniz?

( ) Evet ( ) Hayır

12-Gün boyunca içtiğiniz sigaralardan vazgeçilmesi en zor olanı hangisidir?

( ) Sabahın ilk sigarası ( ) Diğer

13-Önümüzdeki 6 ay içerisinde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

14-Önümüzdeki 1 ay içerisinde sigarayı bırakmaya niyetiniz var mı?

( ) Evet ( ) Hayır

15-Geçen yıl sigarayı bırakmayı denediniz mi?

**( Bırakma kararını takiben, 24 saatten daha fazla olmak üzere içmemek bir bırakma denemesi sayılır. 24 saatten kısa sürmüş bırakmalar, bırakma deneyi sayılmaz )**

( ) Evet ( ) Hayır

16- Sigara içmeniz sağlığınız üzerindeki muhtemel zararlı etkileri sizi düşündürüyor mu?

( ) Çok fazla düşündürüyor

( ) Oldukça düşündürüyor

( ) Biraz düşündürüyor

( ) Hiç düşündürmüyor

17-Sigarayı ne zaman bıraktınız?

( ) 6 aydan daha az

( ) 6 ay-1 yıl

( ) 1 yıldan fazla

18- Sigarayı bırakmanızdaki **en önemli** nedeniniz ne olmuştur?

( ) Hastalık- sağlığın bozulması endişesi

( ) Bağımlı olma endişesi

( ) Aile- arkadaş-çevre etkisi

( ) Sigaranın kötü kokusu

( ) Ekonomik sebepler

( ) Diğer yazınız.....

19-Sigarayı bırakma şekliniz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?

( ) Kendi kendime ilaçsız bıraktım.

( ) Kendi kendime ilaçlı bıraktım. İlacın adını yazınız .....

( ) Hekim yardımıyla ilaçsız bıraktım.

( ) Hekim yardımıyla ilaçlı bıraktım. İlacın adını yazınız .....

20- **(Halen içenler ve bırakmış olanlar yanıtlayacak)** Sigaraya başlama döneminizi

düşünüp kanaatınıza göre sigaraya başlamanızda etkili olan **en önemli** faktörü işaretleyiniz.

( ) Aile-arkadaş- çevre etkisi ( ) Diğer yazınız.....

( ) Özenti

( ) Stres

( ) Sorunlar

( ) Keyif, zevk alma

( ) Merak

( ) Kendini ispatlama

21- Alkol kullanıyor musunuz?

( ) Sık sık

( ) Ara ara

( ) Çok nadir

( ) Kullanmıyorum

- 22- Gündelik kararlarınızı verirken (örneğin ne giyeceğiniz, ne yemek yiyeceğiniz gibi) başkalarından bol miktarda öğüt ya da destek alma ihtiyacı mı duyarsınız? ( )Hayır ( ) Evet
- 23- Maddi kazançlarınız, Çocuk bakımı, ev işleri gibi yaşamınızın çoğu alanında işlerinizi halletmek için başkalarına mı bağımlısınız? ( )Hayır ( ) Evet
- 24- Başkalarına, yanlış olduklarını düşünseniz bile, onlarla aynı görüşü paylaşmadığınızı söylemekte zorluk mu çekersiniz? ( ) Hayır ( ) Evet
- 25- Yardım edecek hiç kimse olmadığında, size verilen görevlere başlamakta ya da yapmakta zorluk çeker misiniz? ( ) Hayır ( ) Evet
- 26- Başkalarının destek ve bakımını sağlamak için, hoş olmayan şeyleri yapmaya gönüllü olur musunuz? ( ) Hayır ( ) Evet
- 27- Tek başınıza- yalnız- kaldığınızda, kendinizi rahatsız ya da çaresiz hisseder misiniz? ( ) Hayır ( ) Evet
- 28- Biriyle olan yakın ilişkiniz sonlandığında, derhal size bakıp destek olabilecek başka birini bulmak zorunda olduğunuzu mu düşünürsünüz? ( ) Hayır ( ) Evet
- 29-Kendi kendinize bakma zorunda kalacağınız yalnız bırakılacağınız yönünde endişeleriniz oluyor mu? ( ) Hayır ( ) Evet

## 2. ETİK KURUL KARARI


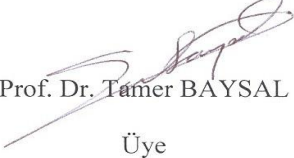



**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**İNSAN ETİK KURUL KARARI**



Toplantı Tarihi : 01/11/2011  
 Toplantı Yeri : TÖTM -MALATYA  
 Araştırmanın Protokol No.su : 2011/153  
 Sorumlu Araştırmacı Ünvanı/Adı/Soyadı : Prof.Dr. Metin GENÇ

“Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara Kullanma Durumlarının Bağımlı Kişilik Ölçeğiyle ilişkisi” konulu araştırma incelenmiştir.

Adı geçen araştırmanın; araştırma protokolüne tamamen uyulmak, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi yönergesinde belirtilen hususlar yerine getirilmek ve sorumluluk araştırmacıya ait olmak üzere çalışmanın yapılmasında herhangi bir etik sakıncanın bulunmadığına oy birliği ile karar verildi.

 Prof.Dr. Metin GENÇ Başkan	 Prof. Dr. Tamer BAYSAL Üye	 Doç. Dr. Hakan PARLAKPINAR Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. M. Tayyar KALCIOĞLU Üye <i>katılmadı</i>	Doç. Dr. Ahmet KARADAĞ Üye <i>katılmadı</i>	 Yrd. Doç. Dr. Arzu KARAKURT Üye
Yrd. Doç. Dr. Ahmet ÇIĞLI  Üye	Yrd. Doç. Dr. İzzetiye Ebru ÇAKIR Üye <i>katılmadı</i>	Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ Üye <i>katılmadı</i>

## ÖZGEÇMİŞ

1982 yılında Adıyaman'da doğdu. İlköğrenim ve ortaöğrenimini Malatya'da tamamladı. 2000 yılında İnönü Üniversitesi Adıyaman Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünü kazandı ve 2004 yılında öğrenimini tamamladı. 2004 yılında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'ne hemşire olarak atandı. 2010 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrenimine başladı. 2010 yılında Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'na öğretim görevlisi olarak atandı. Halen bu görevi sürdürmektedir. Evli, bir çocuk annesidir.