



**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**SAMSUN İLİ 10-18 YAŞ GRUBU ÖĞRENCİLERDE
SİGARA İÇME SIKLIĞI VE SİGARA İÇME DURUMUNU
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Dr. Bahar ATAŞ
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

SAMSUN - 2021



**T. C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**SAMSUN İLİ 10-18 YAŞ GRUBU ÖĞRENCİLERDE
SİGARA İÇME SIKLIĞI VE SİGARA İÇME DURUMUNU
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Dr. Bahar ATAŞ
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Recep SANCAK**

SAMSUN - 2021

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim boyunca ve tez çalıŐmalarım sırasında büyük desteğini gördüğüm, gerek bilimsel anlamda gerekse diğer konularda çok Őey öğrendiğim, eğitimimde emeği geçen baŐta değerli hocam Prof. Dr. Recep SANCAK olmak üzere tüm hocalarıma, tez çalıŐmamda bana çok yardımcı olan ocuk alerji ve immünoloji yandal asistanımız Dr. İlknur Kökçü'ye, istatistiksel analizlerin yapılmasında emeği geçen Furkan elik'e, çalıŐmaktan çok mutlu olduğum tüm asistan arkadaşlarıma, hastane çalıŐanlarına, personellerimize, yıllarca emeklerini esirgemeyen ve uzman olmamda maddi ve manevi her türlü desteği sağlayan canım aileme ve biricik yeğenim Defne'me sonsuz teŐekkürler...

BEYAN

“Samsun İli 10-18 Yaş Grubu Öğrencilerde Sigara İçme Sıklığı Ve Sigara İçme Durumunu Etkileyen Faktörler” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarına ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Bahar ATAŞ

ÖZET

Amaç: Sigara, özellikle çocukları ve adölesan dönemdeki gençleri etkileyen, dünya çapında bir tehlikedir. Sigara içimi önlenabilir bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışmamızda; ortaokul ve lise öğrencileri arasında sigara içme insidansını etkileyen çeşitli faktörler göz önüne alınarak, sigara ile ilgili bilgi ve davranışların belirlenmesi ve sigara karşıtı kampanyalara yararlı olabilecek verilerin elde edilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve metod: Kesitsel tipteki bu araştırmaya Samsun ilinde, rastgele örnekleme yöntemiyle belirlenen 383 erkek (%48,78), 402 kız (%51,22) üzere toplam 785 öğrenci alınmış ve veriler anket yöntemiyle toplanmıştır. Veriler SPSS 15.0 Win Episclope 2.0 paket programlarında değerlendirilmiştir. İstatistiksel olarak yüzde, ortalama, standart sapma, Odds oranı, minimum maksimum değerler ve güven aralıkları kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizi için Ki kare, One Sample t testi, multi varyant lojistik regresyon analizleri uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışma grubunda 30 öğrencinin (% 3,82'si) sigara içtiği saptandı. Araştırma kapsamındaki öğrenciler arasında sigara içme prevalansı kızlarda 9 öğrenci (% 1.1), erkeklerde 21 öğrenci (% 2.72) olarak saptandı. Sigara deneyen öğrencilerin sigaraya başlama yaşı ortalaması $13,6 \pm 1,36$ olarak bulundu. Araştırmamızda kızlarda ilk sigarayı deneme yaş ortalaması $14 \pm 1,38$ iken; erkeklerde $13,2 \pm 1,62$ 'dir. Kızların erkeklere göre sigaraya başlama yaşının büyük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, (p:0,001). Her iki cinste de yaş artmasıyla sigara içme sıklığının artmakta olduğu görülmüştür. Araştırmamızda 14 yaşında hem erkek hem de kız cinsiyette sigara içme sıklığının maksimum olduğu görülmüştür. Bu dağılım sigara içen erkeklerde 6 kişi (%28,5), kızlarda 4 kişi (%44,4) olarak bulunmuştur. Sigaraya başlamada can sıkıntısının, arkadaş çevresinin ve aile bireylerinden birinin sigara kullanmasının etkin rol oynadığı belirlendi. Araştırmamızda kardeşlerden birinin sigara içmesi durumunun, öğrencilerden sigara içme durumuna etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,001).

Sonuç: 10 yıl önce Samsun il ve ilçelerinin kentsel ve kırsal bölgelerinde yapılan çalışma ile bizim çalışmamızda sigara içme prevalansı benzer bulunmuştur. Sigaranın zararları hakkında

genç yaş grubuna daha fazla bilgi verilmesi ve sigara içme alışkanlığının azaltılması için yapılan kampanyalara ve bu gruba yönelik mesajlara daha fazla yer verilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: Sigara içimi, öğrenci, adölesan dönem, prevalans



SUMMARY

Purpose: Smoking is a global danger especially affecting kids and young people, but it is a preventable problem. In this study; obtaining of the data, that can be useful to prevent smoking by considering the factors affecting students at secondary and high school today and 10 years ago at the similar population, has been targeted.

Material and method: This research surveyed 383 male (%48,78), 402 (51,22%) female, totally 785 randomly sampled students from Samsun province. The data was analyzed via SPSS 15.0 Win Episcope 2.0 program. Statistically, percentage, average, standard deviation, odds ratio, min-max values and trust intervals were utilized. The statistical analysis of data were made by using Ki square, Mann Whitney U test, one sample t test, multi-variant logistic regression.

Findings: It was revealed that 30 students in the working group are smokers. Among them, 9 (1.1%) of the smokers are female and 21 (2.72%) of the smokers are male. Average age of the smokers that tried smoking before was evaluated as $13,6 \pm 1,36$. Among those, average age of female students tried smoking first time is $14 \pm 1,38$ and male students is $13,2 \pm 1,62$. It has been evaluated as logical that female students starts smoking later than male students ($p: 0,001$). As age increases, both male and female smokers ratio increases. This study showed clearly that both for male and female students, age of 14 is the peak for smoking. Reasons behind starting to smoke were evaluated as being bored, having smoker friends and family members. This study statisticslly showed that if one of the siblings is a smoker, this is a key factor for others being smokers ($p:0,001$).

Result: It was seen that the prevalence of smoking in Samsun province now and 10 years ago is similar among those students. It is recommended that increasing the awareness of young people regarding the harms of smoking and enhancing campaigns to reduce smoking among them are key to minimise smoking prevalence.

Keywords: Smoking, student, young people, prevalence

KISALTMALAR

- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
- FCTC:** Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
- TEKEL:** Tütün, Tütün Mamülleri, Tuz ve Alkol İşletmeleri Genel Müdürlüğü
- PAH:** Polisiklik Aromatik Hidrokarbon
- CEA:** Karsinoembriyojenik Antikor
- IUGR:** İntrauterin Gelişme Geriliği
- KOAH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
- KKH:** Koroner Kalp Hastalığı
- SFT:** Solunum Fonksiyon Testi
- FEV 1:** 1. Sn Zorlu Expiryum Volümü
- FVC:** Zorlu Vital Kapasite
- KAH:** Koroner Arter Hastalığı
- MI:** Miyokard İnfarktüsü
- ÇSİ:** Çevresel Sigara İçiciliği
- TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- UNICEF:** United Nations International Children's Emergency Fund
- NRT:** Nikotin Replasman Tedavisi
- NE:** Norepinefrin
- LHH:** Langerhans hücreli histiyositoz
- IPF:** İdiyopatik Pulmoner Fibrozis
- EPA:** Çevre Koruma Dairesi
Environmental Protection Agency
- KGTA:** Küresel Gençlik Tütün Araştırması
- PAH:** Polisiklik Aromatik Hidrokarbon

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZGEÇMİŞ.....	V
BEYAN.....	VI
ÖZET	VII
SUMMARY.....	IX
KISALTMALAR.....	X
İÇİNDEKİLER.....	XI
TABLolar.....	XIII
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. TÛTÛNÛN TARİHÇESİ	3
2.2. SİGARA EPİDEMİYOLOJİSİ.....	4
2.2.1 DÛnyada sigara içme sıklıkları	4
2.2.2 Ûlkemizde sigara içme sıklıkları	8
2.3. SİGARANIN İÇERİĞİ.....	9
2.4. KADIN SAĞLIĞI, GEBELİK VE SİGARA	12
2.5. SİGARA VE GENÇLİK.....	13
2.6. SİGARAYA BAĞLI MORTALİTE VE MORBİDİTE	14
2.7. SİGARA VE EKONOMİ.....	15
2.8. SİGARA KULLANIMININ SAĞLIĞA ETKİLERİ.....	15
2.9. PASİF SİGARA MARUZİYETİ.....	18
2.10. SİGARA BAĞIMLILIĞI VE DEĞERLENDİRİLMESİ.....	19
2.11. SİGARA İÇME DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	21
2.12. SİGARA VE SOSYAL İÇİCİLİK	21

2.13.TÜTÜN KONTROLÜ VE YERLEŞKELERDE SİGARAYLA İLGİLİ

PROGRAMLAR.....	22
2.14. ADÖLESAN DÖNEMİ.....	23
Adölesan Döneminde Bilişsel Gelişim.....	24
Adölesan Döneminde Duygusal Gelişim.....	24
Adölesan Döneminde Sosyal Gelişim.....	24
Adölesan Dönemi Ve Aile ilişkileri.....	25
Adölesan Dönemi Ve Arkadaşlık ilişkileri.....	25
Adölesan Dönemde Genel Davranışlar.....	25
Adölesan Dönem Sorunları.....	26
Adölesan Döneminde Alışkanlık ve Bağımlılık Yapan Madde Kullanımı	26
2.15. TÜTÜN BAĞIMLILIĞINDA KULLANILAN TEDAVİLER.....	27
2.16.POTANSİYEL TÜTÜN BAĞIMLILIĞI TEDAVİLERİ.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	31
4. TANIMLAYICI BULGULAR	33
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇLAR	57
7. KAYNAKLAR	59
8. EKLER	74

TABLolar DİZİNİ

- Tablo: 1.** Sigara içenlerin Ülkelere Göre Oranı (15 Yaş Ve Üstü)
- Tablo: 2.** Sigara İçiminin Evreleri
- Tablo: 3.** Sigara Dumanında Katran Fazında Zararlı Maddeler
- Tablo: 4.** Nikotin Kesilme Sendromu Tanı Kriterleri
- Tablo: 5.** Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Cinsiyet Dağılımı
- Tablo: 6.** Çalışma Kapsamına Giren Öğrencilerin Yaşlar Göre Cinsiyet Dağılımı
- Tablo: 7.** Erkek Ve Kız Öğrencilerde Sigara İçme Durumu
- Tablo: 8.** Erkek ve Kız Cinsiyette Yaşa Göre Sigara İçme Durumu
- Tablo: 9.** Çalışmaya Katılan Öğrencilerde Yaşa Göre Sigaraya Başlama Durumu
- Tablo: 10.** Cinsiyete Göre Sigaraya Başlama Yaşı Ortalaması
- Tablo: 11.** Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Sigara İçme Nedenleri
- Tablo: 12.** Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Sigara İçme Sıklığı
- Tablo: 13.** Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Kamu Spotlarının Sigarayı Bırakmaya Etkisi
- Tablo: 14.** Sigara İçen Öğrencilerin Sınav Döneminin Sigara İçme Sıklıklarına Etkisi
- Tablo: 15.** Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Aile Bireyleri veya Arkadaşlarından Birinin Sigara İçme Durumu
- Tablo: 16.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Annelerinin Hamileyken Sigara İçme Durumu
- Tablo: 17.** Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Anne veya Babasının Kaç Yıldır Sigara İçtiği ve Öğrencilerin Yanlarında Sigara İçmesi Durumu
- Tablo: 18.** Araştırmaya Alınan Sigara İçen Öğrencilerin Ailelerinin Sigara İçtiklerini Bilmesi Durumu
- Tablo: 19.** Araştırmaya Alınan Öğrencilerin Sigaranın Zararlı Etkilerini Bilme Durumu
- Tablo: 20.** Araştırmaya Alınan Öğrencilerin Spor Yapma Durumu
- Tablo: 21.** Araştırmaya Alınan Öğrencilerin Bilinen Bir Hastalıklarının Olması Durumu

Grafik: 1. Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Yaşa Göre Cinsiyet Dağılımı

Grafik: 2. Erkek ve Kız Cinsiyette Yaşa Göre Sigara İçme Grafik Dağılımı

Grafik: 3. Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Sigaraya Başlama Yaşı Grafik Dağılımı

Grafik: 4. Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Sigara İçme Nedenleri Grafik Dağılımı

Grafik: 6. Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Aile Bireyleri Veya Arkadaşlarından Birinin Sigara İçme Durumu Grafik Dağılımı

Grafik: 7. Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Annelerinin Sigara İçme Sıklığı Grafik Dağılımı

Grafik: 8. Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Babalarının Sigara İçme Sıklığı Grafik Dağılımı

Grafik: 9. Alınan Öğrencilerin Sigaranın Zararlı Etkilerini Bilme Durumu Grafik Dağılımı



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara kullanımı, günümüzde ciddi ölümcül hastalıklara neden olmaktadır. Bu durum ancak çeşitli önlemler alınarak önlenabilir. Sigara kullanımı uzun yıllardır zevk verici bir alışkanlık olmuştur. Sigara içimi toplumda kabul görmüştür fakat yıllar içerisinde sağlık üzerindeki çeşitli olumsuz etkileri de ortaya çıkmıştır. Kontrol programlarının etkisi olsa da sigara içme sıklığındaki azalma yeterli değildir. Sigaranın yaratmış olduğu olumsuz etkiler tüm ülkelerde halen yaşanmaya devam etmektedir (1).

Sigara içimi/bağımlılığı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sınıflandırılmasında bir hastalık olarak ele alınmaktadır. DSÖ sigarayı “dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını” olarak tanımlamıştır (1).

Dünya Sağlık Örgütü verileri incelendiğinde, 10 saniyede bir kişi tütün ve tütün ürünlerinin kullanımıyla oluşan nedenlere bağlı olarak hayatını kaybetmektedir; Tütün her yıl yaklaşık 4 milyon kişinin ölümüne sebep olmaktadır. Yaşanan bu ölümlerin yaklaşık %70'i, gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Gelişmiş ülkelerde sigara kullanım oranı yıllar içerisinde azalırken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran artmaya devam etmektedir (2,3). Sigara kullanımı, dumanına maruz kalan herkese zararlıdır. Tütün yasal olarak satılan tek tüketim ürünüdür.

Dünyada yaklaşık 1 milyar 200 milyon kişinin sigara kullandığı tahmin edilmektedir ve bu kişilerin yaşları 15'in üzerindedir. (2). Dünya Sağlık Örgütü'nün verileri incelendiğinde, erkeklerin %47'si, kadınların %12'si tütün kullanmaktadır (4). Gelişmiş ülkelerde ise erkeklerin %42'si, kadınların ise %24'ü tütün kullanmaktadır. Gelişmekte olan ülkeler incelendiğinde, erkeklerin %48'si, kadınlar ise %7'si sigara kullanmaktadır. Gelişmiş olan ülkelerde 3 düzenli içiciden birinin kadın olduğu görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise 8 düzenli içiciden biri kadındır. Genel olarak, az eğitilmiş ya da eğitimsiz olan kişiler, eğitilmiş olan kişilerle karşılaştırıldığında, sigara içmeye daha meyilli oldukları görülmüştür (5).

Kişiler çok erken yaşlarda sigara kullanmaya başlamaktadır. Bu durum sigaranın sağlık üzerinde yapacağı olumsuz etkilere sebep olmaktadır. (6). Tütün firmaları özellikle gençleri hedef almaktadır. Erken yaşlarda sigaraya içmeye başlayan kişilerde tiryaki olma olasılığı artmaktadır (1).

Türkiye, kişi başına olan sigara kullanımı açısından, Avrupa ülkeleri arasında Yunanistan'dan sonra ikinci sıradadır. Türkiye'de gelişmiş ülkelerdeki eğilimin aksine sigara içme sıklığı artmaktadır. Çocuklar, gençler ve kadınlarda sigara içme sıklığı daha düşüktür.

Sigara ciddi sağlık sorunlarına neden olan bir alışkanlıktır. Çocuklar, gençler ve kadınlar özellikle bu alışkanlığa karşı korunması gereken en önemli risk gruplarını oluşturmaktadır.

Türkiye’de, halen sigara kullanımını nedeniyle ölen insan sayısının, trafik kazaları nedeniyle ölen kişi sayısının on katı olduğu tahmin edilmektedir. Sigara kullanımı, erken ölüme neden olan üç önemli hastalığa sebep olmaktadır. Bunlar; kalp hastalıkları, kanser, beyin-damar hastalıklarıdır (3).

Sigara içmek kişisel bir tercihtir fakat sigara kullanan kişiler toplumdaki ve çevreden etkilenirler. Bu nedenle sigara içiminin vazgeçilmesinde de zorluklar vardır. Sigara kullanımına karşı alınan çeşitli önlemlerin sonucunda Amerika’da 36 milyon ve Fransa’da da 8 milyon kişi sigara kullanımını bırakmıştır (1).

Bu araştırmanın amacı; Samsun ili ve ilçelerindeki belirlenen ilköğretim 6., 7., 8. sınıflar ve lise öğrencilerindeki sigara içme yaygınlığını bulmak, sigara kullanmayı etkileyen risk faktörlerini incelemek ve kullanımının azaltılması için öneriler geliştirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Tütünün tarihçesi

Tütün patlıcangiller familyasından bir bitki türüdür. Tütün kullanımının geçmişi 4000 yıl öncesine dayanmaktadır (7).

Mısır'ın ünlü mumyası II. Ramses, 1979 yılında bilim adamları tarafından incelendiğinde, bağırsaklarında **tütün** yaprakları bulunmuştur. Eski Mısır'da tütün içilmediği biliniyordu fakat bu buluşla birlikte tütün bitkisinin varlığı kanıtlanmıştır (9).

M.Ö 1000 yılında Orta Amerikada'ki bazı antik tapınak duvarlarında çeşitli figürler bulunmuştur, bunların maya rahiplerinin tütün içtiğini tasvir eden oymalar olduğu görülmüştür. Ayrıca tütün yaprakları acıyı azaltmak için yaraların üzerine sarılıyordu, tütün kullanımı böylece tıp alanında da yaygın olarak kullanılır hale gelmişti (8).

M.S 600'lü yıllarda Maya kabileleri çeşitli bölgelere dağılmışlar ve gittikleri bu yerlere de tütünü götürmüşlerdir. 1492 yılında, Bahama Adası'ndaki Arawak halkı, Columbus'a hediye olarak tütün yaprakları vermişlerdir. Fakat bu ürünün değerini anlayamayan Columbus, yaprakları atmıştır. Küba'ya yapmış oldukları yolculuktan dönenken Rodrigo de Jerez ve arkadaşı, tütün yapraklarının dumanını içine çeken yerlilerle karşılaşmışlardır (8).

1561 yılında Fransa'nın Lizbon büyükelçisi, baş ağrısı çeken ve sarayda bulunan Catherine de Medici'ye enfiye kullanmasını önermiştir. Tütün, Catherine de Medici'nin hapsirmasını sağlayarak baş ağrılarını azaltmıştır.

Osmanlı döneminde I.Ahmet, tütünle ilgili olan ilk fermanında, birkaç yıldır İngiltere'den 'tabaga' adı verilen bir yaprağın getirildiği, halk arasında kullanımının arttığı, insanların bu yaprağı içtiği için öldüklerini ve işlerinden geri kaldıklarını, hastalıkların yaygınlaştığı, bu nedenle ülkede tütünün ekiminin, ticaretinin ve içiminin yasaklandığı, taşradaki dirlik sahiplerinin işleriyle uğraşmalarını, eğer emre uymazlarsa bu kişilerin cezalandırılacağı belirtiliyordu (6).

1633 yılında Sultan IV. Murad alkol, tütün ve kahveyi yasaklamıştır (8).

1700 yılında ABD'nin doğusunda koruyucu ticari engeller oluşturulmuştur. Bu engellerle çeşitli ülkelerin çıkarları gözetilmek istenmiştir.

1800 yılında Kuzey Amerika'da ilk tütün üretimi başlamıştır (8).

1846'lı yıllarda puro kullanımında artış olmuştur. Özellikle Meksika Savaşı sırasında yorgunluklarını giderebilmek için askerler puroyu daha sık kullanmışlardır.

1902 yılında İngiliz şirketi ve ABD şirketi, aralarında bulunan ticari savaşı bitirerek ' British-American Tobacco Company Ltd. ' adında ortak bir şirket kurmuşlardır. 2. Dünya

Savaşı'nda sigara kullanımı gittikçe yaygınlaşmıştır. Sonraki beş yıl içerisinde, Amerikalı kadınların dörtte birinin ve Amerikalı erkeklerin de yarısının sigara içtiği görülmüştür.

1990 yılında Büyük Amerikan tütün şirketleri ortak bir karar vererek, Ana Uzlaşma Sözleşmesi'ni imzalamıştır. Bu sözleşmeyle birlikte bu şirketler, bu eyaletlerde hastalanan sigara kullanıcılarının tedavisinde harcanan sağlık sigortası masraflarıyla ilgili davalar için 25 yıl gibi bir sürede, 200 milyar dolardan fazla uzlaşma ücreti ödemeyi kabul etmişlerdir (8).

2000 yılında, tütün reklamlarına, bu reklamların sponsorluklarına bazı kısıtlamalar getiren, yeni etiketleme standartlarının benimsenmesini ve kapalı alanlarda hava sahasının kontrolünü gerektiren, sigara kaçakçılığına karşı ciddi yaptırımları olan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (FCTC) , Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edilmiştir (8).

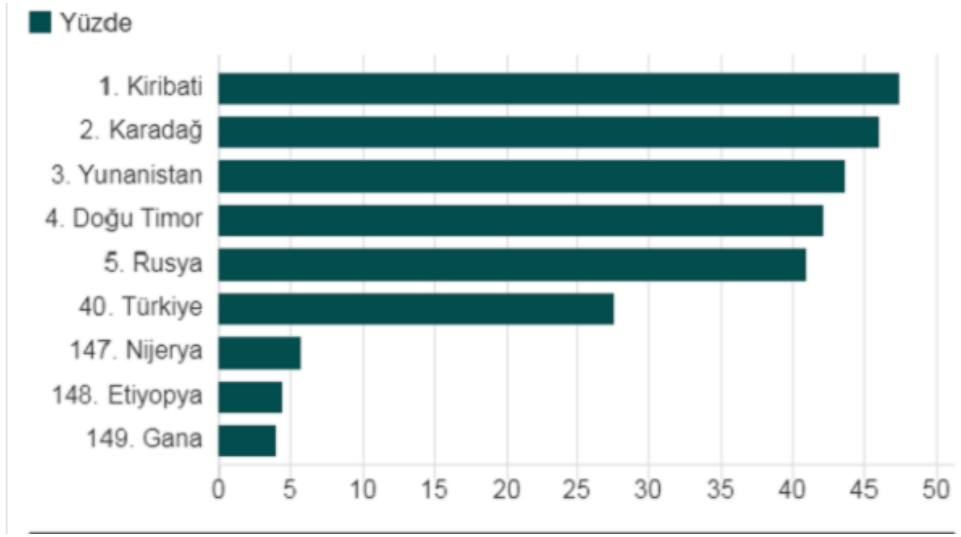
2.2 Sigaranın Epidemiyolojisi

DÜNYADA SİGARA İÇME SIKLIKLARI

Tütün kullanımı dünyada oldukça yaygın bir davranıştır ve dünya geneline bakıldığında 1,5 milyara yakın kişi sigara içmektedir. Tütün kullanan kişi sayısının en fazla olduğu ülkelerin başında Çin ve Hindistan gelmektedir. Türkiye ise; 17 milyon civarında tütün kullanan kişi sayısı ile bu ülkelerin arasında onuncu sırada yer almaktadır (10).

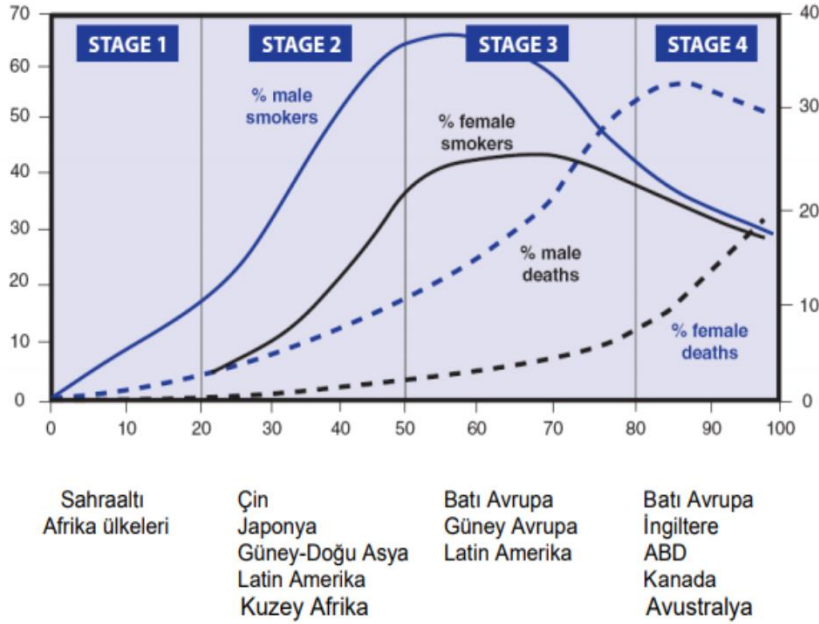
Dünyada tütün tüketiminin üçte ikilik bölümü 10 ülkede olmaktadır, bunların arasında Türkiye de bulunmaktadır. Ülkelerde, tütün ürünlerinin kullanım sıklığı farklılıklar göstermektedir. Sigara kullanımı gelişmekte olan ülkelerde, gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler karşılaştırıldığında ise, kadınlar arasındaki sigara kullanımı gelişmekte olan ülkelerde daha fazladır. Gelişmekte olan ülkelerde sigara kullanımı açısından erkekler ve kadınlar arasında farklılıklar vardır. Gelişmiş ülkelerdeki erkek ve kadınlar arasında ise sigara kullanımı birbirine daha yakın değerlerdedir. Bazı ülkelerde 15 yaş ve üstü kişiler için sigara kullanımıyla ilgili değerler Tablo 1'de görülmektedir. Tablo 1, DSÖ 2016 yılı verilerini göstermektedir.

Tablo: 1. Sigara içenlerin Ülkelere Göre Oranı (15 Yaş Ve Üstü)



Son yüzyıllık sürede dünyadaki tütün kullanımına bakıldığında, dört evrenin yaşandığı görülmüştür. Ülkeler öncelikle birinci-ikinci evrelerden geçerek, dördüncü evreye ulaşmışlardır (10). Bu evreler tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo: 2. Sigara İçiminin Evreleri



• **Birinci Evre:** Bu evre tütün kullanımının henüz düşük düzeyde olduğu fakat zaman geçtikçe tütün içiminin artmasının beklendiği evredir. Bu artış öncelikle erkekler arasında olacaktır. Kadınların sigara kullanım oranının çok düşük düzeylerde olduğu görülmektedir.

• **İkinci Evre:** Bu evrede tütün kullanımında hızlı bir artış yaşanmaktadır. Tütün kullanım artış hızı daha çok erkeklerde olmuştur. Kadınlar arasında da sigara kullanımı yaygınlaşmıştır. Tütün kullanımında artış olmasıyla birlikte, sağlık sorunları da artmıştır.

• **Üçüncü Evre:** Bu evrede sağlık sorunları en çok görülmektedir. Sağlık sorunlarının artmasıyla sigara kullanımı azalmaya başlamıştır. Önce erkekler arasında sigara kullanımı azalacak, daha sonra kadınlar arasında sigara kullanımı azalacaktır. Bu dönemde özellikle erkeklerde sigaraya bağlı ölümler fazladır. Kadınlarda da sigaraya bağlı ölümlerde artma başlamıştır.

• **Dördüncü Evre:** Bu son evrede kadınlar ve erkekler arasında sigara kullanımı önemli ölçüde azalmıştır. Erkeklerde sigaraya bağlı ölümlerde azalırken, kadınlarda sigaraya bağlı ölümler artmaktadır

Gelişmiş ülkelerde sigara içme sıklığı azalma gösterirken, gelişmekte olan ülkelerde sigara içme sıklığı giderek artmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde 18 yaşın altında olan kişiler arasında tütün içme sıklığı giderek artmaktadır. Sigaraya başlama yaşının azalmasıyla birlikte gelecekte, gelişmekte olan ülkelerde ciddi sağlık sorunlarının olacağı düşünülmektedir (11).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine bakıldığında, dünyada erkeklerin %47'si, kadınların ise %12'si tütün kullanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde erkeklerin sigara içme sıklığı %42, gelişmekte olan ülkelerde ise %48'dir. Gelişmiş ülkelerdeki kadınların sigara içme sıklığı %24, gelişmekte olan ülkelerde ise %7'dir. Kadınlar; gelişmiş ülkelerde 3 düzenli içiciden biri iken, gelişmekte olan ülkelerde 8 içiciden biridir (4).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 80 ayrı çalışmadan elde edilen verileri toplayarak bulduğu sonuçlar, bölgeler arasında ve özellikle de kadınlar arasında sigara içme sıklığı açısından büyük farklılıklar göstermektedir. Örneğin, bölgeler arasında en fazla olarak Doğu Avrupa ve Orta Asya'da erkeklerin %59'u ve kadınların da %26'sı sigara içmektedir. Buna karşılık, Doğu Asya ve Pasifik Bölgesi'nde erkeklerdeki sıklık aynı şekilde %59 olarak yüksek bir oran iken, kadınların sadece %4'ü sigara içmektedir.

Tüm dünyada sigara içenlerin %35'i Doğu Asya ve Pasifik Bölgesi'nde ,%13'ü Doğu Avrupa ve Orta Asya bölgesi'nde bulunmaktadır. Diğer bölgelerdeki oranlar %10 'un altındadır.

Gelir düzeylerine göre bakıldığında ise, dünyada sigara içenlerin %82'si alt/orta gelir düzeyindeki ülkelerde bulunmaktadır. DSÖ verilerine göre 1970'den 1990'a kadar 111 ülke içinde 30 ülkede kişi başına yıllık sigara tüketimi artmıştır. Bu 30 ülkenin 25'i düşük ve orta

gelir düzeyindeki ülkelerdir. Aynı şekilde, 10 içiciden 8'i de gelişmekte olan ülkelerde bulunmaktadır (5,12).

Çin, sigara tüketiminde en ön sıralardadır. Çin halkında sigara içme oranı erkeklerde %63, kadınlar da ise %4'tür. Ayrıca Çin'de 1984'ten 1996'ya kadar olan dönemde, 15-19 yaş grubunda sigaraya başlayan erkek sayısında anlamlı bir artış söz konusudur.

Sigaranın bırakılmasına bakıldığında; Gelir düzeyi yüksek olan ülkelerde erkek nüfusun yaklaşık %30'u artık eski içici haline gelmişlerdir. Buna karşılık 1993'te Çinli erkeklerin %2'si ve aynı dönemde Hindistan erkeklerinin de sadece %5'i sigarayı bırakabilmişlerdir. 1997'de Vietnam erkeklerindeki oran da benzer şekilde %10'dur. Sigara karşıtı kampanyalar olsa bile bazı Pasifik ülkelerinde (Yeni Zelanda, Avusturalya ve Tayland hariç) sigara tüketiminde halen artışlar görülmektedir (5, 13).

ABD'de de sigara içme sıklığına bakıldığında son yıllarda ciddi bir düşüş görülmüştür. 2001'de yapılan araştırmaya göre, ABD'de erişkinlerde sigara içme sıklığı %22,8 olarak görülmüştür. Bu da 46.2 milyon erişkin demektir. 1965'de erişkinlerin %46,2 si sigara içtiğini bildirmiştir. 1965-2001 döneminde sigara tüketimi azalmış ve oran neredeyse yarıya inmiştir. 1993-2000 döneminde, 18-24 yaş grubu hariç, tüm yaş gruplarında sigara içme sıklığıda azalma saptanmıştır. Eğitim düzeyleri daha iyi olanlar %74.4 gibi bir oranla sigarayı bırakmayı başarabilmişken, bu oran daha az eğitilmişlerde %33.6'dır (14,15).

1. Dünya Savaşı sonrasında, erkeklerde olduğu gibi kadınlarda da sigara içme sıklığı artış göstermiştir. Yirminci yüzyılın başlarında kadınların sigara içmesi hoş karşılanmıyordu. Kadınların sigara içme sıklığındaki bu artışta, sigaranın kadının özgürlük hareketlerinin sembolü olarak gösterilmesi dikkat çekmektedir. Sigara şirketleri kadına yönelik kampanyaları desteklemiştir. Bu durumun kadınlar arasında sigara tüketimini arttığı gözlenmiştir. (16,17).

Sigara epidemiyolojisinin en önemli unsurlarından birisi de şüphesiz sigaraya başlama yaşıdır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; dünyada yüksek gelir düzeyindeki ülkelerde günde 14.000-15.000 civarında çocuk-geç, sigaraya başlamaktadır. Orta ve düşük gelir düzeyindeki ülkelerde ise, bu sayının 68.000-84.000 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Bu demektir ki, dünya genelinde 82.000-99.000 civarında çocuk-geç sigaraya başlamakta ve nikotin bağımlısı olma riski taşımaktadır (6). ABD'de sigara içenme oranlarına bakıldığında, sigara içenlerin %80'inden fazlasının 18 yaş altında sigaraya başladığı görülmektedir. Gençlere yönelik faaliyetlerle bu eğilimin önlenmesi hedeflenmelidir (18).

Bilir ve ark.'nın 1996 yılında Ankara'da yapmış oldukları çalışmada, değişik meslek gruplarındaki kişilerin, yaklaşık olarak lise bittikten sonra ya da üniversiteye başlama

döneminde sigara içmeye başladıkları görülmüştür. Ancak, lise öğrencilerinde sigaraya başlama yaş ortalaması 14.2 iken, ortaokul öğrencilerinde 12.4 olarak bulunmuştur. Bu araştırma kişilerin erken yaşta sigaraya başladıklarını ve gelecekte de erken yaşta sigara kullanımının sağlık üzerinde yapacağı olumsuz etkileri arttıracaklarını düşündürmektedir (19).

Dünya Sağlık Örgütü, 21. Yüzyılda herkes için sağlık kapsamında ‘‘2015 yılına kadar bağımlılık yapan tütün, alkol ve psikoaktif ilaçların tüketimi ve sağlık üzerindeki olumsuz etkileri üye ülkelerde belirgin şekilde azaltılmalıdır.’’ hükmü yer almaktadır (20).

ÜLKEMİZDE SİGARA İÇME SIKLIKLARI

Türkiye uzun yıllardır tütün üreten bir ülkedir. Türkiye dünya tütün üretiminin % 1.7’ sini karşılamaktadır. Türkiye’de son yirmi yıl içerisinde tütün üretimi önemli bir azalma göstermiştir. Türkiye’deki tütün ürünü üretimi, satışı ve pazarlaması 1980’li yıllara kadar devlet kontrolünde TEKEL aracılığıyla yapılmıştır. 1984 yılında TEKEL çok uluslu tütün firmasına satılmıştır. Tütün ürünlerinin üretimi ve satışı yabancı tütün şirketlerinin kontrolüne girmesiyle Türkiye, tütün ithal etmeye başlamıştır. Yıllar içinde ithal edilen tütün miktarı artmıştır (22).

Özellikle TEKEL’in özelleştirilmesi ve satılmasıyla birlikte, Türkiye’de sigara kullanımında hızlı bir artış olmuştur. Bu artış hızı 1990’lı yılların sonlarına kadar sürmüş, sonrasında düşmüştür. Türkiye’de, 15 ve üzeri yaşlar için tütün ürünü kullanım sıklığı % 31.2’dir, erkeklerde %48, kadınlarda %15 olarak görülmektedir. Hergün sigara içenler ise % 27.4’tür. Hergün sigara içen kişilerin yaş gruplarına dağılımı incelendiğinde, en yüksek sıklık 25-44 yaşları arasındadır. Eğitim düzeylerine göre bir inceleme yapıldığında ise, hem erkeklerde hem de kadınlarda sigara kullanım sıklığı lise düzeyine kadar artış göstermektedir. Üniversite eğitimi olanlarda ise bu sıklık azalmaktadır (22).

Türkiye’deki kadınlarda sigara kullanımını %15 civarındadır ve bu oran gelişmekte olan ülkelerdeki kadınlarla karşılaştırıldığında oldukça yüksektir. Fakat gelişmiş ülkelerdeki kadınlar arasında sigara kullananların yüzdesi daha yüksektir. Kadınların sigara kullanım sıklığının artabileceği düşüncesiyle Türkiye, tütün endüstrisi için hedef ülkelerden birisidir. (22).

Türkiye uzun yıllardan beri tütün üreten bir ülke olmuştur. Tütün üretiminin olması nedeniyle kişiler tütüne kolaylıkla ulaşabilmekte, bu durum tütün ürünü kullanımının azaltılabilmesi için güçlük oluşturmaktadır (22).

2.3 SİGARANIN İÇERİĞİ

Sigara dumanı bir aerosoldür ve sigara dumanında 4000 çeşit kimyasal madde bulunur. Nikotin ve karbonmonoksit haricindeki maddeler dumanın katran fazını oluşturur. Dumanın bileşimi, tütünün türüne, sigaranın gevşek veya sıkı sarılmasına, nem derecesine, kağıdına ve filtresine göre değişebilir. Sigaranın yakılmasıyla 980-1050 derecelik bir sıcaklık meydana gelir. Bu sıcaklıkta tütün birleşikleri kısmen veya tamamen yeni birleşiklere dönüşürler (24).

Tablo.3 Sigara Dumanında Katran Fazında Zararlı Maddeler

KARSİNOJEN MADDELER	TAHRİŞ EDİCİ TOKSİK MADDELER
Polisiklik aromatik hidrokarbonlar (PAH)	Hidrosiyanik asit
Nitrozaminler	Furfural
Hidralazin	Akrolein
Vinil klorür	Amonyak
Aromatik aminler	Nitrik oksit
Nikel	Nitrojen dioksit
Kadmiyum	Fenol bileşikleri
Arsenik oksit	İnsektisidler
Formaldehit	Asetaldehit

Tütün yaprağındaki nikotin renksiz ve uçucu bir sıvıdır, durmakla havadan etkilenir. Havayla olan etkileşimi ile kahverengi olur ve kendine has bir koku kazanır. Suda erir, ancak lipofilik karakteri yüksektir. Kuvvetli bir bazdır (pKa:11). Kimyasal yapısı nedeniyle tersiyer amindir.

Nikotinin farmakolojik özellikleri:

Tütünün yanması ile nikotin, sigara dumanındaki 0.1-1.0 mikron çapındaki katran damlacıklarına geçerek, inhalasyonla bronşiolle ve alveollere ulaşır, oralarda çöker ve absorbe olur (25). Bronşiolle ve alveollerin geniş bir yüzey teşkil etmesi, akciğerlerden nikotinin absorpsiyonunu kolaylaştırır. Sigara dumanındaki nikotinin absorpsiyon oranı; inhalasyonun derinliğine, dumanın hacmine, dumandaki nikotin yoğunluğuna, dumanı çekme hızına, sigaranın filtresine ve inhalasyondan sonra nefes tutma süresine bağlıdır. Nikotin lipofilik karakteri ve ufak moleküllü oluşundan dolayı mukozalardan ve deriden de absorbe olur. Ağız mukozasının yanı sıra solunum yolları mukozasından da nikotinin absorpsiyonu ile sigaradan inhale edilen nikotinin %90'ı absorbe olmuş olur. Farmokokinetik incelemelerde,

sigaranın içilmesi ile ortalama 1-1.25 mg nikotinin absorbe edildiği görülmüştür. Sigarada yaklaşık 20 mg nikotin bulunmaktadır, ancak bu miktar nikotinin önemli bir bölümü yanarak başka maddelere dönüşmektedir (26). Nikotin absorpsiyonu pH a da bağlıdır. Asidik pH da nikotin iyonize durumda olduğu için hücre membranını zor aşar. Sonuçta nikotin ağızda tutulsa bile absorpsiyonu az olur. Bazı sigaralarda, pipo, puro, enfiye, nikotin sakız ve saf tütün çiğnenmesinde alkali phda (ph:8.5) nikotin noniyonize durumdadır ve absorpsiyonu kolaylaşır (27).

Sigara içerken nikotinin kan konsantrasyonu tedricen artar. Tahminen 30 dakika veya daha az sürede doruk düzeye ulaşır (25-50 ng/ml), burada biraz sabit kalır, 2 saat veya biraz daha az zaman zarfında tedricen azalır. İki saatlik yarılanma ömrü hesaba alınırsa, düzenli sigara içenlerde kanda nikotin birikimi vardır, sigara içen uyusa dahi kan nikotinsiz kalmaz, yani tiryakide nikotine maruziyet aralıklı değil, 24 saattir (25). Sistemik dolaşıma, büyük ölçüde akciğer dolaşımından giren nikotin, hızla beyne gider, 10-20 sn'de beyne ulaşır, iv verilen nikotin bile bu kadar sürede beyne ulaşamaz. Daha sonra nikotinin diğer dokulara dağılması ile beyindeki konsantrasyon seviyesi azalır. Depolandığı yerler beyin, kalp, akciğer ve kaslardır. En fazla iskelet kasında depolanır (28).

Nikotinin biyotransformasyonu büyük ölçüde karaciğerde olmaktadır. Bu biyotransformasyonun bir kısmı ise akciğer ve diğer dokularda oksidasyon şeklinde olup, asit metabolitleri oluşur. Prolidin halkasının C ve N atomlarının oksidasyonu sonucu %70-80 oranda esas metaboliti "kotinin" ve yaklaşık %4 oranda nikotin N-oksitine dönüşür. Bu ara metabolitlerin farmakolojik etkinlikleri nikotinden düşüktür (29). Kotinin, sitokrom p450 enzimlerinden cyp2a6 tarafından nikotinden meydana gelir. Nikotin metabolizmasında büyük ölçüde şahsi farklılıklar bulunmuştur. Bu farklılıklar cyp2a6 geninin genetik polimorfizmine bağlanmıştır (30). Nikotin ve majör metaboliti kotininin metabolizması, siyah ırkta beyaz ırka göre daha yavaştır. Cyp2a6 aktivitesinin inhibisyonu terapötik yaklaşımlarda faydalı olabilir. İnsanlarda cyp2a6 inhibitörlerinin nikotinin metabolik değişimini azalttığı gösterilmiştir. Genetik defekte benzer şekilde cyp2a6 inhibisyonu, nikotin biyoyararlanımını artırarak tiryakide sigara içmeyi azaltır ve prokarsinojenlerin yeni rotasını detoksifikasyona yönlendirir. Cyp2a6 enziminin yanı sıra biyotransformasyonda cyp2b6, 2c9, 2d6, 2e1 enzimleri de kısmen rol oynar (29).

Vücuda giren nikotinin %10-20'si değişmeden, asit metabolitleri ile glukronat konjugatı oluşturarak böbreklerle itrah edilir. Nikotinin eliminasyon yarılanma ömrü insanlar arasında değişkenlik göstermesine rağmen, devamlı sigara içenlerde ortalama 2 saattir (1-4 saat). İdrarın alkali olması itrahı yavaşlatır. Kotinin yarılanma ömrü, nikotinin yaklaşık 8 katıdır

(29). Nikotin süt ile de itrah edilir. Serbestçe plesentaya, ordan fetuse geçer, amnion sıvısında ve umlikal kord kanında da bulunabilir (31).

Karbonmonoksit: Sigara dumanında %2-6 arasında bulunan karbonmonoksit, devamlı sigara içenlerin, içmeyenlere oranla 2-15 kat fazladır (32). Kandaki hemoglobinin karbonmonoksite olan afinitesi, oksijene olan afinitesinin yaklaşık 200 mislidir. Böylece kandaki karboksihemoglobin artar. Bunu sonucunda kanın oksijen taşıma kapasitesi %10-15 azalır. Dokulara, özellikle de kalbe yeterince oksijen ulaşamaz, atletik performans düşer, yüksek irtifada dispne meydana gelir. Günlük içilen sigara sayısı ve sigara içilen yıllarla orantılı olarak, solunum fonksiyon testleri bozulur (25).

Katran fazı: Sigara dumanının katran fazında karsinojen ve tahriş edici maddeler bulunur. Bu maddeler tablo 3'de gösterilmiştir. Sigara dumanındaki aktif karsinojenlerden polisiklik aromatik hidrokarbon (PAH)'ların en önemlisi benzo(a)piren maddesidir. PAH'lar, karaciğerde karma fonksiyonlu oksidazlar gibi mikrozomal enzimler tarafından epoksit türevlerine dönüştürülürler. Epoksit türevleri, hücrelerde DNA moleküllerinin arillenmesine sebep olur. PAH'ların kimyasal karsinojenik oldukları 18. yy'da İngiltere'de gösterilmiştir. PAH'lar soba, kalorifer kazanı ve taşıt motorlarında katı ve sıvı yakıtların tam olmayan yanmaları sonucu oluşurlar. Ayrıca kirli havalarda da bulunurlar. Ancak sigara içenlerde hava kirliliğinin kanserojen etkisi önemli bulunmamıştır. PAH'lar solunum yollarının yanı sıra deriden de absorbe olurlar(33).

Tütün işlenmesi sırasında içindeki nikotin ve diğer alkaloidlerden tütüne özgü N-nitrozonornikotin gibi nitrozaminler oluşur. Bunlar da çok kansinojeniktir. Ayrıca tütün işçilerinde, bir tümör belirteci olan karsinoembriyojenik antijen (CEA) yüksek bulunmuştur. Deney hayvanlarında sigara dumanının zamanla normal hücreleri habis hale çevirmesi ile karsinogenezisi başlattığı ve ilerlettiği kanıtlanmıştır.

Sigara dumanındaki tahriş edici maddeler silyatoksiktirler. Alt solunum yollarının temizlenmesinde rolü olan trakea ve bronş kirpiklerini harap ederek solunum yollarında mikropları, zararlı maddeleri ve mukusu biriktirirler. Sigara içenlerde, akciğerden toz ve yabancı maddelerin arınması sigara içmeyenlere oranla 5 kat azdır (34). Diğer taraftan, sigara dumanı ile vucuda giren tiyosiyonat, antitiroid etkiye sahiptir. Ancak sigara hipertiroidizmde artmış semptomimetik etkinliği daha da artırır. Sigara dumanı ile alınan hidrosiyamik asidin kan düzeyi, hidrosikobalamini (b12 vitamini) %59 oranda azaltılabilir (35). Nikotin ve sigara dumanında ki diğer maddeler, immunoglobulin M ve G antikorlarını azaltırlar (34).

Tütün yanması iki tip duman akımı oluşturur. Bunlar ana akım ve yan akımdır. Ana akım sigara içe çekildiğinde sigaranın yanan bölgesinde (900 °C) oluşup tütünün içinden geçerek

sigaranın ağız bölümünden çıkar. Sigara kendiliğinden yanarken (600 °C) havaya yayılan duman yan akımdır. Çevresel sigara dumanı adını da alır, ana akımdan daha toksik ve karsinojendir. Çevresel dumanda 60 kadar kanserojen madde bulunur ve hava filtrasyonları bunları temizleyemez (32).

2.4 KADIN SAĞLIĞI, GEBELİK VE SİGARA

Kadınlarda sigara içme sıklığı 1915’li yıllardan sonra önemli oranda artmıştır. 1924 yılında kadınların sigara içme sıklığının % 6 civarında olduğu tahmin edilmektedir (36). Bu oranın 1935 yılında %18,1’e, 1965 yılında ise % 34,2’ye yükseldiği ifade edilmektedir (37). Sigara içiminin kadın sağlığına birçok etkisi mevcuttur.

Prematür menapoz ve ovaryan yetersizlik: Sigara içme muhtemelen opioid sistem aracılığıyla GnRH salgılanmasını ve gonadal fonksiyonu etkilemektedir. Ayrıca sigara içimi overlerde oosit depleksiyonunu doğrudan artırmaktadır. PAH, overlerde oosit destruksiyonu için önemli bir faktördür. Bu durumda prematür ovaryan yetersizliğe neden olabilmekte ve ayrıca fertilitiyi olumsuz etkileyebilmektedir.

Sigara içiminin gebelik üzerine etkisi: Gebelik esnasında sigara içiminin, düşük doğum ağırlıklı bebek ve prematür doğuma neden olduğu ve perinatal ölüm oranını arttırdığı bilinmektedir. Sigara içen gebelerde intrauterin gelişim geriliği (IUGR) sıklığı %2.2-2.4 arasında artmaktadır. Gebelik esnasında sigara içiminin gebelik ve çocuk üzerine olumsuz etkileri olduğu 50 yılı aşkın bir süreden beri bilinmesine karşın, gebelikte sigara içimi özellikle gelişmiş ülkelerin alt sosyal gruplarında giderek artmaktadır. Bu oran çeşitli çalışmalarda %20 ile %60 arasında değişmektedir. Gebelikte sigara içimi yeni doğacak olan bebeğin ilerdeki yaşamını da olumsuz etkileyebileceğinden, bu konu ayrıca önem taşımaktadır. Maternal sigara içiminin fetüs üzerinde en önemli etkilerinden biri de fetal hipoksi gelişmesine neden olmasıdır. Maternal sigara içiminin teratojen olduğunu gösteren kesin kanıtlar mevcut değildir, ancak anensefali, santral sinir sistemi anomalilikleri, konjenital kalp hastalıkları, yarık damak dudak, göz kulak anomalisi, ürogenital anomaliler ve inguinal herni gibi anomalilerin sıklığını artırdığına dair kısıtlı sayıda rapor mevcuttur. Yapılan üç ayrı retrospektif çalışmada sigara içen annelerin çocuklarında özellikle ilk bir yaş içinde ani çocuk ölümlerinin daha sık görüldüğü saptanmış ve günlük içilen sigara sayısı arttıkça, bu oranın da arttığı görülmüştür. Ani çocuk ölümü sendromundaki artışın, gebelik esnasında içilen sigaraya mı, doğumdan sonra içilen sigaraya mı yoksa her ikisine mi bağlı olduğu konusu tam olarak bilinmemektedir (38).

Amerikan Pediatri Akademisi'nin yayınladığı yazıda belirtildiği üzere, hamileliğinde sigara içen annelerin bebekleri, sigara içmeyenlerinkine göre daha fazla bronşiolit ve pnömoni nedeniyle hastaneye başvurmaktadır. Başvuru sıklığı da içilen sigara sayısı ile ilişkili olarak artmaktadır (38).

Başka bir araştırmada, hamilelikte sigara içimi ve ilk 4 yaşında çocuklardaki entellektüel gelişim incelenmiştir. Hamileliğinde günde 10'dan fazla sigara içen annelerin çocuklarında Stanford-Binet skorlarının, hamilelik döneminde sigara içmemiş çocuklara göre 4.35 puan daha düşük olduğunu saptanmıştır (39).

2.5 SİGARA VE GENÇLİK

Sigara ve gençlik birbirine her zaman çok yakın kavramlar olmuştur. Halen sigara içen gençlerin yaklaşık dörtte biri, ilk sigarasını on yaşına gelmeden içmiştir. Sigaranın denenmesinin en yaygın görüldüğü dönem adölesan çağıdır. Gençlerin sigara ile ilgili bilgileri genellikle “sigara sağlığa zararlıdır” cümlesinden öteye geçmemektedir. Gençlerin birçoğu sigaraya başlarken tütünün eroin, kokain veya alkol kadar bağımlılık yapıcı özelliği olduğunu bile bilmemektedir (40). Yurt dışında lise öğrencileri arasında sigara deneme sıklığı % 70 civarında olduğu bildirilmiştir (41). Gençler arasında sigara içme sıklığı yüksek olan yerler; Orta ve Doğu Avrupa ve Hindistan'ın bazı bölümleridir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalarda, sigara içenlerin % 80'inden fazlasının 18 yaş altında sigaraya başladığı tespit edilmiştir. Bu durum sigara ile mücadele edilmesinde gençlere yönelik faaliyetlerin önemini göstermektedir (43).

Ülkemizde 18 yaş altı öğrencilerde, farklı illerde yapılan çalışmalarda, sigara içme sıklığı % 9,5 ile % 41,2 arasında olduğu görüşmüştür (42). Türkiye'de Bilir ve arkadaşlarının tüm illerde yaptıkları araştırmada ise, lise öğrencilerinde sigara kullanma oranı %27,1 bulunmuştur. Küresel Gençlik Tütün Araştırması'nda ilköğretim 7. 8. ve lise 1. sınıflardaki 15.957 öğrenci ile görüşülmüştür ve bu öğrencilerin %29,3'ü sigara kullanmayı denemiş olduklarını ifade etmiştir. Öğrencilerin %9,1'i halen sigara kullanmaktadır. Bu araştırmaya göre en az bir defa sigara kullananların %29,5'i, 10 yaşından önce sigarayı denemiştir. 2003 yılında ülkemizde çok merkezli yapılan bir çalışmada, ortaöğrenim kurumundaki “15-16” yaş grubunda 4.182 öğrenci ile görüşülmüştür. Öğrencilerin %50,0'ı, en az bir kere tütün kullandıklarını ifade etmiştir. Halen tütün kullananların oranı ise, %17,7'dir. Erkeklerin %22,3'ü ve kızların %12,2'si sigara kullanmaktadır. İzmir İli'nde üniversite öğrencileri ile yapılan araştırmada, erkekler arasında sigara kullanma oranı yüksek olarak bulunmuştur.

Hacettepe Üniversitesi birinci ve üçüncü sınıf öğrencileri arasında yapılan çalışmada, halen sigara kullanma sıklığı birinci sınıf öğrencilerde %22,5, üçüncü sınıf öğrencilerde %25,9 olarak bulunmuştur. Erkeklerde sigara kullanım sıklığı, kadınlara göre daha fazla bulunmuştur. Hacettepe Üniversitesi birinci sınıf öğrencileriyle yapılan başka bir araştırmada ise, 1032 öğrencinin %23,5'inin halen sigara içtiği görülmüştür. Türkiye'de sekiz üniversitede 2004 yılında 3101 birinci sınıf öğrencisi ile yapılan araştırmada, en az bir defa sigara kullanma oranı %57,8 ve halen sigara kullanan yüzdesi ise %22,5'dir (44).

Telatar, Ankara'da yapmış olduğu çalışmasında, çalışan 20-24 yaş grubu erkeklerin %58,3'ünün halen sigara kullandıklarını belirtmiştir. Çalışmada gençlerin sigaraya başlama yaş ortalaması 15'tir. Yapılan birçok çalışmada Türkiye'de, sigara içenlerin yaş ortalamasının düşmekte olduğu görülmüş, önemli bir kısmının ise adölesan dönemde sigaraya başladıkları belirtilmiştir (44).

2.6 SİGARAYA BAĞLI MORTALİTE VE MORBİDİTE

Sigara kullanımı, erken ölümlerin ve hastalıkların en önemli nedenlerindedir.

Sigara önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Sigara kullanımı önemli sağlık sorunlarına yol açar. Solunum yolu hastalıkları, kalp ve damar hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar bunlardan bazılarıdır. Ayrıca yaşam kalitesinde azaltır, bireysel ve toplumsal ekonomik kayıplara neden olur. (45).

Sigara içimi en önemli önlenemez erken ölüm nedenidir. 1970'li yıllardan günümüze, gelişmiş ülkelerde sigara içim oranı azalmaktadır, fakat gelişmekte olan ülkelerde yükselmeye devam etmektedir. (46). 1990'larda yılda 3 milyon ölüm tütün ürünlerinin kullanımına bağlı olurken, 2020 yılında ise bu sayının yılda 10 milyon olacağı düşünülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde bu ölümlerin oranı %70 olacaktır.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre tütün, her yıl 4 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır (47,48).

Yapılan araştırmalara göre sigara kullanımının yaygın olduğu ülkelerde, akciğer kanserinden ölümlerin % 80'ninden, kronik obstruktif akciğer hastalıklarına bağlı ölümlerin % 75'inden sigaranın sorumlu olduğu düşünülmektedir (49,50). Akciğer kanseri ve koah, sigara ile ilişkili mortalite ve morbiditesi iyi tanımlanmış hastalıklardandır (51). DSÖ'nün 1997 yılı verilerine göre, gelişmiş ülkelerdeki kanser ölümlerinin yaklaşık %30'u sigara içimine bağlıdır. Sigaraya bağlı kanser ölümlerinin ise, %87'si akciğer kanseri , %60'ı üst aerodigestif kanserler ve geriye kalan %8'ini de diğer kanserler oluşturur (52). Kişinin yaşam süresi, sigara kullanımı ile 20 yıl kadar azalmaktadır (53,54).

2.7 SİGARA VE EKONOMİ

Sigara kullanımı, hem sigara kullanan bireyler için, hem de toplum için yüksek maliyetler yaratmaktadır. Her yıl tütünün yol açtığı ekonomik zarar, Dünya Bankası verilerine göre yaklaşık 200 milyar dolardır. ABD’de, 1993 yılında sigara kullanımına bağlı tıbbi giderler 50 milyar dolar olarak hesaplanmıştır. Bu maliyetlerin sigara kullananlar tarafından vergi şeklinde karşılanabilmesi için her bir sigara paketinin yaklaşık 4 dolar olması gerektiği hesaplanmıştır (55). ABD’de, ekonomik kayıpların 157 milyar dolara ulaştığı bildirilmektedir (56). Bu kayıpların 75 milyar doları kişisel sağlık harcamaları, 82 milyar doları ise mortaliteye bağlı iş gücü kaybıdır.

Tütün ve tütün ürünleri kullanımının, Türkiye’ye verdiği zarar ise yaklaşık 8 milyar dolardır (55). Ülkemizde sigara kullanımına günde 40 milyon TL, ayda 880 milyon TL, yılda ise 18 milyar TL harcanmaktadır. Sigaranın yol açtığı çeşitli sorunlar nedeniyle, bu harcamalara her yıl 15 milyar TL de eklenmektedir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan toplumlarda eğer sigara tüketimi yüksek ise, bu durum gelirin büyük kısmının sigaraya ayrılmasına neden olmaktadır (57).

2.8 Sigara Kullanımının Sağlığa Etkileri

GENEL SAĞLIK ETKİLERİ:

Sigaranın üç tip ölümcül hastalığa yol açtığı bilinmektedir. Bunların başında akciğer kanseri, kronik bronşit ve amfizem, koroner kalp hastalıkları gelmektedir. Sigara kullanımının yaygın olduğu ülkelerde, araştırmalara göre akciğer kanserlerinin yaklaşık %80’inden, kronik bronşit ve amfizem ölümlerinin %75’inden, koroner kalp hastalığına bağlı ölümlerin ise %25’inden, sigaranın sorumlu olduğu düşünülmektedir (58).

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAİ): Sigara kullanımı ile akciğerde oluşan çeşitli değişiklikler mevcuttur. Bu değişiklikler özellikle üç sendromla karakterizedir; öksürük ve mukus sekresyonu artışı, hava yolu tıkanıklığı ile oluşan bronşit ve amfizem oluşumu. Öksürük prevalansı, sigara kullanan kişilerde erken yaşlarda artmaya başlar. Sigara kullanan kişilerin erken erişkin döneminde küçük hava yollarının normal yapısı bozulmuştur. Çeşitli epidemiyolojik araştırmalarda, günde yirmiden fazla sigara içenlerde KOAİ, kor pulmonale ve aort anevrizmasından ölüm oranlarının, hiç sigara kullanmayanlara göre 10-40 kat daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca, sigara tiryakilerinde yinelenen solunum yolları enfeksiyonu nedeniyle, daha çok işgünü kaybı olmaktadır (1).

SİGARANIN SOLUNUM SİSTEMİNE ETKİLERİ:

Akciğer kanseri ve KOAH, sigara ile ilişkili mortalitesi ve morbiditesi iyi tanımlanmış olan hastalıklardandır. Sigara içimi ile sarkoidoz ve aşırı duyarlılık pnömonisi gibi hastalıkların sıklığı ters orantılı iken, KOAH ve akciğer kanseri, intertisiyel akciğer hastalığı ve pnömotorax gibi hastalıklarda direk ilişkisi vardır. Ayrıca pasif sigara içiminin de çeşitli akciğer hastalıklarının oluşumunda rolü vardır (59,60).

Sigara dumanı, solunum yollarında iritasyon yapan ajanlardan biridir. Sigara içimi, santral ve periferik hava yolları, alveoler kapillerin yapı ve fonksiyonlarını ve akciğerin immün sistemini değiştirir. Hava yollarında sigaranın oluşturduğu değişiklikler silya kaybı, mukus artışı ve gland hipertrofisi, goblet hücre sayısındaki artıştır (61). Silia sayısında ve fonksiyonlarında azalma, mukusun viskoelastisitesinde ve miktarında artış oluşturur (62). Mukus klirens hızında azalma vardır. Sigara içimiyle normal psödostratifie silialı epitel yassı hücreli metaplaziye, karsinoma insituya ve sonucta invaziv kansere dönüşüm olur. Oluşan histopatolojik değişiklikler sigara kesildikten sonra da devam eder. Sigara özellikle periferik hava yollarında eozinofiller, nötrofiller, makrofajlar ve lenfositler gibi inflamatuvar hücrelerin infiltrasyonuna ve aktivasyonuna neden olur (63,64). Hava yollarında fibrozis, epitelin yapı ve fonksiyonunda değişiklikler, damar intimasında kalınlaşma, damar ve epitelyum permabilitesinde artma ve alveollerde destrüksiyon oluşur (65-66). Makrofajların fagositozu ve bakterisidal aktivitesi bozulmuştur ve ayrıca makrofajlardan salgılanan reaktif oksijen metabolitleri de artar (67-68).

Sigara erken çağda akciğer fonksiyonlarının da gelişmesini engellemektedir. Kız çocukları, erkek çocuklarına göre bu konuda daha duyarlıdır (69).

Son yıllarda intertisiyel akciğer hastalıklarının da sigara ile ilişkisi gittikçe artmaktadır (70, 88). Sigara ile ilişkisi olan intertisiyel akciğer hastalıkları; deskuamatif intertisiyel pnömoni, respiratuvar bronşiolitise eşlik eden intertisiyel akciğer hastalığı (RBIAH), langerhans hücreli histiyositoz (LHH) ve idiyopatik pulmoner fibrozistir (IPF). Aşırı duyarlılık pnömonisi ise, sigara içmeyenlerde siktir ve sigara içimiyle hastalık baskılanır (71,72). Ayrıca nedeni bilinmeyen intertisiyel akciğer hastalıklarından sarkoidozisde de sigara içimi akciğeri koruyucu bir rol oynamaktadır. Sarkoidozisli hastalarda sigara içimi daha az bulunmuştur (73).

Sigara içimi spontan pnömotorax gelişiminde en önemli risk faktörlerinden biridir (74). Yaşam boyunca pnömotax gelişme riski erkeklerde %12 iken, içmeyenlerde %0.1'dir (75). Spontan pnömotax, subplevral yerleşmiş bül ve bleblerin rüptüründen gelişir. Sigara içiminin kesilmesiyle pnömotoraxın tekrarlanma riskinde azalma izlenmiştir (76, 87).

Sigara kullanımı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gelişimi için önemli bir risk faktörlerüdür. KOAH olgularının yaklaşık %85'inde neden sigaradır. Hastaların çoğunda 20 paket/yılın üzerinde sigara içme öyküsü bulunmaktadır (90). KOAH nedeniyle gelişen ölümlerin büyük çoğunluğundan da sigara sorumludur (91, 86).

SİGARA İÇİMİ VE AKCİĞER KANSERİ

Sigara içimi, akciğer kanseri oluşumunda kadınlarda %79, erkeklerde %90 ve tüm akciğer kanser olgularında %87 oranında sorumludur (77, 78, 83, 84). Sigara içen akciğer kanserli hastalarda, içmeyenlere göre ölüm daha fazladır. Akciğer kanseri olup, aynı yaş ve kanser evrelemesine sahip halen sigara içen erkeklerde, sigara içmeyenlere göre akciğer kanserinden ölüm 10 kat fazladır. Sigaraya erken yaşta başlayanlarda da risk artmaktadır. Tüm dünyada erkeklerde akciğer kanseri mortalitesi biraz sabit kalmaya, kadınlarda ise artmaya başlamıştır. Bu durum kadınların sigaraya daha erken başlamış olmaları ve günlük içtikleri sigara sayısının artmasına bağlanmıştır (79, 80, 81, 82).

SİGARANIN GASTROİNTESTİNAL SİSTEME ETKİLERİ:

Sigara alt özafagus sfinkter basıncını azaltarak reflüyü kolaylaştırmaktadır. Sigara içenlerde tükürük salgısındaki azalma lümenin asitten temizlenme süresinin uzamasına yol açmaktadır (91). Sigara ve nikotin, duodenumdan mide içine safra reflüsünü artırarak gastrik ülser meydana gelmesini kolaylaştırmakta ve H.pylori, alkol, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar gibi stres ülserlerini olumsuz etkilemektedir (90, 92,93). Sigara içme, crohn hastalığı riskini birkaç kat artırır. Sigara içenlerde hastalık daha ağır seyrederek ve daha sık nükseder. Bir günde içilen sigara sayısı ve içilen süre ile orantılı olarak sigara içenlerde, ameliyattan sonra bir yıl içinde nüks daha sık meydana gelir. Sigaranın bırakılması hastalığın seyrini olumlu etkiler (94, 95, 96, 97, 98). Ülseratif kolit'te sigara içmenin koruyucu etkisi mevcuttur (100).

Özafagus ve kardiya adenokarsinomlarının sıklığının 1970'lerden sonra ABD de giderek arttığı ileri sürülmüştür. Ve incelenen 222 özafagus, 277 kardiya, 443 distal adenokanser ve 1356 kontrolde, sigaranın önemli risk faktörü olduğu tespit edilmiştir. Bu ilgi özafagus adenokanserlerinde en güçlü, kardiya adenokanserlerinde orta, distal adenokanserlerde zayıf bulunmuştur. Özafagus adenokanserlerinde sigara bırakıldıktan 20 yıl sonra bile zararlı etkisinin devam ettiği belirlenmiştir (99, 90).

SİGARANIN ENDOKRİN SİSTEME ETKİLERİ:

Sigaranın hipotalamusta en iyi bilinen etkisi, vazopressin salınımı üzerinedir. Nikotin alınımından hemen sonra vazopressin (VP) düzeyi anlamlı derecede artar. Bu nedenle kronik sigara içicilerin, hele stresli bir ortamda sürekli bulunuyor ise, hipertansiyon geliştirme riski normal popülasyondan daha yüksektir (101,102). Sigara içiminden hemen sonra plazma nikotin düzeyi artması ile doğru orantılı olarak norepinefrin (NE) düzeyi de artar, dopamin biyoyararlanımını değiştirir, asetilkolin düzeyini artırır (103). İnsanlarda beta endorfin, NE ve dopamin artışı mutluluk ve haz duygularının artışına, asetilkolin ve NE artışı beceri düzeyinin artışına ve hafızanın güçlenmesine yardımcı olmaktadır (101). Sayılan bu özellikler sigara içimini cazip gösteriyor olsa da kronik sigara içicilerde santral sinir sisteminde hormonların salınımından sorumlu hipotalamo-hipofizer ileti sisteminde önemli hasarlar meydana gelmektedir (104,105).

Bazal TSH düzeyleri kronik sigara içicilerde sigara içmeyenlerden anlamlı derecede düşük bulunmuşsa da, guatrı olan sigara tiryakilerinde TRH stümlasyon testine TSH yanıtının sigara içmeyenlerden anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (105,106). Bazı araştırmacılar sigara içenlerde hipertroidi, toksik diffüz guatr ve hipotroidi gibi diğer tiroid hastalıklarının prevalansının da yüksek olduğunu gözlemlemişlerdir (107,108).

2.9 PASİF SİGARA MARUZİYETİ

Aktif sigara kullanımına bağlı birçok zararlı etkinin, pasif sigara maruziyetine bağlı olarak da ortaya çıkabileceği bilinmektedir. Pasif sigara maruziyeti, içmeyen insanlarda ölüme ve bazı hastalıklara neden olmaktadır. Yanan bir sigarada, dumanın 2/3'ü içen kişinin akciğerine ulaşmaz, sigara içmeyenlerin de soluduğu havaya karışır. Süzülmeden havaya karışan bu duman, daha fazla miktarda zehir içermektedir. Bu duman filtre edilmez ve sigarayı kullanan kişinin, filtreden ciğerlerine çekmiş olduğu miktarın iki katı kadar fazla katran ve nikotin içerir. Sigara kullandığı için ölen her 90.000 kişiye karşı, yaklaşık 9.000 kişinin pasif sigara maruziyeti nedeniyle öldüğü bilinmektedir (109).

Birçok toksin ve karsinojen madde yanan sigaradan havaya yayılır. Havadaki bu çeşitli kimyasal maddeler, sigara kullanan kişinin dışarı üflediği dumanla karışır ve içen kişinin çevresindekiler için zehirli bir ortam oluşturur. ABD, Çevre Koruma Dairesi (Environmental Protection Agency; EPA), pasif sigara maruziyetini grup A karsinojen olarak kabul etmiştir. Grup A, sadece insanlarda kansere neden olduğu kanıtlanmış maddeleri kapsamaktadır (110, 111). İdrardaki kotinin düzeyi artışı ile DNA harabiyeti, pasif içicilerde doğru orantılı olarak

bulunmuştur. Pasif içicilerde koroner kalp hastalığı riski yaklaşık %30 oranında artmıştır. Yılda 30 - 40.000 pasif içicinin kalp hastalığı nedeni ile öldüğü tahmin edilmektedir.

Feldman ve arkadaşları sigara kullanmayan ergenlerle yaptıkları çalışmada, aileleri sigara içenlerde, aileleri sigara içmeyenlere göre, plazma kotinin düzeyi ile ilişkili olarak total kolesterol düzeyinin artmış olduğunu; buna karşın HDL düzeylerinin azalmış olduğunu gösterdiler. Bu çalışma ile pasif sigara maruziyeti olan kişilerde, koroner kalp hastalığı riskinin yükseldiği gösterilmiştir (112).

Çok sayıda çalışmada, Çevresel sigara içiciliğinin (ÇSİ) çocuklarda astım gelişimine neden olduğu gösterilmiştir. Wisconsin'de yapılan bir çalışmada, astımı olan adolesanlar incelenmiş, günlük ÇSİ maruziyetinin astım atağı geçirme riskini arttırdığı gösterilmiştir (113,114).

Pasif sigara maruziyeti olan çocuklarda meningokokal enfeksiyon riski artmıştır (115). Pasif sigara içiciliği burun tıkanıklığı semptomlarını, alerjik riniti olmayan çocuklarda da arttırdığı görülmüştür (116).

Tüm sağlık risklerinin yanında, pasif sigara maruziyetinin, çeşitli yaşlarda sigara içme üzerindeki etkisi, çocuklar için önemli etkilerindedir. Araştırmalara göre, pasif içici çocukların %74.6'sının aktif içici olduğunu ve %65.9'unun çocukların yanında sigara içtiğini göstermiştir. Türkiye'de yapılan araştırmada ise, sigara içen öğretmenlerin %99'u öğrencilerin yanında sigara içilmesine karşı olduğu halde, %68'i öğrencilerinin yanında sigara içtiği görülmüştür. (114).

2.10 SİGARA BAĞIMLILIĞI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Psikiyatrik yönden önemli olan, bağımlılık yapma özelliği bulunan nikotindir. Nikotin alveollerden hızla emilir ve santral sinir sistemine ulaşır. Asetil kolin reseptörlerine bağlanır ve beyindeki çeşitli nörotransmitterleri ateşler. Orta beyin dopamin ödül yolağının en yoğun uyarıcılarından biri nikotindir (117). Lokus seruleus üzerindeki etkisi sonucu kişinin konstantrasyonu artar, kişi daha uyanık olur. Ayrıca mezolimbik dopamin merkezindeki etkisiyle keyif verir ve böylece bağımlılık döngüsü başlar (118). Ayrıca korku, öfke ve sinirliliği azalttığı, öfori yaptığı da gösterilmiştir. Sigara içme davranışı nikotinin beyin üzerindeki doğrudan pekiştirici özelliği ve devamlı sigara alma gerekliliği ile yoksunluk belirtilerinden kurtulması tarafından beraber pekiştirilir (119).

Nikotin bağımlılığı sürecinde dört evre tanımlanmıştır. İlk evre sigara içilmemesi gerektiği düşüncesinin yeteri kadar güçlü olmaması olarak tanımlanan "duyarlılığın" olmasıdır. Duyarlılığın varlığı zemininde ilk sigara ya da birkaç nefes almadan oluşan "deneyim" evresi başlar. Deneyimler "düzenli kullanmaya" neden olur. Düzenli kullanma sonucu hızla

tolerans gelişir ve ‘‘nikotin bağımlılığı’’ oluşur. Birçok çalışma ilk deneyimlerin en güçlü belirleyicisinin ‘‘duyarlılık’’ olduğunu göstermiştir (121, 122, 123).

Nikotin bağımlılığı tanımı, Amerikan Psikiatri Birliği tarafından hazırlanan ‘‘Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı’’nın 4.baskısında (DSM 4) yayınlanmıştır (120). Nikotin bağımlılığı tanısı için aşağıdakilerden en az 3’nün bulunması gerekmektedir.

1. İstenen etkiyi sağlamak ya da intoksikasyon için belirgin olarak artmış miktarlarda nikotin alma gereksinimi veya sürekli olarak aynı miktarda nikotin alınması ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması ile tanımlanan tolerans gelişmesi.
2. Nikotine özgü yoksunluk sendromu ya da yoksunluk semptomlarından kurtulmak için nikotin alınması.
3. Tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince nikotin alınması.
4. Kullanımı bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabaların olması.
5. Etkilerinden kurtulmak, elde etmek ya da kullanmak için çok fazla zaman harcama.
6. Nikotinin neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yenileyici biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın kullanımının sürdürülmesi. (örneğin: kardiyovasküler bir hastalığı olduğu ve tütünün bu hastalığı kötüleştireceğini bildiği halde sigarayı bırakamama.)

DSM 4, nikotin kesilme (yoksunluk) sendromunu; en az haftalarca her gün kullanılan nikotinin ani kesilmesi ya da kullanılan nikotin miktarının azalmasından sonraki 24 saat içinde şu bulgulardan en az dördünün varlığı şeklinde tanımlamıştır (120):

Tablo: 4. Nikotin Kesilme Sendromu Tanı Kriterleri

1. Disforik veya depresif duygu durumu
2. Uykusuzluk
3. İrritabilite, kızgınlık veya öfke
4. Anksiyete
5. Düşüncelerini toplamada güçlük
6. Huzursuzluk
7. Kalp hızında azalma
8. İştah artması veya kilo alma

Kesilme semptomları son sigaradan iki saat kadar sonra başlar ve 24-48 saat içinde pik yapar. Haftalar bazen de aylar içinde sonlanır (124).

2.11 SİGARA İÇME DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sigara içme oranları, üniversitede okunan yıl sayısı arttıkça artmaktadır (125). Üniversiteye başlamadan önce alkol kullanıyor olmanın, sigara içme oranını arttırdığı gösterilmiştir. Dindar olmamak, partilere katılıyor olmak ve özellikle kız öğrenciler için yurttan kalıyor olmak sigara içme davranışını arttırmaktadır. Sigara içiciliğini esrar kullanmak, aşırı alkol kullanmak arttırmaktadır. Yine kadın cinsiyet olmak, mutsuzluk, eğitim açısından tatmin olmamak, atletizme katılmamak ve çoklu cinsel partner sahibi olmak sigara içme davranışının artmasında önemli belirteçlerdendir (126).

Ailelerin sosyoekonomik ve eğitim düzeyi düştükçe, gençler arasındaki sigara kullanım oranı artmaktadır. Ailede sigara kullanan bir birey olması gencin sigara ile tanışmasına neden olmaktadır. Ebeveynlerden birinin sigara kullanması, gencin sigara kullanma riskini iki kat artırmaktadır. Aile desteğinin yetersizliği ya da aile ile yetersiz ilişki sigara kullanmayı artırmaktadır.

Gençler arkadaşları tarafından kabul görmek istemektedir. Gencin arkadaş grubunda sigara kullanılması ya da en yakın arkadaşın sigara içmesi, gencin sigara ile tanışmasına neden olmaktadır. Yakın arkadaşlardan birinin sigara kullanması, sigara içme riskini arttırmaktadır. Sınav dönemleri, stresli olma, büyümeyi ispat etme düşüncesi ve ya arkadaşlar arasında popüleritelerinin artmasını isteme sigaraya başlama nedenleri arasındadır (127).

2.12 SİGARA VE SOSYAL İÇİCİLİK

Sosyal içicilik, daha yoğun olmayan ve daha düşük sıklıkta tütün kullanımı, düşük nikotin bağımlılığı, düşük bırakma isteği ve düşük bırakma denemesi ile karakterizedir. Bazı insanlar arkadaşlarıyla takılırken veya sosyal ortamlarda kendilerini rahat hissetmek için sigara içer. Sosyal içiciler neredeyse her zaman gruplar halinde, genellikle alkol içerken sigara içerler. Birçok insan için alkol içmek bir tetikleyici veya sigara ile bağlantılı bir faaliyettir. Birçok sosyal sigara içicisi, her gün sigara içmedikleri için kendilerine zarar verdiklerini düşünmezler. Nikotin yoksunluğunun fiziksel semptomları (uyuşukluk, sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü, kaygı ve tütün arzusunu içerir), sigara içenlerin tekrar tekrar sigaraya ulaşmasını sağlayan şeydir. Bazı sosyal sigara içenler her gün sigara içme ihtiyacı hissederlerken, diğerleri sigara içmeden günler hatta haftalar geçirebilir, ancak sonra bunu yapmak için derin, ani bir dürtü yaşarlar (128).

2.13 TÜTÜN KONTROLÜ VE YERLEŞKELERDE SİGARA İLE İLGİLİ PROGRAMLAR

Birçok sektörün işbirliği ile tütün kontrolü sağlanabilmektedir. Tütünle mücadelede, işsizliğin olmayacağı ve ekonomiye yararlı olacağı önemi vurgulanmalıdır. Türkiye'nin de içinde bulunduğu, tütün tarımının yoğun yapıldığı ülkelerde tütün kontrolünün ekonomiye yararlarının olduğu bilinmektedir. Kapsamlı bir tütün kontrol programı uygulayan ülkelerde, tütün tüketimi hızla azalmıştır, bunun sonucunda da kanserler, kalp hastalıkları, solunum sistemi hastalıklarında azalma görülmüştür (149). Tütün kontrol faaliyetleri ile tütün ürünlerine olan talep azaltılmak istenmektedir. Talepteki bu değişim ile tütün ürünlerine yapılan harcamaların, diğer mal ve hizmetlere kayması sağlanacaktır.

Tütün kontrol faaliyetleri, güçlü tarım ve ticaret politikalarını desteklemek, kırsal gelişim politikalarını hazırlamak, ürün çeşitlendirilmesini arttırmak gibi farklı çabaları kapsamaktadır (149).

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (FCTC), tütün kontrolü amacı ile uluslar arası yapılan bir düzenlemedir. Bu sözleşme 2003 yılında, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanmıştır. Sözleşme ile ülkelere tütün kontrolü hakkında yol gösterici olmak hedeflenmiştir. Çerçeve Sözleşmede çeşitli düzenlemeler yapılmak istenmiştir. Bunlar tütün ve tütün ürünlerinin üretilmesi, satışı ve pazarlanması, tütün kullanımının sağlık üzerine olan zararları konusunda toplumun eğitilmesidir (152).

Dünya Sağlık Örgütü tütün kullanımı ve kontrolü konusundaki başarıyı arttırabilmek için Küresel Tütün Salgını Raporu (The MPOWER Package) yayınlanmıştır (152).

Raporun maddeleri şu şekilde ifade edilebilir:

- Tütün kullanımı ve kontrolü hakkında uygulamalar
- Pasif sigara maruziyetinden halkın korunulması
- Sigara bırakılması amacıyla sigara içicilerine destek verilmesi
- Sigara kullanımının sağlık üzerindeki etkileri hakkında uyarılar yapılması (107).

Majör bir probleme ulusal ve uluslararası birçok sektörün işbirliği şarttır. Kontrol programı için 10 basamak önerilmektedir:

1. Sigara fiyatları sigara kullanımını etkileyen en önemli unsurlardandır. Sigara fiyatları vergiler yoluyla artırılmalıdır, bu durumun sağlığa büyük oranda katkısının olacağı bildirilmektedir (129).
2. Sigara kullanımını azaltmak amacıyla mali politikalar geliştirmek.
3. Vergilerin arttırılmasıyla edilen paraların bir kısmını sigara kullanımını önlemeye ayrılması.

4. Pasif sigara maruziyetinin önlenmesi.
5. Kişileri tütün kullanmaya yönelten çeşitli faktörlerin önlenmesi.
6. Reklam ve sponsorlukların önlenmesi.
7. Sağlık uyarılarının paketlerin üzerine konarak kişilerin sigara içmesini önlemek
8. Tütün üretimi ve fabrikasyonuna alternatif ürünlerin desteklenmesi.
9. Tütünle ilgili konuların yönetimi ve değerlendirilmesi.

Çocukların ve gençlerin sigara alışkanlığı edinmemeleri için, sigaranın zararları konusunda ve sigara bağımlılığının ciddi bir hastalık olduğu konusunda eğitilmeleri gerekir. Sigara konusundaki eğitim; çocukları, gençleri, aileleri, okul çalışanlarını, sağlık kurumu çalışanlarını, devlet kurumlarını, yazılı ve görsel basını içeren , “devlet politikası” haline gelmiş çok geniş kapsamlı bir eğitim olmalıdır (131, 132, 133).

İdeal önleme programları 6-9 yaş ve ortaokuldan liseye geçecek çocukları eğitecek şekilde olmalı ve şu konular hakkındaki bilgileri içermelidir.

- Tütün kullanımının psikolojik etkileri.
- Tütün kullanımının artmasına, özellikle arkadaş, aile ve çevrenin sosyal etkileri.
- Reddetme yöntemleri (134).

Çocuklar ve özellikle gençler sigaranın sağlıklarına getireceği zararlardan çok fiziksel görünümde ve sosyal yaşantıda oluşturacağı olumsuzluklardan etkilenirler ve çekinirler. Onlara, ilgilerini çekecek bu yönlerdeki mesajlar şunlar olabilir (135, 136, 137).

- Sigara içerseniz nefesiniz, üstünüz - başınız kötü kokar.
- Dişleriniz ve parmaklarınız sararır.
- Paranızı kendinize kötülük etmek için harcarsınız.

Bu ve buna benzer cümleler kurularak sigaradan korkmaları sağlanırsa, bu korku onları sigara içmekten uzak tutabilir.

2.14 ADÖLESAN DÖNEM

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10-19 yaş grubu adölesan yaş grubu olarak, 15-24 yaş grubu ise genç yaş grubu olarak nitelendirilmektedir. Adölesan ve gençlik dönemlerine ait yaşların kesişmesiyle, 10-24 yaş grubuna genç insanlar denilir. Dünya nüfusundaki 10-19 yaş grubu kişi sayısı yaklaşık altı milyardır ve adölesan yaş grubu gittikçe artmaktadır (108). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2008) verilerine göre, Türkiye’de de genç bir nüfus mevcuttur, bu durumun yüksek doğurganlık hızı ve hızlı nüfus artışının sonucu olduğu düşünülmektedir. (132).

Adölesan dönem, çocukluktan erişkin hayata geçiş dönemidir. Ergenlik puberte ile başlamaktadır. Kişilerde biyolojik ve sosyal geçiş dönemi olmaktadır. Adölesan dönemde beyindeki nöroendokrin sistem ve hormon konsantrasyonlarında değişim, fiziksel olgunlaşma gibi çok çeşitli değişiklikler meydana gelir. (133,156).

United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), 2011 yılında ergenliği erken ergenlik ve geç ergenlik dönemi olarak ikiye ayırmıştır. Erken adölesan dönemini 10-14 yaşları arasında tanımlarken, geç adölesan dönemini 15-19 yaşları arasında tanımlamıştır (135).

Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıklarını düzeltme, kontrol etme ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşmakla sağlanabilir. Bu hedefe ulaşılabilme için sigara içme, alkol ve madde kullanımından uzak durma, sağlıklı beslenme davranışları, fiziksel aktivite, şiddet ve sağlıksız cinsel davranışlarından uzak durma ile mümkün olmaktadır (138). Birey bu davranışları tutum haline dönüştürdüğünde, sağlıklı olma durumunu sürdürebilir ve sağlık durumunu daha iyi bir düzeye getirebilir (139).

ADÖLESAN DÖNEMDE BİLİŞSEL GELİŞİM

Piaget ve Inhelder'in görüşlerinde ergenin bilişsel yapısı belirli özelliklere sahiptir. Ergen pek çok faktörlü bileşimsel bir mantık kullanarak problemlerini çözer. Bilişsel yapıları kullanarak din, politika, aile ve meslekle ilgili problemleri sorgular. Böylece daha üst düzeyde düşür ve çeşitli sonuçlar çıkarabilir. Adölesan dönemdeki düşünceler hem gerçek hem de olası durumlarla ilgilidir (140, 141). Ergenlikte düşüncelerle birlikte benmerkezlilik de ortaya çıkar. Ergen kendi düşünce ve duygularını özel ve biricik olarak görmektedir (1).

ADÖLESAN DÖNEMDE DUYGUSAL GELİŞİM

Hangi toplumda olursa olsun ergen, çağına özgü olan duygu, düşünce, tutum, davranış ve eylem içindedir. Bu çağın temel özellikleri, duygusal coşku ve taşkınlık, çabuk kurulan ve bozulan ilişkiler, kolay etkilenme, toplum içinde sivrılme, ilgi çekme, rol sahibi olma çabası biçiminde özetlenebilir. Adölesanlar bu dönemde ebeveynlerinin fikirlerini sorgular ve onların otoritesine başkaldırır (142).

ADÖLESAN DÖNEMDE SOSYAL GELİŞİM

Sosyalleşme, bireyin doğuştan itibaren toplumun üyeliğini kazanmasında belli aşamalardan geçerek kendinden beklenen uygun rol ve ilgili normlardan haberdar olmasıdır (143). Ergen, hızla sosyalleşerek, toplumda belli bir statü sahibi olmak ister. Bu dönemde belirli

gereksinimleri karşılanırsa toplumsal uyum sağlanabilir. Ergen çevresinde özdeşleşme yapabilmek için, örnek alabileceği kişileri arar (146). Bu dönemde sosyal ilişkileri içinde kendisini kanıtlayarak, varlığını kabul ettirmek amacı ile yaşıt gruplarına yönelir (142). Bir grubun grubun üyesi olma düşüncesi ile ergen çetelere katılmak isteyebilir (143). Ayrıca bu dönemde sosyalleşmek için kullanılan kitle iletişim araçlarıyla günlük hayatla ilgili konuları takip edebilir (147, 144, 145).

ADÖLESAN DÖNEMİ VE AİLE İLİŞKİLERİ

Aile toplumun en küçük yapı taşıdır. Sosyalleşme ilk olarak ailede başlamakta ve bu dönemde toplumdaki roller aile kurumunda öğrenilmektedir. Aile, ergenin eğitimini sağlar, onu geleceğe hazırlar ve ona yaşadığı toplumun kültürünü aktarır (172). Aile, toplumsal bazı yargıları kendi süzgecinden geçirir ve bunları bireyin bilincine yerleştirir (148,149). Ailelerin sosyal, ekonomik ve kültürel durumları, çocuğun sosyalleşmesini etkilemektedir (172).

Anne, baba ve çocukların birlikte yaşadığı çekirdek aile ile anne ve babası boşanmış bir ailede yetişen çocukların sosyalleşmesi aynı değildir. Çekirdek ailede çocuk, anne ve babası yanında sosyalleşirken, parçalanmış aile tipinde çocuk annesi veya babasıyla ya da akrabalarının yanında sosyalleşmektedir (172).

ADÖLESAN DÖNEMİ VE ARKADAŞLIK İLİŞKİLERİ

Erikson ergenlik döneminde kişiler arası ilişkilerin, kimlik gelişiminin önemli bir parçası olduğunu vurgulamıştır. Ergenlikteki akran ilişkilerinin hem sosyal hem de deneyim açısından önemli olduğunu söylemiştir (150). Arkadaşlık ilişkilerinde cinsiyet farklılığı da önem taşımaktadır. Lise 3. sınıftaki ergenlerde arkadaşlık ilişkileri ile ilgili yaptığı çalışmasında, ergenlerin arkadaş sayılarının çoğunluğunun 10'dan fazla olduğu; erkeklerin kızlara göre daha fazla arkadaşına sahip olduğunu belirtmiştir (151,152, 153).

Demir ve arkadaşları, Türkiye'deki gençlerin akran ilişkilerini incelemişlerdir. Bu çalışmada gençlerin arkadaş-akran gruplarıyla ilişkisinde, ailenin önemli bir rol oynamadığını belirtmişlerdir. Gençlerin, arkadaşlarının kendilerini ebeveynlerinden daha çok anladığını düşündükleri ve aile içinde çoğunlukla kavga ettikleri saptanmıştır (154).

ADÖLESAN DÖNEMDE GENEL DAVRANIŞLAR

Adölesanın duygularında bir yoğunlaşma görülür, bunu dışarı vurma ihtiyacı hisseder. Yaşadığı olumsuz duyguları bağırarak, ağlayarak, el - kol hareketleri yaparak belli eder. Yaşadıkları olumlu duygularda adölesan şiir yazar, öykü yazar ya da günlük tutar (156).

Adölesan dönemde yoğun cinsel duyguların oluşması ve cinsel ilişki yaşanması nedeniyle hamilelik riski yüksektir. Soyut düşünme dönemi başlar, entellektüel merak gelişir, hayata dair her şeyin bilindiği zannedilir, her şeye gücü yetme duygusu mevcuttur. Bu dönemin sonunda fiziksel gelişim tamamlanır, bedensel değişimle ilgili görülen kafa karışıklığı ve bocalama azalır, kendini kontrol duygusu artar, daha olumlu ve daha gerçekçi benlik duygusu artar (155). Ergenler, kendileriyle yoğun olarak ilgilenmeye başlayarak “narsist” olmaya eğilim gösterirler. Kendilerini düşünürler ve herhangi bir eleştiri karşısında çok savunmacıdırlar (157).

ADÖLESAN DÖNEM SORUNLARI

Ergenlik, gelişimin çok zor bir süreci olarak tanımlanır. Bu süreçte ergenler hem aile ve yaşlıları ile olan ilişkilerinde zorluklar hem de karşı cinsle olan ilişkide güçlükler, eğitimle ilgili talepler ve beklentiler, kariyerleri hakkında seçim yapmak gibi fikir değişiklikleri yaşarlar. Bu dönemde ergenler, yaşamın pek çok dönemine göre daha fazla problemle başa çıkmak zorundadırlar.

Yaşları küçük ergenlerin temel sorunu aileleri ile ilişkilerinden kaynaklanırken, daha büyük yaştaki ergenlerin temel sorunu daha çok akademik konulardır (157). Bu problemlerin içerisinde depresyon, intihar, okuldan-evden kaçma, madde bağımlılığı, yaygın olarak karşımıza çıkan problemlerdendir (158). Cinsel gelişim konusunda da ciddi sorunlar bulunmaktadır. Erken cinsel ilişki ve beraberinde yaşanan sorunlar, ergenlerin eğitimlerinin aksamasına ve toplumsal sorunlara neden olmaktadır (159, 160).

Anne-babanın ergenin kararları üzerinde az bir kontrolünün olması, eğer ergen olgun ve kendini geliştirici kararlar alabilme konusunda yeterli yargılama yeteneğine sahip değilse, sorunların yaşanmasına yol açabilir. Ayrışık ailelerde yetişen gençler, kolayca hata yapabilirler. Bu tip ailelerde yetişen ergenler, ilaç veya alkol kullanma, hırsızlık, erken cinsel deneyimler gibi tehlikeli davranışlar içine girebilirler (161).

Ayrıca, ergenlerin sigara, alkol ve madde kullanımlarında, aile yakınlığının koruyucu bir faktör olduğu görülmüştür. (162, 166).

ADÖLESAN DÖNEMİNDE ALIŞKANLIK VE BAĞIMLILIK YAPAN MADDE KULLANIMI

Ergenlik dönemindeki gençler, arkadaşlarından ya da kendileri ile özdeşleştirdikleri kişilerden etkilenmeye açıktırlar. Bu etkileşim içindeki gençler sigara, alkollü içki ve uyuşturucu madde kullanmayı deneyebilir ve bunları alışkanlık haline getirebilirler.

Araştırmacılar bu maddelerin kullanımını ile ilgili üç teori geliştirmiştir:

Sosyal öğrenme teorisi: Bu teori madde kullanımında sosyal etkinin çok kuvvetli olduğunu savunur. Adölesan sosyal çevreden etkilenir ve çevreye uyum sağlamaya çalışır. Adölesan bu maddeleri başetme mekanizmasında kendine yardımcı olarak kullanır.

Problem-davranış teorisi: Bu teori davranışsal bir problem olduğunu savunur. Adölesan sigara, alkol, madde kullanımı ve seksüel aktivite gibi davranışları bir yaşam stili olarak görür. Bunları fonksiyonel bir davranış olarak kabul eder.

Aile sistem teorisi: Bu teoride bu davranışlarda ailenin rol model olduğunu savunur. Aile iyileşme programına alınır sa adölesan da düzelir (173).

Arkadař özellikleri ve arkadaş etkisi madde kullanımına yol ačan çevresel risk faktörleri içerisinde en önemlilerindedir (163, 164). Davranış bozukluğu gösteren ergenler, benzer davranışlar gösteren arkadaşlar edinmektedir. Antisosyal arkadaşlar edinme de madde kullanma riskini arttırmaktadır (167). Madde kullanımı için belirlenen en önemli risk faktörlerinden birisi ergenin madde kullanan arkadaşı olmasıdır (168, 169, 200, 170, 171). Sözkonusu arkadaş özelliklerinin yarattığı risk, 14-16 yař aralığındaki ergenlerde daha yüksek olduğu görölmüştür (165, 172).

2.15 TÖTÖN BAĞIMLILIĞINDA KULLANILAN TEDAVİLER

Sigara içenlerin bu zararlı alışkanlığu bırakabilmesi için uyulanan programlarda “farmakolojik” ve “farmakolojik olmayan” olmak üzere iki temel yaklaşım vardır. Bu yaklaşımların ieriğu şu şekildedir:

1.Farmakolojik olmayan yaklaşım:

- a) Doktor telkin ve önerileri ile bırakma
- b) Kendi kendine bırakma

2.Farmakolojik yaklaşım:

- a) Nikotin replasman tedavisi (NRT)
- b) Antidepresan tedavisi
- c) Kombine tedavi

Farmakolojik olmayan yaklaşım:

a) Doktor tekli ve önerileri ile bırakma: Sigara bıraktırma programına geçmeden önce hastaların nikotin bağımlılık derecelerinin saptanması gerekir. Bunun için, uzun yıllardır

ülkelerin kendilerine göre ufak değişikliklerle modifiye ettikleri Fagerström Testi uygulanabilir. Bu şekilde bağımlılık dereceleri saptanan hastalara motivasyon için şu mesajlar verilebilir (175):

- Sigarayı bırakmak, uzun ve kısa süreli olarak sağlık problemlerinizi düzeltecektir. Ancak yardım almadan bırakabilmek bazen mümkün olmayabilir.
- İlaç tedavileri, özellikle doktorunuzun yardımıyla kombine edildiğinde güvenceli ve etkilidir.

Bu tarzda yapılan doktor telkin ve önerileri, sigara içen ergenlerde aralıklarla tekrar eden (haftada ya da ayda bir kez) motivasyonel görüşmeler, sigarayı bırakma ve bırakmış kalma konusunda, öğüt verici kısa bir görüşmeden çok daha fazla etkili olmaktadır (174).

b) Kendi kendine bırakma: Kendi kendine bırakma iki şekilde olabilir:

1) Kendini hazırlayarak uzun sürede bırakma: Burada kişi, çeşitli etkenler (yazılı ve görsel basın, kitaplar, dergiler, broşürler) yoluyla bilgi edinip, kendini bırakmaya hazırlar ve bir bırakma tarihi saptar. Bırakma tarihinde sigara içmeyi bırakır. Ya da günlük içtiği sigara sayısını giderek azaltır ve sonunda bırakır (177).

2) Aniden ve bir defada bırakma (“Cold Turkey” yaklaşımı): Sigara içimini kesmek için en yaygın olarak kullanılan yöntem budur (176). Kişi sigaranın neden olduğu olumsuz bir olayın (sigara nedeniyle çok sevdiği bir yakınını kaybetmek gibi) ya da içtiği sigara nedeniyle yakalandığı (miyokard enfarktüsü, solunum yetmezliği, tümör gibi.) ciddi bir hastalığın etkisi ya da korkusuyla aniden ve bir defada sigarayı bırakır ve bir daha da hiç içmez. Bu bırakma yönteminde de diğerlerinde olduğu gibi relaps riski vardır (177).

Farmakolojik yaklaşım:

Farmakolojik yaklaşımın temelinde, doktor kontrolüyle birlikte bırakmaya yardımcı ilaçların kullanılması yatmaktadır. Farmakolojik yaklaşımda; ya nikotin kesilmesinin ortaya çıkaracağı yoksunluk derecesini azaltmak için hastaya nikotin preparatları uygulanır ya da nikotin yoksunluğu ile ortaya çıkan psikolojik durumun tedavisi için antidepresan ilaçlar verilir. Son yıllarda en çok uygulanan yöntem ise bunların kombine edilerek verilmesi yöntemidir (176, 178, 179).

a) Nikotin Replasman Tedavisi (NRT): Bu tedavinin amacı; nikotin çekilmesi ile ilişkili olarak kanda azalan nikotin düzeyini arttırıp, bu nikotin aracılığı ile tıpkı sigara içimi yoluyla alınan nikotinin yaptığı gibi beyindeki noradrenalin ve dopamin düzeyini arttırarak sigara bırakmaya yardımcı olmaktır (181,182). Nikotin preparatlarının hiçbir şekli bir sigaradan salınan nikotin kadar hızlı nikotin salmaz. Salınım yavaştır, yüksek plazma düzeylerine ulaşmaz ve bağımlılık potansiyeli düşüktür. Ancak yoksunlukta

ortaya çıkacak belirtileri azaltır ve bırakmaya yardımcı olur (183). Nikotinin; sakız, yama, oral , inhaler, nazal sprey, sublingual pastil gibi çeşitleri vardır. Bunların içinde en uygunun hangisi olduğu tartışmalıdır. Kişisel ve bağımlılığa bağlı özelliklere göre en uygununu saptamak doktorun görevidir (184).

Nikotin sakızı: En çok tercih edilen nikotin replasman tedavisi ürünlerindedir. Nikotin sakızlarından 2 mg ve 4 mg olan preparatları vardır. Bağımlılık derecesine göre farklı preparatlar seçilebilir. Günde maksimum 25-30 sakız çiğnenebilir (185).

Nikotin yaması (Nikotin bandı, Nikotin flaster, Nikotin Transdermal Patch): Ülkemizde en çok tercih edilen nikotin replasman tedavi ürünlerinden biridir. 15 mg ve 22 mg lık preparatları bulunmaktadır (204). Tedavi süresi 6-12 hafta arasında değişmektedir (FDA'nın önerisi 3-5 aydır.). Bu süre içerisinde sigara bırakma oranı %30-40 arasındadır (186,187)

a) Antidepresan Tedavi: Antidepresan tedavi, sigarayı bırakma sürecine giren kişilerin nikotin yoksunluk sendromu bulgularıyla baş edebilmesini için uygulanan bir farmakolojik tedavi yöntemidir. Bu yöntemi uygulamak için kullanılan ilaçlar, yalnız başına ya da nikotin replasman tedavisinde kullanılan ilaçlardan biriyle kombine tedavi şeklinde ve doktor kontrolünde verilebilir. Bu amaçla en çok bupropion kullanılmaktadır (179,180).

Bupropion: Sigara bırakmaya yardımcı farmakolojik ajanların en çok kullanılanlarından olan ve trisiklik olmayan bir antidepresandır (188). Antidepresan özelliğinin yanında diğer antidepresanlardan farklı olarak, sigarayı bırakanlarda ortaya çıkan yoksunluk belirtilerini azaltıcı özel bir etkisi de vardır. Bu etkiyi, dopamin ve noradrenalinin sinirsel (sinaptik) geri emilimini inhibe ederek gösterdiği düşünülmektedir (188). Bu tabletleri içmeye, sigara bırakma tarihinden 7-10 gün önce başlanır. Bupropion; epilepsi, inme, beyin ameliyatı, anoreksiya nevroza, bulumia, alkolizm öyküsü olan hastalarda ve gebelerde kontraendikedir (180).

2.16 Potansiyel Tütün Bağımlılığı Tedavileri:

1- Nortriptilin: Nortriptilin, noradrenalinin ve serotonin geri alınımını bloke ederek yoksunluk semptomlarını azaltır.

2- Klonidin: Hipertansiyon tedavisinde kullanılır. Alfa-2- noradrenerjik agonisttir. Alkol ve opioid yoksunluk semptomlarında azalma gösterilmiştir.

3- Varenicline: Nikotin reseptörü parsiyel agonisti ve selektif nikotinik reseptör modülatörü olarak tanımlanmıştır. Yoksunluk semptomlarını önler ve bağımlılık yapmaz.

4- Rimonabant: Selektif cannabinoid-1 reseptör antaagonisti olarak adlandırılan ilaçların (CB1) beyinde sigara içenlerde değiştiği varsayılan enerji denge sistemini düzenlediğine inanılır. Ayrıca şişman kişilerde kilo kaybı yapabileceği gösterilmiştir.

5- Nikotin aşıları: alışmalar henüz devam etmektedir.

6- GTS-21: GTS-21 (DMXB-A, anabaseine): Nikotin reseptörlerinin subtiplerine, selektif bağlanan bir bileşiktir. İnsan ve hayvanlarda GTS-21 kognitif fonksiyonları düzeltir ve bu özelliği ile demans için yeni tedavi olarak araştırılmaya başlanmıştır. Faz I klinik çalışmalar yüksek dozda yan etki olmaksızın oral alımın güvenli olabildiğini göstermiştir.

7- Bromokriptin: Bromokriptin bir dopamin agonistidir ve sigara içme isteğinde azalma ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

8- Selegiline: MAO-B inhibitörü olan selegiline, dopaminerjik agonistidir ve gelecekte sigara bırakma araştırmaları için umut göstermektedir.

9- Reboxetine: Antidepresan olarak sigara bırakma ajanları içinde etkili olabilir. (189).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel tipte yapılan bu çalışmada araştırma örnekleme; Samsun İli'nde seçilen bazı ilköğretim 6., 7., 8. sınıflar ile lise 1., 2., 3., ve 4. sınıflarının öğrencilerini kapsamaktadır.

OKULLARIN TANIMI

Araştırmamızda Samsun İl Valiliği ve İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli izin belgeleri alındı. Araştırma için Samsun İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden Samsun ilinde bulunan 2019-2020 eğitim yılındaki öğrenci sayıları alındı. Milli Eğitim Müdürlüğü'nün verilerine göre Samsun ilinde 763 ilköğretim, 133 lise bulunuyordu. İlköğretimlerdeki 6., 7., 8. Sınıflarının toplam öğrenci sayısı 65940 olarak belirlendi. İl genelindeki 133 lisenin ise 58'i meslek lisesi, 32'si Anadolu, 20'si normal ve 3'ü özel liselerden oluşuyordu. Liselerdeki toplam öğrenci sayısı ise 67738 idi.

ÖRNEKLEM HACMİ

Örneklem hacmi; 2012 yılında Samsun'da yapılan araştırma göz önünde tutularak % 1 hata payı ve % 95 Güven aralığında, Win Episcopo 2.0 istatistik programı yardımıyla minimum 770 olarak hesaplandı. Bu nedenle örneklem hacmi merkez okullarından 785 kişi alındı. Covid pandemisi nedeniyle okulların kapanması ile çalışma zorunlu olarak kesildi. Anket uygulanması yapılırken güvensiz davranışlarda bulunan öğrencilerin anketleri, bilgisayara veri girişi sırasında anketteki hatalar nedeni ile 25 anket çalışma dışı bırakıldı.

ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Samsun il ve ilçelerinde 763 ilköğretim okulu mevcuttu. İlköğretimde örnekleme girecek öğrenci sayıları sınıflara, cinsiyete göre belirlendi. Samsun il ve ilçelerinde bulunan toplam 133 liseden örnekleme girecek öğrenci sayıları da; sınıflara, cinsiyete ve lise türüne göre saptandı. Yaş gruplarına göre sigara prevalansının belirlenebilmesi için seçilen okulların 6, 7, 8, 9, 10, 11 ve 12. sınıfa kadar tüm öğrencileri tabakalı örneklem yöntemiyle sınıflandırıldı. Örneklem sayısı belirlendi. Gidilecek okullar ve okullarda hangi sınıfa anket uygulanacağı basit rastgele yöntem ile belirlendi.

ANKET

Araştırmada uygulanan anket Ek-1'de, 2'si açık uçlu olmak üzere 27 sorudan oluşmaktadır. Yapılan çalışmaya ait formlarda sigara içme durumunun yanı sıra sigaraya başlama nedenleri, sigara başlama yaşı, sigara içmesine neden olabilecek faktörler, sigara reklamlarının etkisi

ayrıca anne, baba, kardeşlerin sigara içme durumu sorgulandı. Sınıflardaki öğrencilere anketler dağıtılıp soruların cevaplanması beklenerek doldurulan anketler toplandı ve değerlendirildi.

ANKETLERİN UYGULAMA ŞEKLİ

Örnekleme giren okullar ve sınıflar belirlendikten sonra, bu sınıflardaki öğrencilere araştırma ve anket formu hakkında bilgi verildi. Gidilen okullarda öncelikli olarak okul müdürü ile görüşüldü, izin belgesi gösterildi. Sınıflar belirlendikten sonra, sınıflardaki öğretmenlerle de görüşüldü ve öğretmenler bilgilendirildi. Öğrencilerden sağlıklı yanıt alabilmek için anket formlarına isim ve soyadı yazmamaları istendi. Anket sonuçlarının kimseye verilmeyeceği şeklinde öğrencilere güven verildikten sonra, sınıftaki öğretmen dışarı çıkarılıp formlar dağıtıldı. Bir anketin öğrenci tarafından doldurulması yaklaşık 5-10 dakika arasında zaman aldı, sonrasında anketler toplandı.

Araştırmada saha çalışması 8 Şubat - 8 Mart 2020 tarihleri arasında 2'si lise ve 2'si ortaokul ve biri de özel kolej olmak üzere 5 okula uygulandı. Daha çok okul taraması planlanmışken, okulların pandemi nedeniyle kapatılmasıyla daha az okul taranmıştır. Araştırma kapsamına alınan okullar Ek 2' de verilmiştir.

BAĞIMLI DEĞİŞKENLER

- Sigara içme

Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu sınıflandırma kullanılarak, araştırmamızdaki öğrencilerin sigara içme özellikleri belirlenmiştir.

Hayat boyu sigara içmesine göre; sigara içmeyenler ve içenler saptandı. İçenler arasında da haftada 1-2 adet sigara içenler, günde 1-5 adet sigara içenler, günde 5-10 adet sigara içenler, günde 10-20 adet sigara içenler ve günde 1 paketten fazla sigara içenler olarak gruplandırıldı.

BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

- Yaş
- Okul: Ortaokul-lise
- Annenin sigara içme durumu
- Babanın sigara içme durumu
- Kardeşlerinden en az birinin sigara içme durumu

- Anne - babanın eğitim durumu
- Anne - babanın yaptığı iş

İSTATİKSEL ANALİZ

Araştırma anketimiz uygulandıktan sonra veriler, bilgisayarda SPSS 15-.0, win episcopie 2.0 ve excel programları ile değerlendirildi. Kategorik verilerin analizi için Ki-kare testi kullanıldı. Sigara kullanımını etkileyen risk faktörlerini belirlemek üzere multivaryant lojistik regresyon analizi kullanıldı. One Sample T-Testi analizler için kullanıldı. Multipl regresyon analizi yöntemi ile veriler analiz edildi. $P < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. TANIMLAYICI BULGULAR

Samsun il ve ilçelerindeki ilköretim okulları 6, 7, 8. sınıfları ile liselerin 9, 10, 11, 12. sınıflarındaki öğrencilerde sigara kullanım yaygınlığı ve bunu etkileyen etkenlerin araştırıldığı çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular aşağıdaki başlıklar halinde verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan 785 öğrencinin 383 erkek (%48,78), 402 kız (%51,22) idi. Öğrencilerin yaş aralığı 10-18 arasında olmakta idi. Çalışmaya alınan öğrencilerin cinsiyet dağılımı Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo: 5. Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Sayı	Yüzde (%)
Erkek	383	%48,78
Kadın	402	%51,22
Toplam	785	%100

($p < 0,05$)

Öğrencilerin yaş aralığı 10-18 arasında olup, yaş ortalaması $15,6 \pm 1,32$ olarak bulundu. Çalışmamızda en fazla sayıda öğrenci 12 yaşında, en az sayıda öğrenci 18 yaşında idi. 416’sı (% 52.99’u) 10-13 yaş grubunda, 276’sı (%35,15’i) 14-16 yaş grubunda, 93’ü (% 11,84’ü) ise 17-18 yaş grubunda idi. Çalışmamıza dahil olan öğrencilerimizin cinsiyet ve yaş dağılımları Tablo 6’da gösterilmiştir.

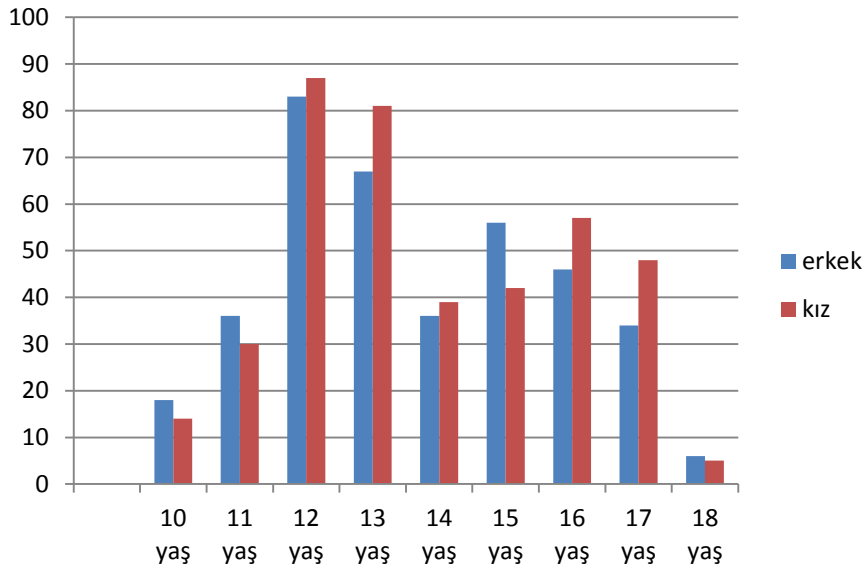
Tablo: 6. Çalışma Kapsamına Giren Öğrencilerin Yaşlar Göre Cinsiyet Dağılımı

Yaş	Sayı	Yüzde (%)	E/K
10	32	%4,07	18/14
11	66	%8,4	36/30
12	170	%21,65	83/87
13	148	%18,85	67/81
14	75	%9,55	36/39
15	98	%12,48	56/42
16	103	%13,1	46/57
17	82	%10,44	34/48
18	11	%1,4	6/5
Toplam	785	%100	785

($p < 0,05$)

Grafik: 1. Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Yaşa Göre Cinsiyet Dağılımı

Olgu Sayısı



SİGARA İLE İLGİLİ BULGULAR

Çalışmaya alınan 785 öğrencinin 30'u (% 3,82'si) sigara içmekteydi.

Araştırma kapsamındaki öğrenciler arasında sigara içme prevalansı; kızlarda 9 öğrenci (% 1.1), erkeklerde 21 öğrenci (% 2.72) olarak saptandı. Erkek ve kız öğrencilerin sigara içme sıklığı değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Erkek öğrencilerin, kız öğrencilere göre 2.3 kat daha fazla sigara içtiği saptanmıştır.

Tablo: 7. Erkek Ve Kız Öğrencilerde Sigara İçme Durumu

	Kız	Erkek
Sigara içen	9	21
Sigara içmeyen	393	362
Toplam	402	383

(p<0,05)

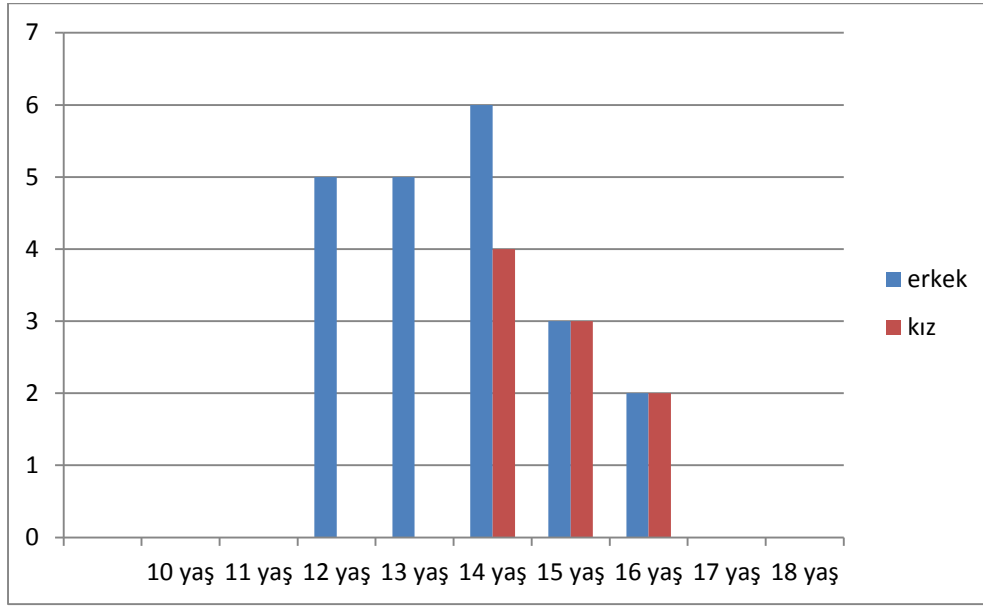
Her iki cinste de yaş artmasıyla sigara içme sıklığının artmakta olduğu görülmüştür. Araştırmamızda 14 yaşında hem erkek hem de kız cinsiyette sigara içme sıklığının maksimum olduğu görülmüştür. Bu dağılım sigara içen erkeklerde 6 kişi (%28,5), kızlarda 4 kişi (%44,4) olarak bulunmuştur. Tüm yaşlar göz önüne alındığında; 15 yaşa kadar erkeklerde sigara alışkanlığının daha yaygın olduğu, 15 ve 16 yaşında ise her iki cinste benzer olduğu görülmektedir.

Tablo: 8. Erkek ve Kız Cinsiyette Yaşa Göre Sigara İçme Durumu

Yaş	Erkek		Kadın	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
10,00	0	%0	0	%0
11,00	0	%0	0	%0
12,00	5	%23,8	0	%0
13,00	5	%23,8	0	%0
14,00	6	%28,57	4	%44,48
15,00	3	%14,31	3	%33,3
16,00	2	%9,52	2	%22,22
17,00	0	%0	0	%0
18,00	0	%0	0	%0
Toplam	21	%100	9	%100

(p<0,05)

Grafik: 2. Erkek ve Kız Cinsiyette Yaşa Göre Sigara İçme Grafik Dağılımı



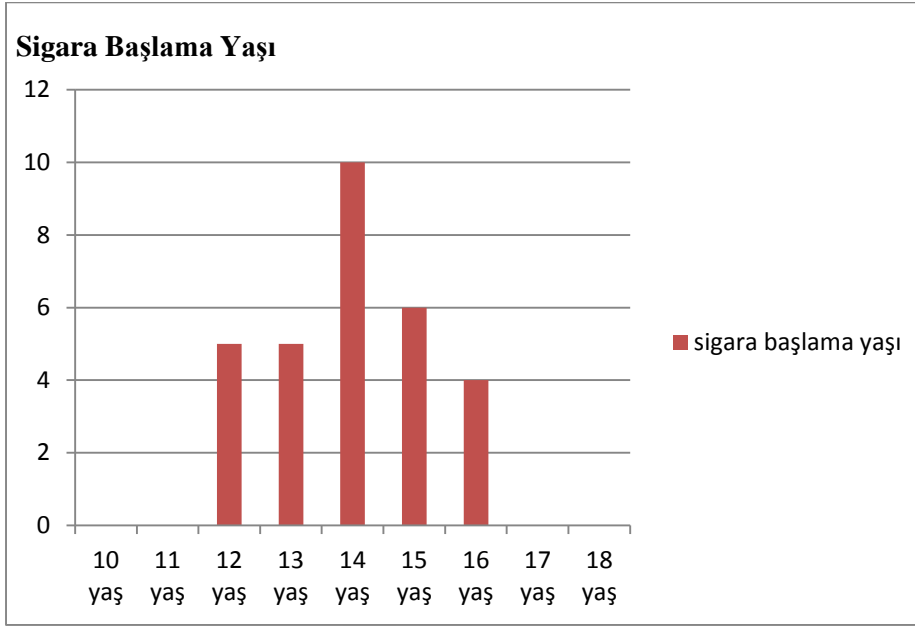
Sigaraya ilk kez başlayan öğrencilerin sigaraya başlama yaşı ortalaması $13,6 \pm 1,31$ olarak bulunmuştur. Sigaraya başlama yaşına bakıldığında, 15 yaşta sigaraya başlayan kişi sayısı en fazla bulunmuştur. 10 yaşında sigaraya başlayan hiç öğrenci olmazken, 12 ve 13 yaşında sigaraya başlayan öğrenci sayısı eşittir.

Tablo: 9. Çalışmaya Katılan Öğrencilerde Yaşa Göre Sigaraya Başlama Durumu

Yaş	İlk Kez Sigaraya Başlama Yaşı					
	,00	12,00	13,00	14,00	15,00	16,00
	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı
10,00	32	0	0	0	0	0
11,00	66	0	0	0	0	0
12,00	169	1	0	0	0	0
13,00	146	2	0	0	0	0
14,00	70	0	4	1	0	0
15,00	92	0	1	5	0	0
16,00	98	1	0	0	4	0
17,00	72	1	0	4	1	4
18,00	10	0	0	0	1	0

($p < 0,05$)

Grafik: 3. Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Sigaraya Başlama Yaşı Grafik Dağılımı



Sigara kullanan kız öğrenci sayısı 9 (%30) iken; erkek öğrenci sayısı 21 (%70) olarak gözlemlenmiştir. Kızlarda ilk sigarayı deneme yaş ortalaması $14 \pm 1,38$ iken; erkeklerde $13,2 \pm 1,62$ 'dir. Kızların erkeklere göre sigaraya başlama yaşının büyük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, Tablo 10'da gösterilmiştir ($p < 0,001$).

Tablo: 10. Cinsiyete Göre Sigaraya Başlama Yaşı Ortalaması

	Yaş	Cinsiyet	Kaç Yıldır Sigara İçiyorsunuz	İlk Kez Sigaraya Başlama Yaşı
Ortalama	15,6229	1,3174	1,5203	14,0788
Medyan	16,0000	1,0000	1,0000	14,0000
Standart Sapma	1,46932	,46603	,96664	1,24547
Minimum	12,00	1,00	1,00	12,00
Maksimum	18,00	2,00	5,00	16,00

($p < 0,05$)

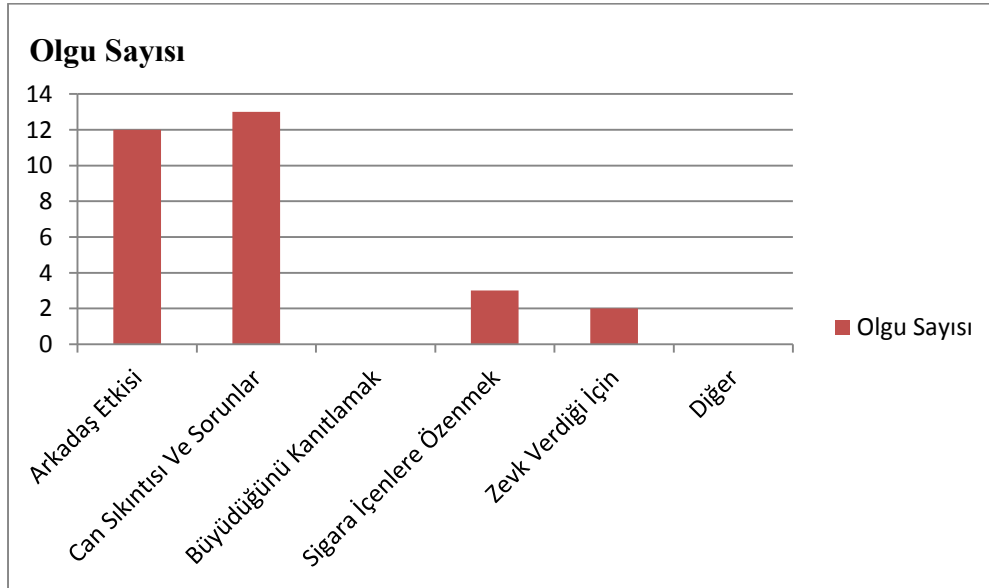
Halen sigara içen öğrencilerin sigaraya başlama nedenlerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 11); sigara içenlerin 13'ü (% 43,3) dert ve sıkıntı, 12'si (% 40) arkadaş etkisi, 3'ü (% 30) özentisi, 2'si (% 6,6) de zevk almak nedeniyle sigara içmeye başladıklarını ifade etmişlerdir.

Vakaların sigaraya başlama nedeni olarak en sık sıkıntı ve arkadaş etkisi olduğu görülmüştür. İki nedene bağlı sigaraya başlama sıklığının %70'ini oluşturmaktadır.

Tablo: 11. Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Sigara İçme Nedenleri

Sigara	İçme	Sayı	Yüzde(%)
Nedeniniz Nedir?	Arkadaş Etkisi	12	% 40
	Can Sıkıntısı ve Sorunlar	13	% 43,3
	Büyüdüğünü kanıtlamak	0	%0,0
	Sigara içenlere Özenmek	3	% 30
	Zevk Verdiği İçin	2	% 6,6
	Diğer	0	%0,0
Toplam		30	% 100

Grafik: 4. Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Sigara İçme Nedenleri Grafik Dağılımı



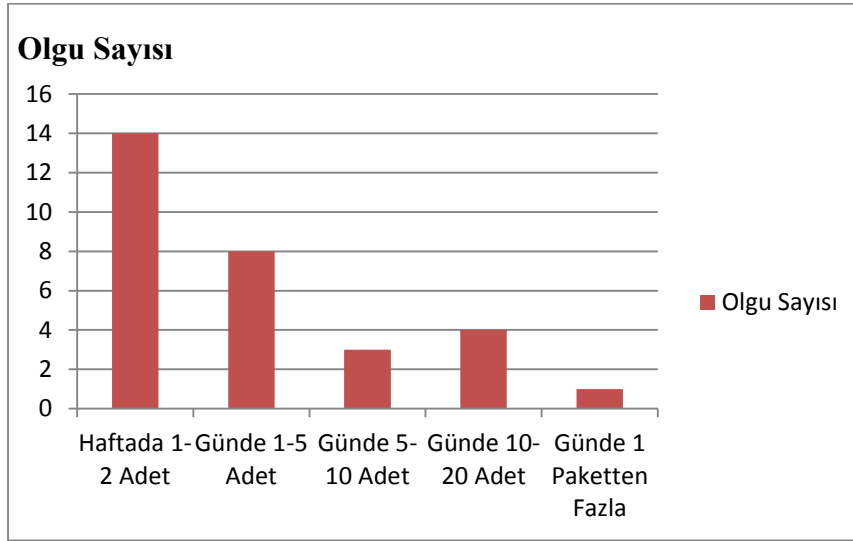
Sigara içen öğrencilerin 14'ü (% 46,6'sı) haftada 1-2 adet, 8'i (%26,6'sı) günde 1-5 adet, 3'ü (%10'u) günde 5-10 adet, 4'ü (%13,3'ü) günde 10-20 adet, 1'i (%3,3'ü) günde 1 paketten fazla sigara içmekteydi. Öğrencilerin 25'inin (%83,3'ünün) günde yarım paketten daha az sigara içtiği saptanmıştır (Tablo:12) .

Tablo: 12. Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Sigara İçme Sıklığı

		Sayı	Yüzde(%)
Sigara İçiyorsanız İçme			
Sıklığımız Nedir?	Haftada 1-2 adet	14	%46,6
	Günde 1-5 adet	8	%26,6
	Günde 5-10 defa	3	%10
	Günde 10-20 adet	4	%13,3
	Günde 1 paketten fazla	1	%3,3
Toplam		30	%100,0

(p<0,05)

Grafik: 5. Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Sigara İçme Sıklığı Grafik Dağılımı



Araştırma kapsamındaki öğrencilerin 261'i (%33,2'si), kamu spotlarının sigarayı bırakmak konusunda efektif olacağını düşünürken, öğrencilerin 524'ü (%66,8'si) caydırıcı olmayacağını düşündüğü görülmüştür (Tablo:13).

Tablo: 13. Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Kamu Spotlarının Sigarayı Bırakmaya Etkisi

		Sayı	Yüzde(%)
Sigarayı Bırakmak İçin Yapılan Kamu Spotlarının Caydırıcı Olduğunu Düşünüyor Musunuz?	Evet	261	%33,2
	Hayır	524	%66,8
	Toplam	785	%100,0

(p<0,05)

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin 12'si (%40'ı) stres durumunda sigara içme sıklığının arttığını ifade ederken, 18'i (%60 'ı) içme sıklığının artmadığını ifade etmiştir.

Tablo: 14. Sigara İçen Öğrencilerin Sınav Döneminin Sigara İçme Sıklıklarına Etkisi

		Sayı	Yüzde(%)
Sınav Dönemlerinde Sigara İçme Sıklığınız Artıyor Mu?	Evet	12	%40,0
	Hayır	18	%60,0
	Toplam	30	%100,0

(p<0,05)

Araştırma kapsamına giren öğrencilerin ebeveynleri incelendiğinde; babalarının 346'sı (%44,1'i) halen sigara içtiğini, annelerinin 167'si (%21,4'ünün) halen sigara içtiğini, kardeşlerinden birinin sigara içip içmediği sorgulandığında 70'i (%8,9'unun) sigara içtiğini, arkadaşlarından sigara içen olup olmadığı sorulduğunda 277'si (%35,3'ünün) sigara içtiğini ifade etmiştir.

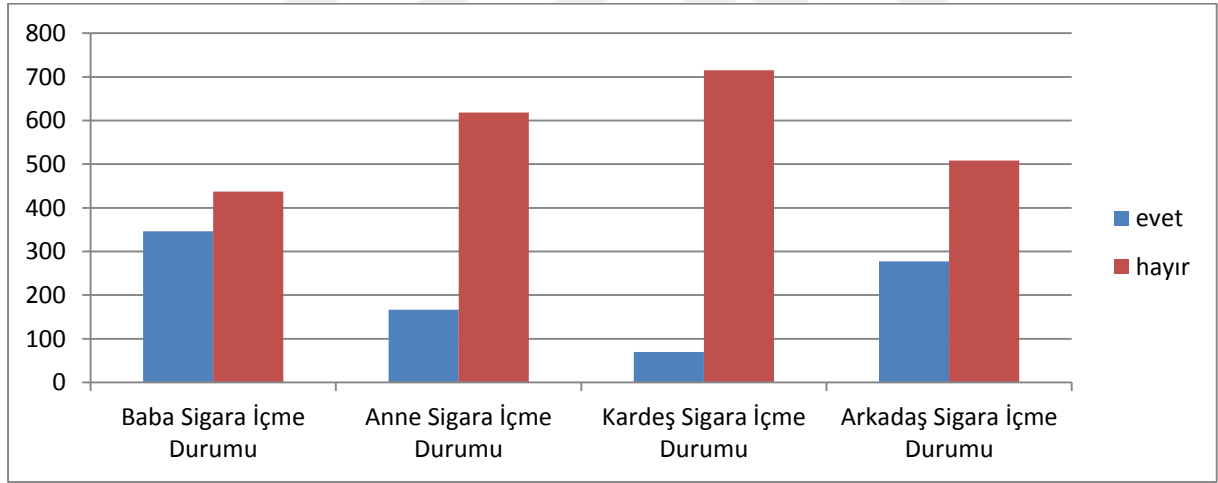
Tablo: 15. Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Aile Bireyleri veya Arkadaşlarından Birinin Sigara İçme Durumu

Sigara İçme Durumu	Evet	Yüzde(%)	Hayır	Yüzde(%)	Toplam
Baba Sigara İçimi	346	%44,1	437	%55,9	785
Anne Sigara İçimi	167	%21,4	618	%78,6	785
Kardeş Sigara İçimi	70	%8,9	715	%91,1	785
Arkadaş Sigara İçimi	277	%35,3	508	%67,7	785

(p<0,05)

Grafik: 6. Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Aile Bireyleri Veya Arkadaşlarından Birinin Sigara İçme Durumu Grafik Dağılımı

Olgu Sayısı



Araştırmamızda kardeşlerden birinin sigara içmesi durumunun, öğrencilerden sigara içme durumuna etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0.001).

	Değer	P
Pearson KI-Kare	61,532	,000
LikelihoodRatio	76,316	,000
Linear- by- Linear	61,385	,000

(p:0.001)

Araştırma kapsamındaki öğrencilerinin annelerinin 53'ü (6,7'si) hamile iken sigara içerken, 732'si (%93.24'ü) hamile iken sigara içmemiştir.

Tablo: 16. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Annelerinin Hamileyken Sigara İçme Durumu

			Sayı	Yüzde
Anneniz	Size	Evet	53	%6,75
Hamileyken		Hayır	732	%93.24
Sigara İçmiş Mi?		Total	785	%100,0

(p<0,05)

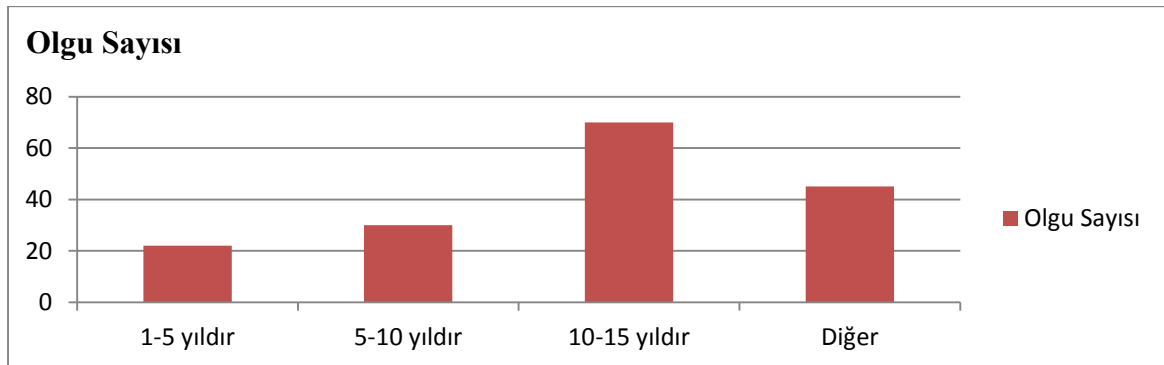
Araştırma kapsamındaki öğrencilerin ebeveynleri incelendiğinde, öğrencilerin annelerinin 22'si (%2,8'inin) 1-5 yıldır sigara içtiği, 30'u (%3,8'inin) 5-10 yıldır sigara içtiği, 70'i (%8,9'unun) 10-15 yıldır sigara içtiği, 45'i (%5,7'sinin) diğer grubunda olduğu bulunmuştur, babalarının ise; 15'i (%1,9'unun) 1-5 yıldır sigara içtiği, 27'si (%3,4'ünün) 5-10 yıldır sigara içtiği, 139'u (%17,7'sinin) 10-15 yıldır sigara içtiği, 184'ü (%23,4'ünün) diğer grubunda olduğu bulunmuştur. Ayrıca ebeveynlerinden birinin sigara içmesi durumunda öğrencilerin yanında içip içmediği sorgulandığında 109'unun (%13,9'unun) yanında sigara içtiği bulunmuştur.

Tablo: 17. Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Anne veya Babasının Kaç Yıldır Sigara İçtiği Ve Öğrencilerin Yanlarında Sigara İçmesi Durumu

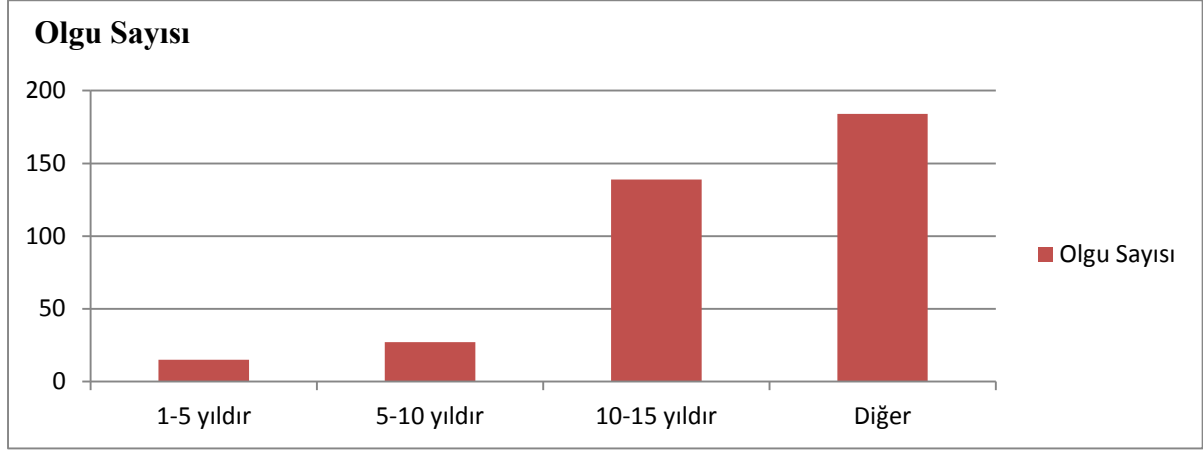
		Sayı	Yüzde
Anneniz Sigara İçiyor İse			
Kaç Yıldır Sigara İçiyor?	1-5 yıldır	22	%2,8
	5-10 yıldır	30	%3,8
	10-15 yıldır	70	%8,9
	Diğer	45	%5,7
	Toplam	167	%100,0
Babanız Sigara İçiyorsa			
Kaç Yıldır Sigara İçiyor?	1-5 yıldır	15	%1,9
	5-10 yıldır	27	%3,4
	10-15 yıldır	139	%17,7
	Diğer	184	%23,4
	Toplam	365	%100,0
Anneniz veya Babanız			
Sigara İçiyorlarsa Evet		109	%13,9
	Yanınızda İçiyor Mu?	Hayır	676
Toplam		785	%100,0

(p<0,05)

Grafik: 7. Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Annelerinin Sigara İçme Sıklığı Grafik Dağılımı



Grafik: 8. Çalışmaya Alınan Öğrencilerin Babalarının Sigara İçme Sıklığı Grafik Dağılımı



Ailede annenin veya babanın öğrencilerin yanında sigara içme durumunun, öğrencilerin sigara kullanmasına olan etkisi anlamlı bulunmuştur (p:0,001).

	Değer	P
Pearson Chi-Square	48,413	,000
Likelihood Ratio	62,886	,000
Linear-by-Linear Association	23,892	,000

(p:0,001)

Araştırmamıza katılan öğrencilerin %43,33 ü (13) sigara içtiğini ailesi biliyorken, %56,66 (17) bireyin ailesinin haberi olmadığı görülmüştür.

Tablo: 18. Araştırmaya Alınan Sigara İçen Öğrencilerin Ailelerinin Sigara İçtiklerini Bilmesi Durumu

		Sayı	Yüzde(%)
Sigara İçiyorsanız Aileniz Biliyor Mu?	Evet	13	%43,33
	Hayır	17	%56,66
	Total	30	%100,0

(p<0,05)

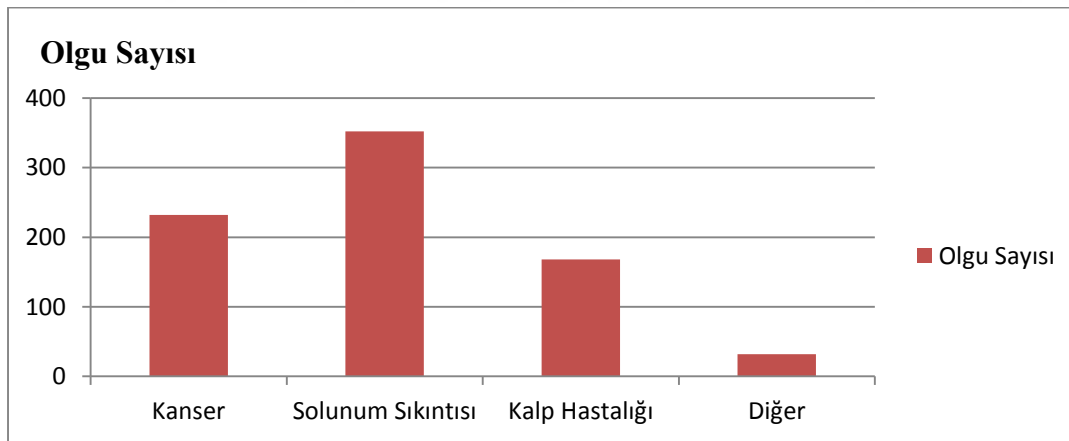
Araştırma kapsamındaki öğrencilere sigaranın zarar etkilerini bilip bilmediği sorulduğunda; 232'si (%29,6'sı) kanser yapıcı etkisini bildiğini, 352'si (%44,8'i) solunum sıkıntısı yaptığını bildiğini, 168'si (%21,4'ü) kalp hastalığı üzerine etkisini bildiğini, 32'si (%4,1 'i) diğer etkilerini bildiğini ifade etmiştir. En sık bilinen yan etkinin solunum sistemi yan etkisi olduğu görülmüştür. Fakat ne yazık ki öğrencilerin sigaranın yan etkilerini bilme yönünden yetersiz olduğu görülmüştür.

Tablo: 19. Araştırmaya Alınan Öğrencilerin Sigaranın Zararlı Etkilerini Bilme Durumu

		Sayı	Yüzde
Sigaranın Sağlık Üzerine Hangi Zararlı Etkilerini Biliyorsunuz?	Kanser	232	%29,6
	Solunum	352	%44,8
	Kalp hastalığı	168	%21,4
	Diğer	32	%4,1
	Toplam	785	%100,0

(p<0,05)

Grafik: 9. Alınan Öğrencilerin Sigaranın Zararlı Etkilerini Bilme Durumu Grafik Dağılımı



Araştırma kapsamındaki öğrencilerin 264'ü (%33,63'ü) düzenli spor yaptığını ifade ederken, 521'i (66,36'sı) düzenli spor yapmadığını ifade etmiştir.

Tablo: 20. Araştırmaya Alınan Öğrencilerin Spor Yapma Durumu

			Sayı	Yüzde(%)
Düzenli Spor Yapıyor Musunuz	Evet	264	%33,63	
	Hayır	521	%66,36	
	Total	785	%100,0	

(p<0,05)

Araştırma Kapsamındaki Öğrencilerin 135 (%26,3'ü) bireyin kronik rahatsızlığı mevcutken, 650 (%73,7'si) bireyin sağlıklı olduğu görülmüştür.

Tablo: 21. Araştırmaya Alınan Öğrencilerin Bilinen Bir Hastalıklarının Olması Durumu

		Sayı	Yüzde(%)
Kronik Bir Hastalığınız Var Mı?	Evet	135	%26,3
	Hayır	650	%73,7
	Total	785	%100,0

(p<0,05)

5.TARTIŞMA

Sigara her yaşta önemli sağlık sorunlarına yol açan, çok yaygın kullanılan zararlı bir alışkanlıktır. Daha çok genç yaşlarda, özellikle 10-20'li yaşlar arasında sigara içilmeye başlanmaktadır. Öğrenciler arasındaki bu riskli sağlık davranışının boyutları ve nedenlerinin bilinmesi, geliştirilecek sağlık politikaları için önemli veriler sağlayabilir. Bu çalışmada Samsun il ve ilçelerinde 10-18 yaş arasındaki öğrencileri temsil eden bir örneklemele sigara kullanım prevalansları ve bu maddenin kullanımını etkileyen risk faktörlerinin analizi yapılmıştır. Veriler 8 yıl önce Samsun İli'ndeki yapılan çalışma verileri ile karşılaştırılmıştır.

Türkiye'de sigara içme sıklığı ile ilgili olarak yapılmış, bilimsel özellikleri taşıyan araştırmalar daha çok bölgesel niteliklidir. Türkiyeyi temsil eden iki araştırmanın ilki 1988'de, sonuncusu da 2002'de yapılmıştır. Emri ve arkadaşlarının 2002 yılında Türkiye genelinde 15 yaş üstü nüfusta yaptıkları araştırmada, sigara içme sıklığı %35,8'dir. Bu oran erkeklerde %50.9, kadınlarda ise %25.5 olarak belirlenmiştir. Bu çalışma ile ülke çapında temsil niteliği bulunan PİAR araştırmasında saptanan %43.6 'lık oranın gerilediği görülmüştür. Son 14 yılda erkeklerde %62.8 olan kullanım oranı bu çalışmada bulunan %50.9 oranına gerilerken, kadınlardaki oran çok az bir artış göstererek %24.3 'ten %25.9'a çıkmıştır. Genelde sigara kullanım oranındaki düşüşün nedeninin, çalışmalar arasındaki metodolojik farklılıklardan kaynaklanmıyorsa, 1996'dan sonra uygulanmaya başlanan sigara reklam yasağına bağlanabileceği görüşü dile getirilmiştir (22).

Emri ve ark. yaptıkları çalışmada, erkeklerde en sık sigara içilen yaş grubu %64.9 ile 30-39 yaş, kadınlarda ise %37.4 ile 25-29 yaş grubudur. Sigara içme hızları, özellikle kadınlarda eğitim düzeyi ile artmaktadır. Kullanım oranı en yüksek grup, her iki cinsten de lise mezunları olarak saptanmış olup, ortalama %48.2'dir. Nüfusun %54.3'nün hiç sigara içmediği belirlenmiştir. Yüksek gelir düzeyindeki kadınların, sigara kullanma eğiliminde artış söz konusudur. Sigara içenlerin %61.8'i düzenli sigara içmeye 20 yaş öncesinde ; %11'i de küçük yaş grubunda (12 yaş ve öncesinde) başladıklarını belirtmiştir. Araştırmanın uygulandığı şehirler içinde üç metropoldeki sigara içme sıklıkları yüksek bulunmuştur; Ankara %41.2 , İstanbul %44.4 ve İzmir %44.2 (22).

Orta dereceli okullardaki öğrencilerde, sigara içme sıklığı düşük bulunmuşsa da bu öğrencilerin liseye geldiklerinde sigaraya başladıkları görülmüştür. Ortaokul ve lise öğrencileri arasında, değişen oranlarda, erkek öğrenciler kız öğrencilerden daha fazla sigara içmektedirler. Yüksek öğrenim öğrencileri arasında yapılan araştırmaların sonuçları da farklı değildir. Buradaki oranlar daha yüksek olup, erkeklerde yine fazladır. Hacettepe Üniversitesi

Tıp Fakültesi'nde yapılan araştırmada; 1. Sınıfta saptanan %5.1'lik oranın, 6.sınıfta %18'e çıkması, eğitim çalışmalarının bu dönemde yoğunlaştırılmasının önemini göstermektedir.

Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA) sonuçlarına göre; 2003 ile 2009 yılları arasında gençler arasında sigara kullanım sıklığı artmıştır. 2003 yılında yapılan KGTA sonuçlarına göre 13-15 yaşlarındaki gençlerin %6.9'u sigara içerken, 2009 yılındaki çalışmada bu değer %8.4 olarak saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada gençlerin 10.2'si gelecek yıllarda sigara içmeye başlayabileceğini ifade etmiştir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçlarında ise, sigara içen yetişkinlerin %20'sinin 15 yaşından önce sigara içmeye başladığı görülmüştür (23).

Araştırmamız kapsamında alınan 785 öğrencinin yaş aralığı 10-18 arasında idi, yaş ortalaması $15,6 \pm 1,32$ olarak bulunmuştur.

Palancı ve ark. (190) Diyarbakır il merkezinde 2004 yılında 3000 ilköğretim 6, 7, 8 ve lise öğrencisi üzerinde yapmış oldukları çalışmada, örneklemin %32' si kız, % 68' i erkekmiş. Demirhan ve arkadaşlarının (191) Denizli il merkezinde yaptıkları çalışmada %40 kız, % 60 erkek oranı mevcutmuş.

Araştırmamızda; 785 öğrenci ile yapılan anket çalışmasında, sigara içen 30 öğrenci (% 3,9), kızlarda 9 öğrenci (% 1.1), erkeklerde 21 öğrenci (% 2.72) olarak saptandı. 1997 yılında Sancak ve arkadaşları (192) Samsun il ve ilçelerinde, kırsal ve kentsel alanlardaki lise ve ortaokul öğrencilerinde sigara içme prevalansı araştırmıştır. Çalışma 4740 ortaokul ve lise öğrencisi üzerinde yapılmıştır. Sigara içenlerin sıklığı % 13,1 (kız % 7,8; erkek % 17,7) olarak bulunmuştur.

2012 yılında Akça ve arkadaşlarının yapmış olduğu, Samsun İli'nde (kırsal ve kentsel olarak) 11-19 yaş grubu ortaokul ve lise öğrencilerinde sigara içme sıklığı ve sigara içme durumunu etkileyen faktörlerin araştırıldığı çalışmada; 6212 öğrenci ile yapılan bu çalışmada sigara içenlerin sıklığı % 13,0 (kız % 8,2; erkek % 18,1) olarak bulunmuştur (193).

Palancı ve arkadaşlarının (190) çalışmasında ise sigara içenlerin sıklığı % 14,8 (kız % 6,0; erkek % 20,2) olarak bulunmuştur. 1992 yılında Diyarbakır il merkezinde 3315 ortaokul ve lise öğrencisi üzerinde yapılan çalışmada ise sigara içenlerin sıklığı % 29,1 (kız % 10,5; erkek % 36,5) olarak bulunmuştur (194).

Ankara'da 2002 yılında yapılan bir araştırmada, 12-19 yaş arasındaki 391 öğrenciden sigara içme sıklığı 30 kişi (%7,7) olarak; (%5,1'i erkek,%2,6'sı kız) olarak bulunmuştur (195).

Çelik ve arkadaşlarının, 1052 lise öğrencisi ile yaptıkları araştırmada sigara içme sıklığı % 13,1 iken; Bilir ve arkadaşlarının 1495 lise öğrencisi üzerinde yaptıkları araştırmada ise sigara içme sıklığı % 14,8 olarak bulunmuştur (196, 197).

Bu sonuçlar 1997 yılında Sancak ve arkadaşlarının (192) yaptığı çalışma ile karşılaştırıldığında Samsun ili ve ilçelerinde diğer illerde yapılmış araştırmalara göre öğrenciler arasında sigara içme yaygınlığının daha düşük olduğunu göstermektedir. Ayrıca 2012 yılında Samsun İli'nde Akça ve arkadaşlarının yapmış olduğu başka bir araştırmada bu oranın diğer illerde yapılmış araştırmalara göre sigara içme yaygınlığının halen düşük olduğu görülmektedir. Geçen zamanla beraber, sigara içme sıklığında değişiklik olmadığını ve sigara içmenin önemli bir sorun olarak devam etmekte olduğunu göstermektedir (193).

Araştırmamızda 10-18 yaş grubu çocuklarda, sigara içme prevalansı % 3,9 olarak saptanmıştır. Aynı yaş grubundaki prevalans ABD'de yapılan çalışmalarda %15-20, Fransa'da yapılan bir çalışmada ise %30 olarak bulunmuştur (198). Araştırmamızda adölesanlarda sigara içme prevalansı, gerek yurt dışında, gerek ülkemizde yapılan çalışmalara göre daha düşük bulunmuştur. Bu durum çalışmamızın daha çok şehir merkezindeki öğrencilerde yapılması ile açıklanabilir. Kırsal kesimde daha önceki çalışmalarda daha yüksek bir oranda sigara içme prevalansı olduğu görülmüştür.

1999 yılında Türkiye'nin dahil olmadığı 30 Avrupa ülkesinde 15-16 yaş grubu öğrencilerde yapılmış çalışmada; son 30 gün içerisinde sigara içme prevalansları aratırılmış buna göre, en çok sigara içen ülkeler, Grönland (% 67), Bulgaristan ve Rusya (% 45), en az sigara içen ülkeler, Kıbrıs (% 16) ve Romanya (% 24) olarak bildirilmiştir (199). Çalışmamızda lise öğrencilerinde sigara içme sıklığı % 3,9 olup, görüldüğü üzere Samsun kent merkezinde yaşayan öğrenciler Avrupa ülkelerinden birçoğundan daha az sigara içmektedir. Ancak yinede lise öğrencilerinde bu kadar sıklıkla sigara içilmesi üzerine düşünülmesi gereken bir durumdur.

2003 yılında Türkiye'de yaşları 13-15 arasında olan yaklaşık 16,000 adolesana uygulanan Küresel Gençlik Sigara Anketi ile erkeklerin %31,7'sinin ve kızların %19,7'sinin sigarayı denediği görülmüştür. Adölesanların %6,9'unun ise çalışma sırasında hala sigarayı kullandığı saptanmıştır. 2009 yılında aynı anket tekrarlanmış ve sigara içenlerin oranının %8,4'e yükseldiği görülmüştür (200).

Sigaraya ilk kez başlayan öğrencilerin sigaraya başlama yaşı ortalaması $13,6 \pm 1,31$ olarak bulunmuştur. Araştırmamızda kızlarda ilk sigarayı deneme yaş ortalaması $14 \pm 1,38$ iken; erkeklerde $13,2 \pm 1,62$ 'dir. Kızların erkeklere göre sigaraya başlama yaşının büyük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p=0,001$)

Palancı ve arkadaşlarının (190) yaptığı araştırmada ilk sigara içme yaşı ortalaması $12,6 \pm 2,3$ (erkeklerde $12,4 \pm 2,1$, kızlarda $13,1 \pm 2,3$) olarak saptanmıştır. Bu ortalama ilköğretimde 11,8, liselerde 13,0 olarak bulunmuştur.

2012 yılında Samsun İli ve ilçelerinde yapılan, Akça ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada sigaraya başlama yaşı $14,1 \pm 1,53$ (erkeklerde $13,8 \pm 1,5$; kızlarda $14,5 \pm 1,3$) dür. Bu ortalama ilköğretimde 11,6, liselerde 14,0 olarak bulunmuştur (193).

Bu araştırma bulgularına göre Samsun il ve ilçelerinde öğrencilerin sigaraya daha geç yaşta başladıkları anlaşılmaktadır. Bizim çalışmamızda ise sigara başlama yaşı $13,6 \pm 1,31$ olarak bulunmuş olup, sonuçları 2012 yılındaki araştırmaya göre benzer niteliktedir.

Bütün bu çalışmalar sigara başlama yaşının ergenlik öncesine kadar uzandığını ve sigaradan korunma çalışmalarının daha küçük yaştaki çocukları hedef alması gerektiğini göstermektedir.

Yapılan birçok çalışmada erkek öğrencilerin, kız öğrencilere göre daha fazla sigara içtiği görülmüştür. İki cinsiyet arasında anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür.

Sancak ve arkadaşlarının (192) 1997 yılında yaptığı çalışmada erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre 2.26 kat daha fazla sigara içme alışkanlığı olduğu bulunmuştur.

2012 yılında yapılan Akça ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise; erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre yaklaşık 2,2 kat daha fazla sigara içtikleri görülmektedir (erkek %18,2, kız %8,2) (193). Araştırmamızda cinsiyete göre sigara içme prevalansı incelendiğinde erkek öğrencilerin, kız öğrencilere göre yaklaşık 2.3 kat daha fazla sigara içtikleri görülmektedir (erkek %2.72, kız %1.1). Bu oranlara bakıldığında yıllar geçse de erkek öğrencilerin, kız öğrencilere göre sigara içme sıklığı halen daha fazladır.

Ankara'da 2002 yılında yapılan araştırmada yaşa ve cinsiyete göre dağılıma bakıldığında farklı yaş gruplarında sigara içme alışkanlığı açısından kız ve erkek öğrenciler arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Öğrencilerin %47,7'si sigarayı 11-13 yaş arasında, %33,8'i de 14-16 yaş arasında denemektedir. Sigara deneme sıklığı açısından kız ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p < 0,005$) (195).

Avrupa ülkelerinde 1999 yılında 15-16 yaş öğrencilerinde yapılmış araştırmada; Erkeklerin kızlara göre belirgin derecede daha fazla sigara içtiği ülkeler: Ukrayna, Romanya, Litvanya, Letonya, Estonya ve Kıbrıs'tır. Kızların erkeklere göre belirgin derecede daha fazla sigara içtiği ülkeler; Fransa, İngiltere, Danimarka, İrlanda, Norveç ve Grönland'tır (199).

Kız öğrencilerin daha az sigara içmesinde Türk toplumunun ataerkil yapıya sahip olması, kız çocukların sosyal bağımsızlığına kavuşmamış olmaları ayrıca dini inançları nedeniyle sigara içen kızlara hoş gözle bakılmaması ve gibi nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

2012 yılında Samsun İli'nde Akça ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada sigara içme sıklığı 12. yaşta % 0,67, 16. yaşta % 15,5 iken 18 yaşta % 28,8 olarak bulunmuş (193). Sancak ve arkadaşlarının (192) yaptığı araştırmada 12 yaşında sigara içme prevalansı %2,8 iken, 18 yaşında %26,9'a yükselmiştir.

Palancı ve arkadaşlarının (190) çalışmasında her yaş artışıyla birlikte sigara içme riskinin 1.40 arttığı bulunmuştur.

Araştırmamızda Samsun ilinde sigara içme sıklığı yaşa göre cinsiyetten bağımsız olarak incelendiğinde 12 yaşta %16,6 iken, 14 yaşta %33,3 olarak bulunmuştur.

Yaş ve sınıf düzeyi arttıkça sigara içme sıklığında olan bu artış bir çok faktöre bağlanabilir. Büyüdüğünü kanıtlama isteği, sigara içen kişilere özenme, yaş ilerledikçe öğrencilerde artan sorunlar, bunlardan bir kaçı olarak sayılabilir.

Ebeveynleri ve akranları sigara içen çocukların, sigaraya başlama oranlarının daha yüksek olduğu birçok araştırmada görülmüştür (202,201). Ebeveynlerin yaşamlarının bir döneminde sigara içmiş olmalarının, adölesan dönemde sigaraya başlamada önemli bir etken olduğu görülmektedir. Ebeveynler sigarayı bırakmış olsalar dahi, zihindeki model örnek alındığı için sigara kullanımına yol açabildiğini göstermektedir. Çocukların sigaraya başlamalarında, ebeveynlerin sigaraya karşı olan tutumları da çok etkilidir (202, 201,203). Çocuklar sigara içme alışkanlıklarını ebeveynlerinden, arkadaşlarından ve kendi sosyal çevrelerinden model alarak öğrenmektedirler. Çocukların zihinlerinde oluşturdukları şemalar, ileriki yaşamlarında olumlu ya da olumsuz sağlık davranışlarını doğrudan etkilemektedir (204). Murray ve arkadaşları, annesi sigara içen kız çocukları ile babası sigara içen erkek çocuklarının, daha fazla sigara içtiklerini belirlemişlerdir. Bu durum Bandura'nın Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuram'ındaki model alma kuramının önemini ortaya koymaktadır. Bazı çalışmalarda ebeveynlerin sigara kullanımının, çocukların sigarayı en az bir kez deneme oranını arttırdığı gösterilmiştir (205,206).

Sancak ve arkadaşlarının (192) yaptığı çalışmada anne babası sigara içmeyen öğrenci %38,2 sadece babası sigara içen % 47,3 sadece annesi içen % 10,9, her ikisi de sigara içen %3,6 olarak bulunmuştur. 2012 yılında Samsun İli'nde Akça ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada ise sadece babası sigara içen % 42,2; sadece annesi sigara içen %6,9; her ikisi de sigara içen %10 olarak tespit edildi. Kardeşlerin sigara içmesi ise %9,5 olarak tespit edilmiştir (193).

Bizim araştırmamızda ise sadece annesi sigara içen %21,4, sadece babası sigara içen %44,1 olarak tespit edildi. Kardeşlerin sigara içmesi ise %8,9 olarak bulundu. Araştırmamızda kardeşlerden birinin sigara içmesi, öğrencilerin, sigara içmesi durumunu daha fazla arttırdığı görülmüştür (p:0,001).

2002 yılında Ankara'da yapılan araştırmaya göre ise; sadece annesi sigara içen %26,1 iken, sadece babası sigara içen %56,5 olarak tespit edilmiştir. Kardeşlerden birinin sigara içme durumu ise %20,7 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada anne veya babanın sigara içme

durumu ile ergenlerin sigara içme durumu arasında anlamlı ilişki saptanmazken, kardeşlerden birinin sigara içmesi durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

2002 yılında Ankara’da yapılan araştırmada anneleri sigara içen öğrencilerin %66,4’ünün annelerinin yanlarında sigara içtiğini, babaları sigara içen öğrencilerin %70’inin babalarının yanlarında sigara içtiğini ifade etmiştir. Öğrencilerin %55,8’inin yanında sigara içiliyor olması, yarısından fazlasının sigara dumanına maruz kaldığını göstermiştir. Anne-baba veya kardeşlerden birinin öğrencinin yanında sigara içmesi durumu değerlendirildiğinde, sigara içen ergelerin, yanında daha çok sigara içildiği saptanmıştır (195).

Araştırmamızda evde anne veya babası sigara içen ergenlerin, yanlarında sigara içip içmediği sorgulandığında ise %13,9’u yanlarında içtiğini, %85,1’inin yanlarında sigara içmediğini belirtmiştir. Araştırmamızda, sigara içen ergenlerin anne veya babasından birinin yanlarında sigara içmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,001$).

Çalışmamızda “Arkadaşlarınızdan sigara içen var mı?” sorusuna öğrencilerin 277’si (%35,3’ü) sigara içtiğini, 508’i (%64,7’sinin) sigara içmediğini ifade etmiştir.

2002 yılında Ankara’da yapılan araştırmada öğrencilerin arkadaşlarının sigara içip içmediği sorulduğunda %38,4’ünün sigara içtiğini, %55,2’sinin sigara içmediğini ifade etmiştir. Sigara içen ergenlerin arkadaşlarının özellikle de yakın arkadaşlarının sigara içiyor olması ile, ergenin sigara içmesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (195).

Yapılmış birçok araştırma ailede sigara içilmesinin risk faktörü olabileceği gibi, koruyucu faktör de olabileceğini göstermiştir. Bunun nedeni çocukların bir kısmının anne, baba veya kardeşlerinin sigara içmesinden etkilenip sigarayı denemekte iken; çocukların bir kısmı ise anne ve babasının bağımlı olduğunu görüp, onlarda meydana gelen zararlarını da yaşamışsa, bu onu sigaradan uzaklaştırıp hiç içmemesinde etkili olmaktadır.

Sigara kullanımına başlama demografik, psikolojik ve sosyal faktörlere bağlıdır. Adolesan dönemi, neredeyse tüm yetişkinlerin sigara içmeye başladığı zamandır. Adolesan dönemde yaşanan fazla stresin ve adolesanın yaşadığı stresle başa çıkabilmekte zorluk çekmesinin sigara kullanımıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (207,208).

Araştırmamızda “Stresli dönemde sigara içme sıklığınız artıyor mu?” sorusuna sigara içen öğrencilerin %47,3’ü sigara içme sıklığının arttığını ifade ederken, %52,7’sinin sigara içme sıklığının artmadığını belirtmiştir.

Sigara kullanımına başlamadaki nedenler ile ilgili yapılan çalışmalar benzer şekilde sonuçlansa da her çalışmada sigara kullanımına başlamadaki en sık neden çalışmalar arasında farklılık göstermektedir.

Bu faktörler içerisinde arkadaş etkisi, can sıkıntısı ve sorunlar, büyüdüğünü kanıtlama isteği veya sigara içiminin zevk vermesi gibi faktörler sıralanabilir.

1997 yılında Sancak ve arkadaşlarının (192) yaptığı çalışmada yakın arkadaş etkisi (%40,5) ve sıkıntı ve dertler (%34,5) en sık sebepler olarak belirlenmiştir.

2012 yılında Samsun İli'nde Akça ve arkadaşlarının yaptığı diğer çalışmada ise sigara içme sebepleri; %44,9 dert ve sıkıntı nedeniyle olup, 2. Sırada ise %29,8 arkadaş etkisi olarak belirlenmiştir (193).

Palancı ve arkadaşlarının (190) çalışmasında sıkıntı ve dertler (%49,4), arkadaş etkisi (%48,3) en sık tespit edilen etkenler olarak saptanmıştır.

Türkiye'de 15 ilde yaşları 13 ile 17 arasında olan adolesanlar arasında yapılan bir çalışmada ise sigara içen erkeklerin %49'unun ve sigara içen kızların %67'sinin sigaraya başlama nedeninin merak etmek olduğu görülmüştür (209).

Bursa'da 2006 yılında Uncu Y. ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmanın sonucunda ise sigara içmeye başlamada en önemli nedenin %31,9 oranla yetişkinleri taklit etmek, ikinci önemli nedenin ise %30,2 oranı ile merak etmek olduğu saptanmıştır (210).

Bizim yaptığımız araştırmada ise; sigara içme sebepleri, %43,3 ile can sıkıntısı ve sorunlar, 2. Sırada ise %40 arkadaş etkisi olarak belirlenmiştir. Araştırmamız 2012 yılında Akça ve arkadaşlarının yaptığı araştırma ile karşılaştırıldığında benzer yüzdelerin olduğu görülmektedir (193).

Çalışmamızda sigara içme alışkanlığı bulunan öğrencilerin ne kadar sigara kullandığı sorgulandı. Haftada 1-2 adet içen % 46,6, günde 1-5 adet içen %26,6, günde 5-10 adet içen %10, günde 10-20 adet içenler ise % 13,3, 1 paketten fazla sigara içenler % 3,3 oranında idi. 2012 yılında Samsun İli'nde Akça ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada; haftada 1-2 adet içen %27,9, günde 1-5 adet içen %36,9, günde 5-10 adet içen %21,1, günde 10-20 adet içenler ise % 8,8, günde 1 paketten fazla sigara içenler % 5,3 oranında imiş. Bu iki çalışma karşılaştırıldığında en fazla sigara içme oranı haftada 1-2 adet içme sıklığı olarak benzer bulunmuştur (193).

Sancak ve arkadaşlarının 1997 yılında (192) yaptıkları çalışmada her gün sigara içen öğrenci sayısı %11,9, haftada 1-2 adet sigara içen öğrenci sayısı ise %1,2 olarak bulunmuş. Sonuçlarımız literatürle uyumlu bulunmuştur.

Ayrıca; 2012 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Anketi (Global Adult Tobacco Survey) sonucunda ise sigara içen erişkinlere bakıldığında günlük tüketilen sigara sayısı ortalama 19,2 adet olarak bulunmuş olup erkeklerin günlük tükettiği ortalama sigara sayısının (20,3 adet)

kadınların günlük tükettiği ortalama sigara sayısına (15,3 adet) göre yüksek olduğu saptanmıştır (211).

2012 yılında Samsun İli'nde Akça ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, ailelerin sigaraya içmeye karışıp, karışmayacağı ile ilgili soruya öğrencilerin %75,2'si sigaraya içmeye karışırlar, %24,8'i sigara içmeye karışmazlar olarak belirtmiş (193).

Sancak ve arkadaşlarının (192) çalışmasında ise; sigara içmesi durumunda ailesi sigara içmeye karışanlar % 82,1, karışmayanlar ise %17,9 olarak bulunmuş.

Araştırmamızda öğrencilere aileniz sigara içtiğinizi öğrenmeleri durumunda tutumları nasıl olur diye sorulduğunda; 677'si (%86,24'ü) karışırlar, 108'i (%13,75'i) karışmazlar şeklinde cevaplandırmıştır. Erkek öğrencilerin 203'ü (%71 'i) karışırlar, 83'ü (%29'u) karışmazlar şeklinde yanıtlamıştır. Kız öğrenciler ise 103'ü (%77,4'ü) karışırlar, 30'u (% 22,6'sı) karışmazlar şeklinde yanıtlamıştır. Araştırmamızın sonucu literatürle uyumlu olarak bulunmuştur. Araştırmamıza göre kız cinsiyet olması durumu, sigara içme durumuna karışılması açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kız öğrencilerin ailelerinin sigara içmesini bilme durumunda, erkek öğrencilere göre daha fazla müdahale edeceği görülmüştür.

2012 yılında Akça ve arkadaşlarının Samsun İli'nde yapılan araştırmada “Aileniz sigara içtiğinizi biliyor mu?” sorusuna % 44,2'sinin ailelerinin sigara içtiklerini bildiklerini, % 54,8'sinin bilmedikleri görülmüş. Sigara içme alışkanlığı olan kız öğrencilerin ailelerin bu durumu bilmesi arasında ileri derecede istatistiksel anlamlılık mevcutmuş (p=0,001). Kız öğrencilerin aileleri çocuklarının sigara içtiğini daha az bilmekteymiş (193).

Sancak ve arkadaşlarının (192) çalışmasında ailelerin % 63,4'nün sigara içtiklerini ailelerinin bildiğini %36,6'sının ise bilmediğini öğrenciler belirtmiş.

Bizim çalışmamızda ise “sigarayı bırakmak için yapılan televizyon programlarındaki kamu spotlarının sigara içmek için caydırıcı olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusu sorulmuştur. Çalışmaya katılan öğrencilerin %33,2'si caydırıcı olduğunu düşünürken, %66,8'i caydırıcı etkisinin olmadığını düşündüğünü ifade etmiştir.

Araştırmamızda öğrencilerin %66,8'i kamu spotlarının caydırıcı etkisi olmadığını düşünüyor olsa da, çeşitli araştırmalar negatif reklamcılığın kullanıldığı, medya kampanyalarının halk sağlığı araçları olarak kabul edildiğini (212,213) ve davranış değişikliğini teşvik etmek için etkili bir yol olduğunu göstermektedir (214,215).

Özellikle kitle iletişim kampanyaları daha fazla araca gerek duyulmadan etkili bir şekilde sağlık konusunda davranışları değiştirebilmektedir (216). Dolayısıyla sigarayla mücadeleye yönelik kamu spotlarının, yalnızca sigara içenleri değil aynı zamanda sigaraya henüz başlamamış insanları da hedef aldığı söylemek mümkündür. Ülkemizde tütünle mücadele ve

tütünün zararlı etkilerini azaltmaya yönelik olarak belli müdahaleleri içeren ‘‘4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun’’ ile sistemli bir mücadele başlatılmıştır. Bu kanun tütün ürünlerinin her türlü reklamını, tanıtımını ve çocuklara sigara satışını her türlü yasaklamış, sigara paketleri üzerine sağlık uyarılarının yapılmasını uygulamaya koymuş, kapalı mekanlarda sigara içilmesini yasaklamış ve tüm televizyon kanallarına tütün ürünlerinin kullanımının zararlarının anlatıldığı yayınlar yapma yükümlülüğü getirilmiştir.

2002 yılında Ankara’da yapılan araştırmada öğrencilerin %60,4’ü sigaranın kanser yapıcı olduğunu, %29,1’i akciğer üzerine zararlı olduğunu, %10,5’i ise kalp üzerine zararlı olduğunu biliyor olarak tespit edilmiş. Sigaranın zararlı etkilerinin bilinmesi ile sigara içme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamış (193).

Sancak ve arkadaşlarının (192) araştırmalarında sigaranın sağlık üzerine olan zararlı etkisi tüm öğrenciler tarafından bilinmesine rağmen bu konudaki bilgilerin yetersiz olduğunu saptamıştır.

Palancı ve arkadaşlarının (190) yaptığı çalışmada öğrencilerin % 81,2’si sigara içenlerin ömrünün daha az olduğunu, % 86,7’ si ise sigaranın akciğer kanserinin en önemli nedeni olduğunu belirtmiş.

Bizim çalışmamızda sigaranın zararlı etkileri sorulduğunda; %29,6’sı kanser yapıcı etkisini bildiğini, %44,8’inin solunum sıkıntısı yapıcı etkisini bildiğini, %21,4’ü kalp hastalığı üzerine etkisini bildiğini ifade etmiştir. Palancı ve arkadaşlarının çalışmasına benzer şekilde çalışmamızda sigaranın en çok akciğer üzerine zararlı etkilerinin bilindiği görülmüştür.

Sigaranın çeşitli zararlı etkilerinin bilinmesine rağmen, sigara içiminin önlenmesinde yeterli olmadığı da görülmüştür. Çocuklara yönelik sigara kullanımının önlenmesiyle ilgili programlar, adolesan dönemden önce başlatılmalıdır.

Türkiye’de yapılan bu programlar genelde bilgi verme temellidir. Bu programlar çocukların bilgi düzeylerini arttırmada etkilidir fakat davranış değiştirme konusunda yeterli değildir (217,218).

Ülkemizde özellikle ilkokul çocukları için sigara kullanımını önleme programları yoktur. İlkokul çocuklarının ortaokul çocuklarıyla bir arada eğitim görmesi, yaşanan ekonomik krizler ve sigara kullanımı ile ilgili reklamlar, Milli Eğitim müfredatında sigara bağımlılığını önlemeye yönelik yeterli konuların olmayışı nedeniyle, ilkokul çocukları bağımlılık yapan maddelerin kullanımı açısından risk altındadır.

Yapılan araştırmalara bakıldığında Samsun İli’ndeki merkez okullarda öğrenim görmekte olan gençlerde sigara içimi önemli boyutlardadır ve önleyici müdahaleler acilen

uygulanmalıdır. Bu konuda yapılacak müdahaleler sadece gençleri değil, toplumun tümünü kapsamalıdır. Aileler ve ilköğretim çağındaki öğrenciler müdahale için öncelikli gruplardır. 4207 sayılı kanunun gereklerinin yerine getirilmesi, tüm il ve ilçeleri içeren kapsamlı, büyük alımların sağlık ve eğitim profesyonellerince yürütülmesi gerekmektedir.



6.SONUÇLAR

1. Samsun il'inde seçilen okullardaki ilköğretim 6.7.8. sınıfları ve lise öğrencilerini içeren 785 öğrenci çalışmaya dahil edildi. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin 383 erkek (%48,78), 402 kız (%51,22) idi.
2. Öğrencilerin yaş aralığı 10-18 arasında olup, yaş ortalaması $15,6 \pm 1,32$ olarak bulunmuştur.
3. Araştırmaya dahil edilen 785 öğrencinin 30'u (% 3,82'si) sigara içmekteydi.
4. Araştırma kapsamındaki öğrenciler arasında sigara içme prevalansı kızlarda 9 öğrenci (% 1.1), erkeklerde 21 öğrenci (% 2.72) olarak saptandı. Her iki cinste de yaş artmasıyla sigara içme sıklığının artmakta olduğu görülmüştür. Erkek öğrencilerin, 2.3 kat kız öğrencilere göre daha fazla sigara içtiği saptanmıştır.
5. Sigaraya ilk kez başlayan öğrencilerin sigaraya başlama yaşı ortalaması $13,6 \pm 1,31$ olarak bulunmuştur.
6. Kızlarda ilk sigarayı deneme yaş ortalaması $14 \pm 1,38$ iken; erkeklerde $13,2 \pm 1,62$ 'dir. Kızların erkeklere göre sigaraya başlama yaşının büyük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p=0,001)
7. Halen sigara içen öğrencilerin sigaraya başlama nedenlerinin dağılımı incelendiğinde; sigara içenlerin 13'ü (% 43,3) dert ve sıkıntı, 12'si (% 40) arkadaş etkisi, 3'ü (% 30) özentisi, 2'si (% 6,6) de zevk almak nedeniyle sigara içmeye başladıklarını ifade etmişlerdir.
8. Sigara içen öğrencilerin 14'ü (% 46,6'sı) haftada 1-2 adet, 8'i (%26,6'sı) günde 1-5 adet, 3'ü (%10'u) günde 5-10 adet, 4'ü (%13,3'ü) günde 10-20 adet, 1'i (%3,3'ü) günde 1 paketten fazla sigara içmekteydi. Öğrencilerin 25'inin (%83,3'ünün) günde yarım paketten daha az sigara içtiği saptanmıştır. Sigara içme sıklığı incelendiğinde yapılan diğer çalışmalara benzer olduğu görülmüştür.
9. Araştırma kapsamına giren öğrencilerin ebeveynleri incelendiğinde; babalarının 346'sı (%44,1'i) halen sigara içtiğini, annelerinin 167'si (%21,4'ünün) halen sigara içtiğini, kardeşlerinden birinin sigara içip içmediği sorgulandığında 70'i (%8,9'unun) sigara içtiğini, arkadaşlarından sigara içen olup olmadığı sorulduğunda 277'si (%35,3'ünün) sigara içtiğini ifade etmiştir.
10. Araştırmamızda kardeşlerden birinin sigara içmesi durumunun, öğrencilerden sigara içme durumuna etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.(p:0.001)
11. Öğrencilerin ebeveynlerinden birinin sigara içmesi durumunda; öğrencilerin yanında sigara içip içmediği sorgulandığında 109'unun (%13,9'unun) yanında sigara içtiği

bulunmuştur. Ailede annenin veya babanın öğrencilerin yanında sigara içme durumunun, öğrencilerin sigara kullanmasına olan etkisi anlamlı bulunmuştur. (p:0,001)

12. Araştırmamızda erkek ve kız cinsiyetteki öğrenciler değerlendirildiğinde; sigara içtiğinizi aileniz öğrendiğinde tutumları nasıl olur sorusuna, erkek öğrencilerin 203'ü (%71 'i) karışıklar, 83'ü (%29'u) karışmazlar şeklinde yanıtlamıştır. Kız öğrenciler ise 103'ü (%77,4'ü) karışıklar, 30'u (% 22,6'sı) karışmazlar şeklinde yanıtlamıştır. Araştırmamıza göre kız cinsiyet olması durumu, sigara içme durumuna karışılması açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

13. Araştırma kapsamındaki öğrencilere sigaranın zarar etkilerini bilip bilmediği sorulduğunda; 232'si (%29,6'sı) kanser yapıcı etkisini bildiğini, 352'si (%44,8'i) solunum sıkıntısı yaptığını bildiğini, 168'si (%21,4'ü) kalp hastalığı üzerine etkisini bildiğini, 32'si (%4,1 'i) diğer etkilerini bildiğini ifade etmiştir.

14. Araştırma kapsamındaki öğrencilerin ebeveynleri incelendiğinde; annelerinin 133'ü (%31,7'si) ilkokul mezunu, 185'i (%44,2'si) ortaokul-lise mezunu, 101'i (%24,1'i) üniversite mezunu olduğu görülmüştür, babalarının 148'inin (%35,3'ünün) ilkokul mezunu, %37,9'u (159'u) ortaokul-lise mezunu, 112'si (%26,7'si) üniversite mezunu olduğu görülmüştür.

15. Araştırma kapsamındaki öğrencilerinin annelerinin %12,6'sının (53) hamile iken sigara içtiği bulunmuştur.

7.KAYNAKLAR

1. Sigaranın bilimsel yüzü editör: Dr.Ayla Tür (logos yayıncılık 2004 İstanbul)
2. Kaufman N, Yach D, Tobacco control–challenges and prospects. Bulletin of the World Health Organization, 2000; 78 (7): 867.
3. World Bank, eds. Curbing the Epidemics: Governments and the Economics of Tobacco Control.(The World Bank; Washington D.C 1999)
4. Corrao MA, Guindon GE, Cokkinides V, Sharma N, Building the evidence base of global tobacco control. Bulletin of the World Health Organization, 2000;78(7): 868-876.
5. Prabhat Jha,Frank Chaloupka.Tobacco Control Developing Countries ,OUP fort he World Bank and World Health Organisation ,2000 .
6. <http://wwwl.worldbank.org/tobacco/chapter1.asp>
7. Alen MB, Medical Students Knowledge of Smoking. Thorax, 1999; 54: 2 10. Uzunca G, Tütünün Tarihi, _n: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve Sağlık, Bursa; 2002; 22- 29.
8. British american tobacco Türkiye resmi internet sitesi.
9. Serenti.org: Tütünün tarihçesi ve Türkiyedeki serüveni
10. Bilir N. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi, İçinde: Aytemur ZA & Akçay Ş & Elbek O (ed.) Tütün ve Tütün Kontrolü Kitabı, Toraks Kitapları, Ocak 2010, Birinci Basım, Sayfa: 21-35.
11. Aşüt Ö.Hekim ve Sigara. Türk Tabipler Birliği Yayınları. Ist ed. Maya. Ankara 1993
12. Gajalakshmi CK, Jha P, Nguyen S, Yurekli A, Patterns of tobacco use and health consequences, back ground paper.
- 13.Murin S, Silvestri G, Smoking and pulmonary and cardiyovasculer diseases, Clin Chest Med.2000;21:1-9.
14. Centers for Disease Control. Cigarette smoking among adults –United States, MMWR, 2003;52: 40.
15. Centers for Disease Control. Cigarette smoking among adults –United States MMWR 2002; 51: 29.
16. Centers for Disease Control. Cigarette smoking during the last three months of pregnancy among women who gave birth tol ive infants Maine, MMWR 1999;48: 421-425.
17. Centers for Disease Control. Cigarette smoking during pregnancy. Nat Vital Stat Rep 1998; 47.
18. A-35 World Helath Organization: Tobacco Use by Children: ”A Pediatric Disease”.Fact sheet No.197,Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1998.

19. Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN, Smoking behaviour and attitudes (Turkey). Final Report of Research for International Tobacco Control 1997.
20. Aycan S, Afşar O, Özkan S, Demirören M, Evcı D. Sağlık 21-21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 72 Tasarım Ltd.Şti, Aralık 1999.
21. Murin S, Sivestri G, Smoking and pulmonary and cardiovascular disease. Clin Chest Med. 2000; 21: 1-19.
22. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T, Önder Z. Tobacco Control in Turkey. WHO Europe, 2009
23. Ministry of Health. Global Adult Tobacco Survey, Turkey Report (2008), Publication, No. 803, Ankara, 2010
24. Bonner JT. : Preoperative preparation in: Kaplan JA, ed. Thoracic Anesthesia. Newyork Churchill Livingstone 180, 1983.
25. Benowitz NL. : Pharmacological aspect of cigarette smoking and nicotine addiction. In: Oates JA, ed, Drug Therapy, San Francisco 1318,1988.
26. Taylor P. : Agent acting at the neuromuscular junction and autonomic ganglia in :Goodman and Gilman's A.,ed. The Pharmacological Basis of Therapeutics Ninth edition ,New York,Mc Graw –Hill companies 192-3 ,1996.
27. Gori GB, Benowitz NL, Lynch CJ, Mouth versus deep airways absorption of nicotine in cigarette smokers. Pharmacol Biochem Behav 25: 1181, 1986.
28. Jaff JH: Drug addiction and drug abuse. In: Goodman and Gilman's A, ed.The Pharmacological Basis of Therapeutics. Ninth edition New York. McGaw-Hill companies ,565-6,1996 .
29. Kayaalp SO, Güven H: Nikotin ve ganglionları stimüle eden diğer ilaçlar, ganglion bloke edici ilaçlar in: Kayaalp SO, ed. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. Ankara: Hacettepe Taş Kitapçılık Ltd.Şti.1141-48,2002
30. Nakajima M, Kuroiwa Y, Yokoi T, Interindividual differences in nicotine metabolism and genetic polymorphisms of human CYP2A6. Drug Metab Rev 34: 865-77, 2002
31. Koren G, Klein J, Forman R, Graham K, Phan MK, Biological markers of intrauterine exposure to cocaine and cigarette smoking. Dev Pharmacol Ther 18: 228, 1992.
32. Aşut Ö: Hekim ve Sigara, Ankara: Maya Matbaacılık Yayıncılık Ltd.Şti.9,1993
33. Wanrooj JG, Bodelier-Bade MM, Jongeneelen FJ: Estimation of individual dermal and respiratory uptake polycyclic aromatic hydrocarbons in 12 coke oven workers. Br J Int Med 50:623,1993

34. Keyler DE, Shoeman D, LeSage MG, Maternal vaccination against nicotine reduces nicotine distribution to fetal brain in rats. *J Pharmacol Exp Ther* 305:587-92,2003
35. Forsyth JC, Mueller PD, Becker CE, Osterloh J, Benowitz NL, Rumack BH, Hall AH: Hydroxycobalamin as a cyanide antidote: safety, efficacy and pharmacokinetics in heavily smoking normal volunteers. *J Toxicol Clin Toxicol* 31:277,1993
36. Greenlee RT, Hill-Harman MB, Murray T, Thun M. Cancer statistics, 2001. *CA Cancer J Clin* 2001; 51: 15-36.
37. Wynder EL, Mabuchi K, Beattie EJ. The epidemiology of lung cancer. Recent trends. *JAMA* 1970; 213: 2221-2228.
38. American Academy of Pediatrics: Committee on Environmental Health: Environmental Tobacco Smoke: A Hazard to Children. *Pediatrics* 1997; 99(4): 639-42
39. Berberoğlu U. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Epidemiyolojisi, <http://hastane.trakya.edu.tr/sigara/ufukbberber.ppt> adresinden 13.2.2006 tarihinde erişilmiştir.
40. Preventing Tobacco Use and Addiction, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, February, 2000
41. Dikmen E, Çakmak H, Tunçözgür B ve ark. Bronsial karsinoma: 627 olgunun analizi. *Solunum* 1995; 20: 67-73.
42. Kanser bildirimlerinin değerlendirilmesi 1993-1994. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı. Yayın no: 582, Ankara, 1997.
43. 14. Tammemagi CM, Neslund-Dudas C, Simoff M, Kvale P. Smoking and lung cancer survival: the role of comorbidity and treatment. *Chest* 2004; 125: 27-37.
44. Prof. Dr Hilal Özcebe Hacettepe üniversitesi halk sağlığı abd. Gençler ve sigara Şubat 2008 sağlık bakanlığı yayın no:731 ISBN:978-975-590-247-0
45. Burrows B, Knudson RJ, Camilli AE, Iyle SK, Lebowitz MD “the horse-racing effect” and predicting decline in forced expiratory volume in one second from screening spirometry. *Am Rev Respir Dis*.1987,135 (4):788-93
46. Dikmen E, Çakmak H, Tunçözgür B ve ark. Bronsial karsinoma: 627 olgunun analizi. *Solunum* 1995; 20: 67-73.
47. Kaufman N, Yach D. tobacco control-challenges and prospects. *bulletin of the world health organization* 2000; 78(7):867.
48. World bank, eds. Curbing the epidemics: governments and the economics of tobacco control.(the world bank; Washington D.C 1999)
49. Zevin S, Benowitz NL. Drug interactions with tobacco smoking. An update. *Clin Pharmacokinet* 1999;36: 425-38.

50. Ad hoc committee on health research relation to future intervention options. Investing health research and development. Geneva, World Health Organization, 1996
51. Centers for Disease Control. Cigarette smoking: attributable mortality and years of potential life lost—United States, 1990. *MMWR* 42: 645-649, 1993
52. Hect SA. Tobacco smoke carcinogens and breast cancer. *Environmental and molecular mutagenesis*. 2002;39: 119-126
53. Heliövaara M, Aho K, Aromaa A, Knekt P, Reunanen A. Smoking and risk of rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1993; 20: 1830-5.
54. Tomany SC, Wang JJ, Van Leeuwen R, Klein R, Mitchell P, Vingerling JR et al. Risk factors for incident age-related macular degeneration: pooled findings from 3 continents. *Ophthalmology* 2004;111:1280-7.
55. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs—United States, 1995-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2002; 51: 300-3.
56. Crews KM, Payne TJ. Tobacco update: scientific advances, clinical perspectives. *Am J Med Sci* 2003;326:165-6.
57. <https://smokefree.gov/challenges-when-quitting/cravings-triggers/social-smoking>
58. Pekşen Y. Sigara içiminin nedenleri, epidemiyolojisi, pasif içicilik, in: Tür A(ed) sigaranın sağlığa etkileri ve bırakma yöntemleri ve bırakma yöntemleri, logos 1995;1-28
59. Centers for Disease Control. Cigarette smoking: attributable mortality and years of potential life lost—United States, 1990. *MMWR* 42: 645-649, 1993
60. Murin S, Bilello KS, Matthay RO. The smoking-affected pulmonary diseases. *Clin Chest Med*. 2000; 21(1):121-37
61. Todisco T, Baglioni S, Amir E, Pabumbo R; effect of bamiphylline on tracheobronchial mucus clearance in subjects with smokers simple chronic bronchitis. *respiration* 1995,62(1):16-20
62. Wanner A, Salathe M, O'riordan TG. Mucociliary clearance in the airways, *Am J Respir Crit Care Med*. 1996, 154 (6 pt 1):1868-902.
63. O'shaughnessy T, Ansari TW, Barnes NC, et al. Inflammation in bronchial biopsies of subjects with chronic bronchitis: inverse relationship of CD8+ T lymphocytes with FEV1. *Am J Respir Crit Care Med*. 1997, 155:852-7
64. Jeffery PK. Differences and similarities between chronic obstructive pulmonary disease and asthma. *Clin Exp Allergy* 1999; 29:s 14-26
65. Stockley RA. Neutrophils and protease/antiprotease imbalance. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999, 160: 49-52

66. Hellermann GR, Nagy SB, Lockey RF, Mohapatra SS, mechanism of cigarette smoke condensate –induced acute inflammatory response in human bronchial epithelial cells. *Respir res* 2002,3(1):22
67. Plowman PN. The pulmonary macrophage population of human smokers. *Am Rev Respir Dis* 1982,25:393-405
68. Konto T, Tagami S, Yoshioka A, Nishimura M, Kawakami Y, Current smoking of elderly men reduces antioxidants in alveolar macrophage. *Am J Respir Crit Care Med* 1994,149 (1):178-82.
69. Gold DR, Wang X, Wypij D, Speizer FE, Ware JH, Dockery DW, effect of cigarette smoking on lung function in adolescent boys and girls. *N Engl J Med*.1996 26;335 (13)931-7
70. Desai SR, Ryan SM, Colby TV, Smoking-related interstitial lung disease: Histopathological and imaging perspectives *clin radiol* 2003,58(4):259-68.
71. Baur X, Richter G, Pethran A, Czuppon AB, Schwaiblmair M. increased prevalence of Ig G –induced sensitization and hypersensitivity pneumonitis (humidifier lung) in non-smokers exposed to aerosol of a contaminated air conditioner, *respiration* 1992,59(4):211-4
72. Israel-Assayag E, Dakhama A, Lavigne S, Laviolette M, Cormier Y, Expression of costimulatory molecules on alveolar macrophages in hypersensitivity pneumonitis, *Am J Respir Crit Care Med* 1999,159 (6):1830 -4
73. Peros-Golubic T, Ljubic S cigarette smoking and sarcoidosis (Abstr.) *Acta Med. Croatica* 1995,49(4-5):187-93
74. Henry M., Arnold T., Harvey J. Pleural diseases Group, Standards of care Committee, British Thoracic Society. BTS guidelines for the management of spontaneous pneumothorax. *Thorax* 2003 ;58:39-52
75. Fox JT, Sawyer MA. Primary spontaneous pneumothorax and smoking *Mil Med*. 1996,161(8):489-90
76. Smit HJ, Chatrou M, Postmus PE the impact of spontaneous pneumothorax and its treatment, on the smoking behavior of young adult smokers. *Respir med*.1998,92(9):1132-6
77. Wingo PA, Ries LA, Giovino GA, Miller DS, Rosenberg HM, Shopland DR, Thun MJ, Edwards BK with J. Nat, 1999 Annual report to the nation on the status of cancer 1973 -1996 with a special section on lung cancer and tobacco smoking. *J Natl cancer inst*.1999,21-91(8):675-90
78. Shopland DR. Tobacco use and its contribution to early cancer mortality with a special emphasis on cigarette smoking. *Environ Health Prospect* 1995 (Suppl 8),103:131-142,

79. Cigarette smoking and health. American Thoracic Society, Am J Respir Crit Care Med 1996, 153 (2):861-5.
80. Ad hoc Committee on Health Research Relation to Future Intervention Options, Investing in Health Research and Development. Geneva, World Health Organization, 1996
81. Luepker RV, Lando HA, Tabacco Use and Passive Smoking in Preventive Cardiology (Wong ND, ed.) McGraw-Hill, Newyork 2000, p:217
82. English JP, Willius FA, Berkson J, Tobacco and coronary disease, JAMA 1940;1327
83. Krupski WC. The peripheral vascular consequences of smoking, Ann Vacs Surg 1991;5: 291.
84. Fuster V, Pearson TA, 27 th Bethesta Conference. J Am Coll Cardiol 1996;27: 957.
85. The Multipl risk factor Intervention Trial Research Group: Mortality after 16 years for participants randomized to the Multipl Risk Factor Intervention Trial Circulation 1996;94: 946
86. Relationship of blood pressure, serum cholesterol, smoking habit, relative weing and ECG abnormalities to incidence of major coronary events: final report of the pooling Project. The pooling Project research Group. J Chronic Dis 1978;3: 201
87. Oates JA, Heim CR, Winniford MD, Smoking. In: Topol E, Editor. The Textbook of Cardiovascular Medicine. Secoond edition p 2227-2233
88. Reed DM, MacLean CJ, Hayashi T: predictors of atherosclerosis in the Honolulu Heart Program: I. Biologic, dietary and life style characteristics. Am J Epidemiol 1987;126: 214.
89. Erk K, Sigaranın kardiyovasküler sisteme etkileri, sigaranın sağlığa etkieri ve bırakma yöntemleri. Dr. Ayla Tür (Ed.) logos yayıncılık tic. A.Ş. İstnabul 1995, sayfa 124
90. Bizzi A. Tacconi MT, Medea A, et all: Some aspects of the effect of nicotine on plasma FFA and tissiue triglycerides. Pharmacology 1972;7: 216.
91. Pandolfino JE, Kahrilas PJ, Smoking and gastroesophageal reflux disease. Eur J Gastroenterol Hepatol 2000,12(8):837 -42
92. Maity P, Biswas K, Roy S, Banerjee RK, Bandyopadhyay U, Smoking and the patogenesis of gastroduodenal ulcer recent mechanistic update. Mol Cell Biochem 2003,253(1-2):329-38.
93. Wong D, Koo MW. Shin VY, Liu ES, Cho CH, Pathogenesis of nicotine treatment and its withdrawal on stress-induced gastriculceration inrants. Eur J Pharmacol 2002,434 (1-2):81-6
94. Selby WS., Current issues in Crohn's disease .MJA 2003 ,178 (11):532 -533
95. Ryan WR, Ley C, Allan RN, Keighley MR, Patients with Crohn's disease are unaware of the risks that smoking has on their disease. J Gastrointest Surg 2003, 7(5):706-11

96. Odes HS, Fich A, Reif S, Halak A, Lavy A, Keter D, Eliakim R, Paz J, Brodie E, Niv Y, Ron Y, Villa Y, Arber N, Gilat T, Effects of current cigarette smoking on clinical course of Crohn's disease and ulcerative colitis. *Dig Dis Sci* 2001,46(8):1717-21.
97. Timmer A, Environmental influences on inflammatory bowel disease manifestations. Lessons from epidemiology. *Dig Dis* 2003 21(2):91-104
98. Cottone M, Orlando A, Viscido A, Calabrese E, Camma C, Casa A, Review article: prevention of postsurgical relapse and recurrence in Chron's disease *Aliment Pharmacol Ther* 2003,17(Suppl 2):38-42.
99. Wu AH, Wan P, Bernstein L, A multiethnic population-based study of smoking alcohol and body size and risk of adenocarcinomas of the stomach and esophagus (United States) *Cancer Causes Control* 2000,11 (4):363-71.
100. Kato I, Nomura AM, Stemmermann GN, Chyou BH. A prospective study of gastric and duodenal ulcer and its relation to smoking, alcohol and diet. *Am J Epidemiol* 1992; 135(5):521-30.
101. Pomerleau OF. nicotine and central nervous system: biobehavioral effects of cigarette smoking. *Am J Med* 1992, 93 (Suppl 1A):2S-7S.
102. Siegel RA, Andersson K, Fuxe K, Eneroth P, Lindbom LO, Agnati LF, Rapid and discrete changes in hypothalamic catecholamine nerve terminal systems induced by audiogenic stress and their modulation by nicotine-relationship to neuroendocrine function. *European J. Pharmacol* 1983,91:49-56.
103. Pomerleau OF, Rosencrans J, Neuroregulatory effects of nicotine. *psycho-neuro-endocrinology* 1989,14:407-23.
104. Sellini M, Baccarini S, Dimitriadis E, Sartori MP, Letizia C, Effect of smoking on the hypophyseal-adrenal axis. *Medicina-Florence* 1989,9:2:194-6
105. Lio S, Napolitano G, Marunizzi G, Monaco F, Role of smoking in goiter morphology and thyrotropin response to TRH in untreated goitrous women. *J Endocrinol Invest* 1989;(12)93 -7
106. Melander A, Nordenskjöld E, Lundh B, Thorell J, influence of smoking on thyroid activity. *Acta Med Scand* 1981,209:41-3
107. Christensen SB, Ericssons UB, Janzon L, Tibblin S, Melander A, Influence of cigarette smoking on goiter formation, thyroglobulin and thyroid hormone levels in women. *J Clin Endocrinol Metab* 1984,58:615-18

108. Ericson UB, Lindgarde F, Effects of cigarette smoking on thyroid function and the prevalence of goitre, thyrotoxicosis and autoimmune thyroiditis. J Internal Medicine 1991, 229:67-71.
109. American Thoracic Society: Cigarette Smoking and Health. Am J Respir Crit Care Med 1996; 153: 861-65.
110. National Cancer Institute, http://www.dccps.cancer.gov/tcrb/monographs/10/m10_complete.pdf adresinden 10.2.2006 tarihinde erişilmiştir.
111. Feldman J, Shenker IR, Etzel RA ve ark. Passive smoking alters lipid profiles in adolescents. Pediatrics 1991; 88(2): 259-64.
112. Navon L, Fiore B, Anderson H. Asthma and tobacco: double trouble for Wisconsin adolescents. WMJ 2005; 104(7): 47-53.
113. Aycicek A, Erel O, Kocyigit A. Decreased total antioxidant capacity and increased oxidative stress in passive smoker infants and their mothers. Pediatr Int 2005; 47(6): 635-9.
114. Sağlık Bakanlığı Madde Bağımsızlığı Şube Müdürlüğü: Türkiye Küresel Gençlik Tütün Araştırması 2003
115. Coen PG, Tully J, Stuart JM, Ashby D, Viner RM, Booy R. Is it exposure to cigarette smoke or to smokers which increases the risk of meningococcal disease in teenagers Int J Epidemiol 2006; 35(2): 330-6.
116. De S, Fenton JE, Jones AS, Clarke RW. Passive smoking, allergic rhinitis and nasal obstruction in children. J Laryngol Otol 2005; 119(12): 955-7.
117. Greenhof J, Svensson TH, Pharmacology of nicotine. Br J Addict 84:477,1989
118. Tobacco Use Prevention Wyoming Report <http://wyoming.paxis.org/ftp/nicotine/20addiction.pdf> January 10,2000
119. Henning field JE, Schuh LM, Jarvik EM: Pathophysiology of Tobacco Dependence. The American College of Neuropsychopharmacology web sitesi <http://www.acnp.org/g4/GN401000167/CH163.HTML> 2000.
120. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition. Washington DC, APA 1994
121. Pierce JB, Choi WS, Gilpin EA ve ark. Validation of susceptibility as a predictor of which adolescent take up smoking in the United States, Health psychol 15:355,1996
122. Distefan JM, Gilpin EA, Choi WS. Ve ark: Parental influences predict adolescent smoking in the United States 1989-1993. J Adolesc Healt 22:466,1998.

123. Unger JB, Johnson CA, Stoddart JL ve ark: Identification of adolescent at risk for smoking initiation: validation of a measure of susceptibility. *Addict Behav* 22:81,1997.
124. Jaffe HJ: Psychoactive substance use disorders in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. seventh edition. Ed: Kaplan IH, Baltimore, Williams and Wilkins 1033,1999
125. Özcebe H, *Gençler ve Sigara*, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731, Ankara 2008
126. Patricia F. Coogan, ScD, Mary Adams, MS, MPH, Alan C. Geller, RN, MPH, Daniel Brooks, MPH, Donald R. Miller, ScD, Robert A. Lew, PhD, Howard K. Koh, MD, MPH. Factors Associated With Smoking Among Children And Adolescents _n Connecticut. *Am J Prev Med* 1998; 15: 17-24.
127. Bertan M, Özcebe H ve Yurdakök K. “Adolesan Sağlığı ve Risk Faktörleri Önemli Bir Sorun; Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Kullanımı”. *Yeni Türkiye Dergisi* Yıl 7(39): 673-686, Mayıs-Haziran 2001.
128. https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/light-and-social-smoking-carry-cardiovascular-risks
129. UICC. UICC Tobacco Control Fact Sheet 4. Tobacco Taxation and Price Policies. Tobacco and Cancer Programme, International Union Against Cancer. <http://www.globalink.org>; 1993.
130. Slama K. Tobacco ad prevention. A guide for low income countries. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. 1998.
131. TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü: Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri CSÜS Eğitimi Modülü, Katılımcı Rehberi. Ankara, Türkiye, 2007
132. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara, Türkiye, 2009.
133. O’Connell ML, Freeman M, Jennings G, Chan W, et al. Smoking cessation for high school students. Impact evaluation of novel program. *Behav Modif*. 2004 28(1):133-146
134. Lazicic-Putnik L, Lazaric-Zec D, Tobacco smoking in hotel workers and the necessity to promote non smoking policy at the workplace. *Arh Hig Rada Toksikol*. 2003, 54(2): 127-132.
135. Prokhorov AV,Warneke C.,De Moor C, Emmons KM, etal.Self-reported health status ,health vulnerability and smoking behavior in college students :implicationsfor intervention.*Nicotine Tob Res* .2003 ,5(4):545-552.
136. Glynn TJ, Essential elements of school-based smoking prevention programs. *J School Health* 1989, 59: 181.

137. Özdemir S, Adölesanların Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Değerlendirilmesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008
138. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F, (2005) Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi; 9(2): 26-34.
139. Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY, (2007) Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull; 6(6): 409-20.
140. Ginsburg, H, and Opper, S. (1969). Piaget's Theory of Intellectual Development: An Introduction. Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall
141. Öztürk, ZA. İlköğretim öğrencilerinde (4., 5., 6., 7. ve 8.sınıflar) dindarlık kaygı arasındaki ilişki (Yüksek lisans tezi). Adana, Çukurova üniversitesi, 2007.
142. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (2000) Growthand Development: Nelson's Textbook of Pediatrics: Part II,16 th ed, WB Saunders, Phila Delphia, p.52-57.
143. Aksüt M, Batur Z (2007) İnternet perspektifinde ergenlerin sosyalleşme ve iletişim kurma süreci. Akademik Bilişim Konferans Bildirisi, Kütahya, Yenidoğan Cilt ve Kırtasiye Mal. Tic. Ltd. şti, s.39-43
144. Öztürk D (2007) Bilgisayar Oyunlarının Çocukların Bilişsel ve Duyuşsal Gelişimleri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü İzmir.
145. Steinberg L (2013) Ergenlik Çeviren F Çok, Ankara, İmge Kitabevi, s.21-254
146. Yavuzer H (2013) Ergenlik Dönemi: Çocuk Psikolojisi. 36. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul.
147. Avcı M. Ergenlikte toplumsal uyum sorunları. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2006;7 (1):39-64.
148. Collins WA, Laursen B. Changing relationships, changing youth: Interpersonal contexts of adolescent development. Journal of Early Adolescence 2004; 24(1) p.55-62.
149. Steinberg L (2013) Ergenlik Çeviren F Çok, Ankara, İmge Kitabevi, s.21-254
150. Collins, A.W, Sprinthall A. N. (1995). Adolescent Psychology. New York: McGraw-Hill International Edition, pp: 172,177.
151. Çevik B. G. (2008). Lise 3. Sınıf Öğrencilerinin Arkadaşlık İlişkilerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Ç.Ü. Sosyal Bilim
152. Taysi E, (2000). Benlik Saygısı, Arkadaşlardan ve Aileden Sağlanan Sosyal Destek: Üniversite Öğrencileriyle Yapılan Bir Çalışma. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

153. Tosun L, P. (2002). Yüz Yüze Ortamda ve Bilgisayar Ortamında Kültürün, Cinsiyetin ve Benliğin Arkadaş ve Yakınlık Üzerine Etkisi. Boğaziçi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
154. Demir, Ö. N, Baran G. A. ve Ulusoy, D. (2005). Türkiye’de Ergenlerin Arkadaş-Akran Grupları İle İlişkileri ve Sapmış Davranışlar: Ankara Örnekleme. Bilig, sayı: 32, s: 83-108.
155. Bayraktar F.(2007) “Olumlu Ergen Gelişiminde Ebeveyn/Akran İlişkilerinin Önemi” Çocuk ve Ruh Sağlığı Dergisi:14(3)2007
156. Onur B: Çocuk ve Ergen Gelişimi. İmge Kitabevi, Ankara, 2001
157. Dacey, J.S. & Kenny, M. (1994). Adolescent development. USA: Brown & Benchmark Publishers
158. Williams, K. & McGillicuddy-De Lisi, A. (2000). Coping Strategies in Adolescents Journal of Applied Developmental Psychology 20, (4), 537-549
159. MOBRAY, Debbie ve LABAUVE, Bill. (2002), “A Multidimensional Approach to Sexual Education”, Sex Education, 2 (1):31-44
160. COLLINS, W. Andrew. (1990). “Parent-Adolescent Relationships in the Transition to Adolescence: Continuity and Change in Interaction, Affect and Cognition”. In From Childhood to Adolescence: A Transitional Period. (Ed. Montemayor, R., Adams, G. R., and Guttola, T. P.). California: Sage Publications.
161. ROBIN, Arthur L. and Sharon L. Foster (1989). Negotiating Parent-Adolescent Conflict: A Behavioral - Family Systems Approach. New York: The Guilford Press.
162. Chedid M, L. Romo and E. Chagnard. (2009). “Adolescents and Marijuana: Links between the Consumption Level and Family Structure, Cohesion and Power”. Annales Médico-Psychologiques. 167: 541–543.
163. Van den Bree MBM, Pickworth WB. Risk factors predicting changes in marijuana involvement in teenagers. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 311-319
164. Brook JS, Brook DW, Arencibia-Mireles O, et al. Risk factors for adolescent marijuana use across cultures and across time. J Genet Psychol. 2001; 162: 357-374.
165. Dishion TJ. Cross-setting consistency in early adolescent psychopathology: deviant friendships and problem behavior sequelae. J Pers. 2000; 68: 1109–1126.
166. Svensson R. Risk factors for different dimensions of adolescent drug use. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse 2000; 9: 67-90
167. Mason WA, Windle M. Reciprocal relations between adolescent substance use and delinquency. J Abnorm Psychol. 2002; 111: 63–76.

168. Springer JF, Sale E, Hermann J, et al. Characteristics of effective substance abuse prevention programs for highrisk youth. *The Journal of Primary Prevention*. 2004; 25: 171-
169. Tot S, Yazıcı K, Yazıcı A, ve ark. Psychosocial correlates of substance use among adolescents in Mersin, Turkey. *Public Health*. 2004; 118: 588-593
170. Gilvarry E. Substance abuse in young people. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000; 41: 55–80
171. Yang M-S, Yang M-J, Liu Y-H, Ko Y-C. Prevalence and related risk factors of licit and illicit substances use by adolescent students in Southern Taiwan. *Public Health*. 1998; 112: 347-352.
172. Svensson R. Gender differences in adolescent drug use: the impact of parental monitoring and peer deviance. *Youth and Society* 2003;34: 300–329
173. Blau, G, Gullotta T; *Adolescent Dysfunctional Behavior*. California, 1996
174. Vuckovic N, Polen MR, Hollis JF, The problem is getting us to stop. What teens say about smoking cessation. *Prev Med*. 2003,37(3):202-18
175. Matthew JP, Morgan LC. The pharmacotherapy of smoking cessation. *The Medical Journal of Australia*,2002,176(10):486-490.
176. Lillington GA, Leonard CT, Sachs DP, Smoking cessation. Techniques and benefits. *Clin Chest Med*. 2000,21(1):199-208
177. Jolicoeur DG, Richter KP, Ahluwalia JS, Mosier MC, Resnicow K, Smoking cessation, smoking reduction and delayed quitting among smokers given nicotine patches and self-help pamphlet. *Subst Abus*. 2003,24(2):101-106.
178. Levinson AH, Perez-Stable EJ, Espinoza P, Flores ET, et al. Latinos report less use of pharmaceutical aids when trying to quit smoking. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004,26(2):105-111
179. Jorenby DE, Leischow SJ, Mitchell AN, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med*.1999,340: 685-691.
180. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, et al: A comparison of sustained –release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Eng J Med*.1997,337:1195-1202.
181. Stapleton J, Commentery: Progress on nicotine replacement therapy for smokers. *Br Med J*.1999,318 :289.
182. Paoletti P, Fornali E, Maggiorelli, et al Importance of baseline cotinine plasma values in smoking cessation. Results from a double –blind study with nicotine patch. *Eur Respir J*.1996-9: 629-633.

183. Le Houezec J. Rol of nicotine pharmacokinetics in nicotineaddiction and nicotine replacement therapy: areview. Int J.Tuberc Lun Dis.2003,7(9):811-819.
184. Dienfenbacher LJ.,Smith PO,Nashelsky J.,What is the most effective nicotine replacement therapy? J Fam Pract. 2003,98(9):1183-1189.
185. Kayaalp S O.Nikotin ve ganglionları stimüle eden diğer ilaçlar, gangliyon bloke edici ilaçlar. Rayonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. Kayaalp SO.(Ed)2.CİLT 9. Baskı, Hacettepe Taş Kitapçılık Ltd. Şti.Ankara 2000, Sayfa:1222-1223.
186. Transdermal Nicotin Study Group. Transdermal nicotine for smoking cessation. Sixmonth results from two multicenter controlled clinical trials. JAMA, 1991, 266(22): 3133-3138.
187. Stapleton JA, Russel MA, Feyerabend C, etal. Dose effect and Predictors of outcome in a rabdomized trial of transdermal nicotine patches in general practice. Addiction, 1995 ,90(1): 31-42.
188. Aascher JA, Cole JO, Colin JN, et al. Bupropion: a review of its mechanism of anti-depressant activity. J Clin Psychiatry. 1995,56:395-401.
189. Edis EÇ, Çağlar T. Tütün Bağımlılığı Tedavisinde Yeni Gelismeler. Akciger Arsivi 2006; 7: 99-103.
190. Palancı Y, Saka G. Diyarbakır il merkezindeki ilköğretim 6, 7, 8 sınıfları ile lise öğrencilerinde sigara –alkol- uyuturucu kullanımı ve etkileyen faktörler. Diyarbakır: 2004: 25-48
191. Bilir N, Aslan D. Dünyada, Türkiye’de ve Hacettepe’de Tütün Kontrolü. Hacettepe Tıp Dergisi 2005; 36: 75-79
192. Sancak R, DüNDAR C, Öztürk F. Kırsal alandaki lise ve ortaokul öğrencilerinde sigara içme durumu. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 1997; 40: 385-393
193. Samsun İlinde 12-19 Yaş Grubu Öğrencilerde Sigara İçme Sıklığı ve Sigara İçme Durumunu Etkileyen Faktörler (uzmanlık tezi) Dr. Gülfer AKÇA SAMSUN 2012
194. Spor Yaşar N, Çelik Y, İçin E, Toksöz P, Ertem M, Saka G. Diyarbakır'daki orta öğrenim öğrencilerinde sigara ve alkol kullanım düzeyleri. III Halk Sağlığı Kongresi, kongre özet kitabı. 30 Nisan - 2 Mayıs 1992.s149
195. Ergenlerin sigara içmesini etkileyen faktörler ve sigara karşıtı eğitim modellerinin etkinliğinin karşılaştırılması Uzmanlık tezi Dr. Derya Gümüş Doğan 2003 Ankara
196. Kanser bildirimlerinin değerlendirilmesi 1993-1994. Sağlık Bakanlığı Kanser Savas Daire Başkanlığı. Yayın no: 582, Ankara, 1997.

197. Bilir N, Dogan BG, Yıldız AN. Sigara çme Konusundaki Davranışlar ve Tutumlar. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No: 7; 1-7, Ankara 1997
198. Willard N. Tobacco against youth. International Warnings. WHO Chronicle 1982;2:73-74
199. Hibell B, Andersson B, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A. and Morgan M. The ESPAD 1999 Report. Alcohol and other drug use among students in 30 European countries. Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs Stockholm. 2001.
200. Public Health Institution of Turkey, GLOBAL ADULT TOBACCO SURVEY TURKEY 2012, Anıl Matbaa Ltd.Şti, Ankara-2014.
201. Herken H, & Özkan, İ. (1998). Sigara ve Sosyal Öğrenme, Genel Tıp Derg, 8(1), 45-47.
202. Zhang D, & Qiu, X. (1993). School-based Tobacco Use prevention People's Republic of China, JAMA, Jun 16, 269
203. Murray M, Kiryluk S, Swan, AW. (1985). Relation Between Parent's and Children's Smoking Behaviour and Attitude's. J Epidemiol Community Health, 8, 109-114.
204. Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), Annals of child development. Vol.6. Six theories of child development (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press
205. Biglan A & Duncan, TE. (1995). Peer and parental influences on adolescent tobacco use. J Behav Med, 18, 315-330
206. Brook JS, Whiteman, M. (1983). Father and Son: Their Relationship and Personality Characteristic associated with the Son's Smoking Behaviour, J Genet Psychol, 142, 271- 281.
207. Hrubá D. and I. Zaloudiková, Why to smoke? Why not to smoke? Major reasons for children's decisions on whether or not to smoke. Central European Journal of Public Health, 2010; 18(4): 202-208.
208. Pederson L.L, Koval J.J, O'Connor K, Are psychosocial factors related to smoking in grade-6 students? Addictive Behaviors, 1997;22(2): 169-181.
209. Erbaydar T, Lawrence S, Dağlı E, Hayran O, Collishaw N.E, Influence of social environment in smoking among adolescents in Turkey. European Journal of Public Health, 2005; 15(4): 404-410.
210. Uncu Y, Irgil E, Karadağ M, Smoking patterns among primary school students in Turkey. The Scientific World Journal, 2006; 6: 1667-1673
211. Public Health Institution of Turkey, GLOBAL ADULT TOBACCO SURVEY TURKEY 2012, Anıl Matbaa Ltd.Şti, Ankara-2014.

212. Apollonio, D.E. ve Malone R.E. (2009). Turning Negative into Positive: Public Health Mass Media Campaigns and Negative Advertising. *Advance Access Publication*, 24(3): 483-495
213. Randolph, W. ve Viswanath, K. (2004). Lessons Learned from Public Health Mass Media Campaigns: Marketing Health in a Crowded Media World. *Annu Rev Public Health*, 25(1): 419-37.
214. Ammani, P. (2007). Advertising Decision Making Process. *Journal of Management Research*, 2(4): 48-58
215. Folta, S.C,Goldberg J.P, Economos, C. ve Bell, R.M. (2006). Food Advertising Targeted at School Age Children: A Content Analysis. *Journal of Nutrition Education Behavior*, 38(4): 244-248.
216. Noar, S.M. (2006). A 10-Year Retrospective of Research in Health Mass Media Campaigns: Where Do We Go From Here? *Journal of Health Communicaiton*, 11(1): 21-42.
217. Filiz, H. (2007). Gençlerde sigardan korunma konusunda bir müdahale programının değerlendirilmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi, 2007, Manisa.
218. Gökgöz, Ş. (2004). Adölesan çağda sigara ve alkolle ilgili verilen eğitim etkinliği. Yayınlanmamış doktora tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

8.EKLER

EK: 1. Araştırma Kapsamındaki Okullar

Okullar	Sayı	Yüzde %
Ertuğrul Gazi Ortaokulu	211	%26,9
Atakum Anadolu Lisesi	199	%25,4
Garip Zeycan Yıldırım Fen Lisesi	128	%16,3
23 Nisan Ortaokulu	177	%22,5
Omü Vakfı Koleji	70	%8,9
Total	785	%100,0

EK: 2. Çalışma Anketi

ASTIM ALERJİ VE SİGARA İÇME ANKETİ		
Yaşı:	Cinsiyet:	Tarih:../../.....
Okulu:	Nerede oturuyorsunuz:	
1)İlk kez sigaraya başlama yaşı kaç?		
2)Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?		
3)Sigara içiyorsanız sigaraya başlama nedeniniz nedir?(birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)		
<input type="checkbox"/> Arkadaş etkisi		
<input type="checkbox"/> Can sıkıntısı ve sorunlar		
<input type="checkbox"/> Büyüdüğünü kanıtlamak için		
<input type="checkbox"/> Sigara içenlere özenme		
<input type="checkbox"/> Zevk verdiği için		
<input type="checkbox"/> Diğer (lütfen açıklayınız)		
4) Sigara içiyorsanız sigara içme sıklığınız nedir?		
a)Haftada 1-2 adet	b)Günde 1-5 adet	c)Günde 5-10 adet
d) Günde 10-20 adet	e)Günde 1 paketten fazla	
5) Sigarayı nasıl temin ediyorsunuz ?		
a)Harçlıklarım ile alıyorum	b)Arkadaşlarımdan alıyorum	
c)Evdeki bireylerden alıyorum	d)Diğer (lütfen açıklayınız)	
6) Sigara içiyorsanız bunu aileniz biliyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
7) Aileniz sigara içtiğinizi biliyorsa veya içtiğinizi öğrenmeleri durumunda tutumları nasıl olur?	<input type="checkbox"/> Karışıklar	<input type="checkbox"/> Karışmazlar

8) Sınav dönemlerinde sigara içme sıklığınız artıyor mu ?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
9) Arkadaşlarınızdan sigara içen var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
10) Anneniz sigara içiyor mu ?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
11) Anneniz sigara içiyor ise kaç yıldır sigara içiyor? a)1-5 yıldır b)5-10 yıldır c) 10-15 yıldır d)Diğer(belirtiniz)		
12)Anneniz kaç yaşında?.....		
13)Annenizin öğrenim durumu nedir? a) İlkokul b)Ortaokul-lise c)Üniversite d)Diğer(belirtiniz)		
14)Annenizin mesleği nedir? a)Ev hanımı b)İşçi c)Memur d)Emekli e)Diğer(belirtiniz)		
15)Babanız sigara içiyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
16)Babanız kaç yaşında?		
17)Babanız sigara içiyor ise kaç yıldır sigara içiyor? a)1-5 yıldır b)5-10 yıldır c) 10-15 yıldır d)Diğer(belirtiniz)		
18)Babanızın öğrenim durumu nedir? a) İlkokul b)Ortaokul-lise c)Üniversite d)Diğer(belirtiniz)		
19)Babanızın mesleği nedir? a) İşçi b)Memur c)Emekli d)Diğer(belirtiniz)		
20)Evde kardeşlerinizden biri sigara içiyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
21)Anneniz size hamileyken sigara içmiş mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
22)Anneniz–babanız sigara içiyorsa yanınızda sigara içiyorlar mı ?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
23)Evde kardeşleriniz haricinde başka biri sigara içiyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
24)Sigarayı bırakmak için yapılan televizyon programlarındaki kamu spotlarının sigara içmek için caydırıcı olduğunu düşünüyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
25)Sigaranın sağlık üzerine hangi zararlı etkilerini biliyorsunuz? a) Kanser b)Solunum sıkıntısı ve akciğer hastalığı c)Kalp hastalığı d)Diğer(açıklayınız)		
26)Düzenli spor yapıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
27)Kronik bir hastalığınız var mı? (Varsa belirtiniz.....?)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

Ek: 3. Etik Kurul Raporu



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/30-633

14.10.2020

Sayın Prof. Dr. Recep SANCAK

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **2020 Yılında Samsun İlinde Ve İlçelerinde 10-18 Yaş Grubu Öğrencilerde Sigara İçme Sıklığı Ve Sigara İçme Durumunu Etkileyen Faktörler** başlıklı OMÜ KAİK 2020/22 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 13.02.2020 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Ek: 4. Çalışmanın Benzerlik Raporu:

ORIGINALITY REPORT

16%

SIMILARITY INDEX

PRIMARY SOURCES

1	vdocuments.site Internet	203 words — 1%
2	acikerisim.deu.edu.tr Internet	97 words — 1%
3	acikarsiv.ankara.edu.tr Internet	81 words — 1%
4	issuu.com Internet	79 words — 1%
5	sbedergisi.ankara.edu.tr Internet	69 words — < 1%
6	adiyamantutunu.com Internet	65 words — < 1%
7	dspace.trakya.edu.tr:8080 Internet	64 words — < 1%
8	readgur.com Internet	63 words — < 1%
9	aile.gov.tr Internet	63 words — < 1%
10	silo.tips Internet	61 words — < 1%
11	www.pazarlama.org.tr Internet	57 words — < 1%