

TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ



**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE  
SİGARA KULLANIM DÜZEYLERİ, SİGARA KULLANIM DÜZEYLERİNİ  
ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE ALEKSİTİMİ İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Adem KARAGÖZ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

2019

TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ



**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE  
SİGARA KULLANIM DÜZEYLERİ, SİGARA KULLANIM DÜZEYLERİNİ  
ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE ALEKSİTİMİ İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Adem KARAGÖZ

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR

Anabilim Dalı Başkanı:

Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR

Etik Kurul Uygunluk Onayı

Karar No: GOKAEK-2018/5.20 Proje No: 2018/119

2019

## İÇİNDEKİLER DİZELGESİ

TEŞEKKÜR.....	III
KISALTMALAR DİZELGESİ.....	IV
TABLolar DİZELGESİ.....	V
1. AMAÇ VE KAPSAM.....	1
1.1. Giriş.....	1
1.2. Amaç.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Sigara.....	2
2.1.1. Sigara Epidemiyolojisi.....	2
2.1.1.1. Dünyada Sigara Kullanımı.....	2
2.1.1.2. Türkiye’de Sigara Kullanımı.....	3
2.1.1.3. Gençlerde Sigara Kullanımı.....	4
2.1.1.4. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Kullanımı.....	4
2.1.2. Sigaranın İçeriği.....	6
2.1.3. Sigara Kullanımının Sağlığa Etkileri.....	7
2.1.4. Pasif Sigara Kullanımı.....	10
2.1.5. Sigaranın Bırakılmasının Sağlık Açısından Faydaları.....	11
2.1.6. Nikotin Bağımlılığı ve Değerlendirilmesi.....	12
2.1.7. Nikotin Yoksulluğu.....	15
2.1.8. Tütün Kontrolü.....	16
2.1.8.1. Sigara Bıraktırma Tedavilerine Yaklaşım ve Farmakolojik Tedavi	17
2.1.8.2. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Tütün Eğitimi.....	20
2.2. Aleksitimi.....	21
2.2.1. Genel Bilgiler.....	21
2.2.2. Tanım.....	22
2.2.3. Aleksitimi ve Komorbid Bozukluklar.....	23
2.2.4. Aleksitimi Kavramıyla İlgili Sorgulamalar ve Yeni Açılımlar.....	23
2.2.5. Aleksitiminin Ölçümü.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	24
3.1. Araştırmanın Yeri.....	25
3.2. Örneklemenin Seçimi.....	25

3.3. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması.....	25
3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	25
4. BULGULAR.....	26
4.1. Sosyodemografik Özellikler.....	26
4.2. Bağımlılık Yapıcı Madde Deneyim Özellikleri.....	30
4.3. Sigara İçme Durumları ve Özellikleri.....	31
4.4. Aleksitimi Ölçüm Sonuçları.....	37
4.5. Sigara İçme Durumlarına Göre Yapılan İncelemeler.....	38
4.6. TAS-20 Ölçümlerine Göre Yapılan İncelemeler.....	50
5. TARTIŞMA.....	56
6. ÖZET.....	62
7. ABSTRACT.....	64
8. KAYNAKLAR.....	66
9. EKLER.....	76

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışma fırsatı bulduğum, bilgi ve tecrübeleriyle her zaman yanımda olarak bana yol gösteren, asistanı olmaktan kıvanç duyduğum değerli hocam Prof. Dr. Tuncay Müge Alvr'a;

Uzmanlık eğitimim boyunca kendilerini tanımaktan ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum KOÜAH ailemizin her bir mensubu olan Aile Hekimliği asistanlarına;

Uzmanlık eğitimim boyunca gittiğim rotasyonlarda kendilerini tanımaktan ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm hocalarım, asistan arkadaşlarım ve diğer çalışanlara;

Anket çalışmama katılarak tezime büyük katkı sağlayan genç meslektaşlarım, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerine;

Aile hekimliği uzmanlığı eğitimime başlamama teşvik edici görüşleriyle katkıda bulunan, tezimin hazırlanmasında yardımlarını esirgemeyen arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi Duygu Ayhan Başer'e;

Bugünlere gelmemde yolun en başından beri çok emekleri ve katkıları olan olan annem Halise Karagöz'e, babam İsmail Karagöz'e, kardeşlerim Zeynep Kaya'ya ve Dr. Hüseyin Karagöz'e;

Asistanlık sürecimin en zor ve en güzel kazanımı, 3 yıldır hayatımın merkezine yerleşen göz bebeğimiz, biricik kızım Didem'e;

Hayatıma anlam kazandıran, koşulsuz sevgisini her zaman hissettiğim, iyi ki var dediğim ve her zor anımda olduğu gibi tezimin hazırlanma sürecinde de en büyük destekçim olan, biricik eşim Dr. Dilara Bingöl Karagöz'e tüm kalbimle teşekkür ederim.

## KISALTMALAR DİZELGESİ

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>CDC</b>	: Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi
<b>DNA</b>	: Deoksiribo Nükleik Asit
<b>DSM-5</b>	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>FDA</b>	: American Food and Drug Administration
<b>FNBT</b>	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
<b>GHPSS</b>	: Küresel Sağlık Meslekleri Öğrencileri Çalışması
<b>KGTA</b>	: Küresel Gençlik Tütün Araştırması
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>KOÜ</b>	: Kocaeli Üniversitesi
<b>KYTA</b>	: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
<b>NYKT</b>	: Nikotin Yerine Koyma Tedavisi
<b>TAS-20</b>	: Toronto Aleksitimi Skalası-20 Soru
<b>TKÇS</b>	: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
<b>VKİ</b>	: Vücut Kitle İndeksi

## TABLolar DİZELGESİ

<b>Tablo-1:</b> Sigara dumanı içerisindeki bazı kimyasal maddeler.....	7
<b>Tablo-2:</b> Tütünle ilişkili kanserler.....	8
<b>Tablo-3:</b> Pasif sigara içiciliğinin yaptığı hastalıklar.....	10
<b>Tablo-4:</b> Sigarayı bırakmanın faydaları.....	11
<b>Tablo-5:</b> Fagerström nikotin bağımlılık testi.....	14
<b>Tablo-6:</b> Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri-1.....	27
<b>Tablo-7:</b> Öğrencilerin ve ebeveynlerinin yaş özellikleri.....	28
<b>Tablo-8:</b> Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri-2.....	28
<b>Tablo-9:</b> Bağımlılık yapıcı bazı madde deneyimleri.....	30
<b>Tablo-10:</b> Sigara kullanım durumları ve deneyimleri.....	31
<b>Tablo-11:</b> Sigara içmeme nedenleri.....	31
<b>Tablo-12:</b> FNBT sonuçları-1.....	32
<b>Tablo-13:</b> FNBT sonuçları-2.....	33
<b>Tablo-14:</b> Sigara içmeyi sürdürme nedenleri.....	34
<b>Tablo-15:</b> Sigara içerken çay/kahve/enerji içeceği vb. ürün tüketimi.....	34
<b>Tablo-16:</b> Sigara içen öğrencilerin sigarayı bırakma deneyimleri ve inançları.....	35
<b>Tablo-17:</b> Aile bireylerinde sigara içme durumları.....	36
<b>Tablo-18:</b> Yaşadıkları ortamda sigara içme ve sigara dumanına maruz kalma durumları..	36
<b>Tablo-19:</b> Tıp eğitimlerinin sigara bırakma danışmanlığına hazırlaması.....	37
<b>Tablo-20:</b> TAS-20 sonuçları.....	37
<b>Tablo-21:</b> Bazı tanımlayıcı özelliklere göre sigara içme durumları.....	38
<b>Tablo-22:</b> Ailesinde ve yaşadıkları ortamda sigara içen birey varlığı durumuna göre sigara içme durumları.....	40
<b>Tablo-23:</b> Sigara içme durumlarına göre VKİ değerleri.....	41
<b>Tablo-24:</b> Sigara içme durumlarına göre VKİ sınıflandırması karşılaştırması.....	42
<b>Tablo-25:</b> Sigara içme durumlarına göre mezun oldukları lise, aylık gelirleri, kaldıkları yer, spor yapma durumları, not ortalamaları ve aile yapısı özelliklerinin karşılaştırılması..	42
<b>Tablo-26:</b> Sigara içme durumlarına göre bağımlılık yapıcı bazı madde deneyimleri.....	44
<b>Tablo-27:</b> Sigara içme durumlarına göre bağımlılık yapıcı bazı deneyim yaşlarının karşılaştırılması.....	46
<b>Tablo-28:</b> Cinsiyet durumlarına göre FNBT skorlarının karşılaştırılması.....	46

<b>Tablo-29:</b> Öğrenim gördükleri sınıflara göre FNBT skorlarının karşılaştırılması.....	46
<b>Tablo-30:</b> Sigara bağımlılık düzeyleriyle sigara içmeyi sürdürme nedenlerinin karşılaştırılması.....	47
<b>Tablo-31:</b> Sigarayı bırakma isteği, bırakma inancı durumları, ailelerinde sigara içen birey varlığı, yaşadıkları ortamda sigara içilme durumları, sigara dumanına maruz kalma ve sigara içerken çay/kahve vb. ürün tüketme durumlarına göre sigara bağımlılığı düzeylerinin karşılaştırılması.....	48
<b>Tablo-32:</b> Sigara içme durumlarına göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.....	50
<b>Tablo-33:</b> Cinsiyet durumlarına göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.....	50
<b>Tablo-34:</b> Öğrenim gördükleri sınıflara göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.....	50
<b>Tablo-35:</b> Anne ve babaların öğrenim durumlarına göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.....	51
<b>Tablo-36:</b> Anne ve babaların mesleklerine göre aleksitimi skorlarının karşılaştırılması....	52
<b>Tablo-37:</b> Kaldıkları yer özelliklerine göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.....	52
<b>Tablo-38:</b> Aylık gelir durumlarına göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.....	53
<b>Tablo-39:</b> Aile yapısına göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.....	53
<b>Tablo-40:</b> Spor yapma durumlarına göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.....	53
<b>Tablo-41:</b> Yaşadıkları ortamda sigara içilmesi durumuna göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.....	54
<b>Tablo-42:</b> Sigara dumanına maruz kalma durumlarına göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.....	54
<b>Tablo-43:</b> Sigara bağımlılık düzeylerine göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.....	55
<b>Tablo-44:</b> Aleksitimi gruplarına göre sigara kullanım durumlarının karşılaştırılması.....	55



## **AMAÇ VE KAPSAM**

### **1.1. Giriş**

Dünyada ve ülkemizde sigara bağımlılığı çok ciddi bir halk sağlığı problemidir. Sigara kullanımı hâlen dünya çapında önlenebilir ölümlerin en başta gelen sebebidir (1). Son yıllarda sigara bağımlılığı ile alakalı olarak ortaya konan ilgi ve efor artmış olsa da şu an için durum iyimser olmaktan çok uzaktır (2). Özellikle yurtiçi ve yurtdışında yapılan bazı çalışmalar, tıp fakültesi öğrencileri arasında ciddi sigara bağımlılığı düzeylerini göstermektedir (3). Sigara içen ve içmeyen kişilerin aleksitimi skorlarının kıyaslandığı bazı yurtdışı çalışmalarda, sigara içenlerin aleksitimi testi skorlarının içmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (4). Buna karşın ülkemizde sigara bağımlılığı ve aleksitimi arasındaki ilişkiyi değerlendiren yeterli düzeyde çalışma olmadığı gözlemlenmiştir. Bu nedenlerle çalışmamızda; Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara kullanım düzeylerinin sorgulanması, sigara kullanım düzeyleri ile aleksitimi ilişkisinin incelenmesi ve sigara kullanım düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

### **1.2. Amaç**

Bu çalışmanın birden çok amacı vardır: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara kullanım düzeylerini belirlemek, sigara kullanım düzeyleri ile aleksitimi ilişkisini incelemek ve sigara kullanım düzeylerini etkileyen faktörleri değerlendirmek.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Sigara**

#### **2.1.1. Sigara Epidemiyolojisi**

##### **2.1.1.1. Dünyada Sigara Kullanımı**

Tütün kullanımı dünyadaki en önemli halk sağlığı problemidir ve dünyadaki önlenebilir ölümlerin en önde gelen nedenidir (1). Yılda yaklaşık 7 milyon kişi sigaraya bağlı nedenlerden hayatını kaybetmektedir ve bunun 890 bini pasif sigara içiciliğinden kaynaklanmaktadır. Bu durum iş verimindeki kayıp ve artmış sağlık harcamaları nedeniyle yıllık yüzlerce milyar dolar ekonomik zarara yol açmaktadır (5).

2012'de dünya çapında 1,1 milyon sigara içicisi bulunmakta iken sigara kullanan her 10 kişiden 8'i de günlük içici olarak kaydedilmiştir. Dünya genelinde kullanım oranı %22 iken en yüksek bölgesel ortalama %30'la Avrupa'da, en düşük oran da %12 ile Afrika'daydı. Yüksek gelirli ülkelerdeki oran %25, orta gelirli ülkelerde %22, düşük gelir grubunun oranı ise %18 idi. Sigara içme oranı erkeklerde kadınların 5 katıydı. Erkeklerde %37, kadınlarda %7 oranındaydı. Mamul sigara en yaygın kullanılan tütün ürünüdür ve %90'dan fazla kullanılmaktadır (6).

2013'te dünya çapında yetişkinlerin %21'i sigara içicisiydi; bunların 950 milyonu erkek, 177 milyonu kadındı. 2007-2013 yılları arasında küresel nüfus artmış olmasına rağmen, sigara içme sıklığı 2007'deki %23 seviyesinden düşüşe geçmiştir ve sigara içen kişi sayısı artmamıştır. 2013'te dünya çapında 1,1 milyon sigara içicisi bulunmaktadır. Sigara içimi en sık yüksek gelirli ülkelerde görülmektedir. Oran; yüksek gelirli ülkelerde %25, orta gelirli ülkelerde %21, düşük gelirli ülkelerde %16 olarak ortaya çıkmıştır (7).

Hastalık Kontrol Merkezi (CDC)'nin 2014 verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde 18 yaş üstü yetişkinlerin %16,8'i sigara kullanmaktadır. Bu da ABD'de yaklaşık 40 milyon sigara içicisi olduğu anlamına gelmektedir. 2005'teki oran %20,9 iken 2014'e doğru düşüş gerçekleşmiştir. Yetişkin erkeklerin %18,8'i, yetişkin kadınların ise %14,8'i sigara tüketen gruptadır. En yüksek sigara içme oranı %20 ile 25-44 yaş aralığındadır. Sigara içimi ABD'de her yıl 480.000 kişinin ölümüne yol açmaktadır, bu da her beş ölümden birine denk gelmektedir (8).

2014'te dünya çapında 5,8 trilyon adet sigara tüketilmiştir ve sigara tüketimi hâlen artış göstermektedir. Dünyanın en çok sigara tüketen ilk 10 ülkesi; Çin, Rusya, ABD, Endonezya, Japonya, Almanya, Hindistan, Türkiye, Kore Cumhuriyeti ve Vietnam olarak

sıralanmıştır. Bu sıralamaya göre Türkiye, sigara tüketiminde dünyada 8. sırada yer almaktadır. Çin, Doğu ve Güney Avrupa kişi başına günlük sigara tüketiminde de ilk sıralarda yer almaktadır. En önemli düşüşler İngiltere, Avustralya, Brezilya ve sigara karşıtı kampanyaların yoğunluğunu artıran diğer ülkelerde meydana gelmiştir. Bütün bunlara rağmen Çin'deki tüketim artışı devam etmektedir (9).

Sigara kullanım yaşı genellikle genç yetişkinlik döneminde veya orta yaş döneminde artar, daha sonra düşüşe geçer. Bu düşüş genellikle bırakmaya veya ölüme bağlı olarak gerçekleşir. Bu eğilim Asya ülkelerinde daha az belirgindir. Özellikle Hindistan, Bangladeş ve Tayland'da sigara tüketimi 65 yaş üzerinde en yüksektir. Dünya çapında 879 milyon sigara içicisi bulunmakta olup bunların 721 milyonu erkek, 158 milyonu kadındır (10).

#### **2.1.1.2. Türkiye'de Sigara Kullanımı**

Türkiye'de yetişkinlerde sigara kullanımını oldukça yaygındır ve önemli bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir. Bu konuyla ilgili ülkemizde ulusal düzeyde ilk araştırma 1988 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre 15 yaş üzeri nüfusta sigara içme sıklığı %43,6 (erkeklerde %62,8; kadınlarda %24,3) olarak tespit edilmiştir (11).

Türkiye'de, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) ülkeyi temsil eden hane halkı çalışması şeklinde ilk kez 2008'de yapılmıştır. KYTA 2008 sonuçlarına göre Türkiye'de sigara kullanım sıklığı %31,2 olarak bulunmuştur. Tütün kullanım sıklığı erkeklerde %47,9; kadınlarda %15,2 olarak tespit edilmiştir. Bu veriler göre 2008 yılında 16 milyon (12 milyonu erkek, 4 milyonu kadın) kişinin sigara içtiği hesaplanmıştır (12).

KYTA 2012 yılında aynı yöntemle ikinci defa yapılmıştır. 2012 sonuçlarına göre ise 15 yaş üzerinde erkeklerin %41,5'i; kadınların %13,1'i; toplamda %27,1'lik kesim sigara içmektedir. 14,8 milyon kişinin tütün ürünü kullandığı hesaplanmıştır ki bunun da yaklaşık 11,1 milyonu erkek ve 3,6 milyonu kadın içicidir. Mamul sigara Türkiye'de en çok tüketilen tütün ürünüdür. Tütün ürünü kullananların en büyük bölümü (%94,8) mamul sigara içmektedir. Kadınlar (17,9 yıl) sigara içmeye erkeklere (16,8 yıl) göre bir yıl geç olarak başlamaktadır (13).

Ülkemizde 1996 yılında çıkarılan, 2008'de kapsamı genişletilen yasal düzenlemeler ve uygulamaya konulan tütün kontrol programı ile tütün kullanım sıklığında azalma meydana gelmiştir. 2008'den 2012'ye %13,4'lük göreceli bir azalma olmuştur. Erkeklerde %13,5;

kadınlarda %13,7 oranında azalma görülmüştür. Azalma hem erkeklerde (%47,9'dan %41,5'e) hem de kadınlarda (%15,2'den %13,1'e) gerçekleşmiştir (14)

KYTA 2012 verilerine göre; yaşamı boyunca hiç tütün ürünü kullanmayan yetişkinlerin oranı %59,8 (erkeklerde %39,3, kadınlarda %79,1) tespit edilmiş olup yaklaşık 10,7 milyonu erkek ve 21,9 milyonu kadın olmak üzere toplam 32,6 milyon yetişkin, yaşamı boyunca hiç sigara içmemiştir. Çalışmaya katılan grubun genelinde kırsal bölgelerde tütün ürünleri kullanım sıklığı %22,0; kentlerde yaşayanlarda ise %29,0'dır. Yaş grupları olarak en yüksek sıklığın 25-44 yaşlarda, en düşük değerlerin de erkek ve kadınlarda 65 ve üzeri yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Eğitim durumuna bakılacak olursa, en yüksek değer hem erkeklerde hem de kadınlarda lise mezunu olan gruplardadır (13).

Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması 2013 yılında yayınlanmış, veri toplama aşaması 2011'de gerçekleşmiştir. Aile hekimliği bilgi sistemine kayıtlı 15 yaş ve üzeri bireyler üzerinden yürütülüp her aile hekiminden rastgele belirlenen iki kişi araştırmaya alınmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre; erkeklerin yüzde 43'ü, kadınların yüzde 17'si sigara içmektedir. En yüksek sigara içme prevalansı 25-44 yaş aralığındadır. Sigara kentsel bölgede (%31) kırsal bölgelerden (%25) daha yüksek oranda içilmektedir. Diğer tütün ürünlerinin kullanım oranı ise %3'tür (14).

#### **2.1.1.3. Gençlerde Sigara Kullanımı**

Toplam olarak 16.000 gencin katıldığı Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA) 2003 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada 13-15 yaş grubundaki öğrenciler ele alınmıştır. Erkeklerin %31,7'sinin, kızların da %19,7'sinin sigara içmiş olduğu ve erkeklerin %9,4'ünün, kızların da %3,5'inin (toplamda %6,9) halen sigara içmekte olduğu bulunmuştur. KGTA 2009 yılında tekrarlanmış olup halen sigara içme sıklığı erkeklerde %10,2, kızlarda %5,3; toplamda %8,4 olarak saptanmıştır. Dikkat çekici olan bir bulgu ise 2003'te öğrencilerin %7'sinin, 2009'ta ise %10,2'sinin gelecekteki bir yıl içinde sigara içmeye başlayabileceğini belirtmiş olmasıdır (15).

#### **2.1.1.4. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Kullanımı**

1992'de Türkiye'de seçilmiş sekiz üniversitede yapılan çalışmada tıp fakültesi öğrencileri arasında sigara içme oranı %22, aynı yıl Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan çalışmada %36, 1996'da Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde %30,8, 1996'da Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde %36,6, 1997'de İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde %26,8, 1997'de Hacettepe Üniversitesi Tıp

Fakültesi'nde %34,9, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde %21,4, 1998'de Anadolu-Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde %33,9 çıkmıştır (16).

2004'de Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde İtil ve ark.'nın yaptığı çalışmada öğrencilerin %39,04'ünün sigara içicisi olduğu bulunmuştur, bu oran kızlarda %29,1, erkeklerde %45,6 olarak çıkmıştır (17). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2004'te İlhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tüm öğrencilerde sigara içme yüzdesi 24,0'dır. Sigara içme sıklığı erkeklerde %35,4, kızlarda %13,8 olarak bulunmuştur (18). 2014'te Yengil ve arkadaşlarının Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi'nde yaptığı çalışmada oran %25,6 bulunmuştur. Sigara içen öğrencilerin %75,2'si erkek, %24,8'i kadın şeklindedir (19). 2007'de Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki 5. ve 6. sınıf öğrencilerine yönelik Şahin ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada sigara içme oranı %26,5 çıkmıştır (20). 2013'te Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem-1 öğrencilerine yönelik Baykan ve Naçar'ın gerçekleştirdiği çalışmada, öğrencilerin %23'ü sigara içtiğini belirtmiştir. Erkek öğrencilerin %40,6'sı, kız öğrencilerinse %6,7'si sigara içtiğini söylemiştir (21). Mayda ve arkadaşlarının çalışmasında 2005-2006'da Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki sıklık %31,3 bulunmuştur (22).

Dünyadaki tıp fakültesi öğrencilerine yönelik Uluslararası Verem Savaş Dernekleri Birliği (IUATLD), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Amerikan Kanser Derneği ve Uluslararası Kanser Savaş Birliği beraberliğiyle yapılan 1994 yılındaki çalışma 42 ülkeden 51 tıp fakültesindeki 9326 öğrenciyle gerçekleştirilmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinde sigara içme prevalansı erkeklerde %2-48, kızlarda %0-22 aralığında tespit edilmiştir. Asya'daki tıp fakültelerinde Avrupa'daki tıp fakültelerinden daha düşük oranda sigara kullanımı olduğu görülmüştür. Ayrıca Asya ve Afrika'daki kız öğrencilerin diğerlerine göre daha düşük oranda sigara içtiği de gözlemlenmiş, bunun da muhtemelen o bölgelerde kadınların sigara içmesinin toplumca hoş görülmemesi durumundan kaynaklandığı düşünülmüştür (23).

2005-2008 yılları arasında Küresel Sağlık Meslekleri Öğrencileri Çalışması (GHPSS) 47 ülkede 3. sınıf öğrencilerine yönelik gerçekleştirilmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinin beşte birinin (%22,4) sigara içtiği tespit edilmiştir. Çalışmalar, erkek öğrencilerin kızlardan daha fazla sigara içtiğini ortaya koymuş olup erkeklerde oran kızların 2 katı bulunmuştur (24).

GHPSS 2010 yılında Türkiye'de 12 tıp fakültesindeki 1.217 adet 3. sınıf öğrencisiyle gerçekleştirilmiştir. Öğrencilerin %19,3'ü hâlen sigara içmekte olduğunu belirtmiştir; bu

oran erkek öğrencilerde %29,3, kız öğrencilerde ise %11,1'dir. %28,5'lik kesim (kızlarda %18,9, erkeklerde %40,2) ise herhangi bir tütün ürününü kullandığını ifade etmiştir (25).

### **2.1.2. Sigaranın İçeriği**

Tütün ürünlerinin içeriği; tütün ürününü kullanıma hazır hale getiren madde, bileşenleri ve hammaddelerden oluşmaktadır. İçerikte bulunan bileşenler: işlenmiş tütün yaprağı, tütün yaprağını bir arada tutan materyaller (kağıt, sargı, filtre vb.), işleme yardımcıları, işlenmeyi takiben kalan kalıntı maddeler, paketleme materyalinden ürüne geçen maddeler ve ürünü müşteriye daha cazip kılmak için özellikle eklenen maddeler olarak belirtilmiştir (26).

Sigara dumanının sigara içen kişi tarafından solunan kısmına ana akım duman, sigaranın yanması ile ortaya çıkan kısmına ise yan akım duman denilmektedir. İkinci el içicilik dumanı ise içici tarafından dışarı üflenen dumandan ve yan akım dumanından oluşmakta olup, çevresel tütün dumanı olarak da adlandırılmaktadır. İkinci el içicilik dumanına maruz kalmaya “pasif sigara içimi” veya “istemsiz sigara içimi” de denilmektedir (27).

Sigara dumanının %95'lik kısmını gaz fazı, %5'lik kısmını partiküler faz oluşturmaktadır. Sigara dumanı akciğerlerde küçük hava yollarına ve alveollere ulaştığında fizyolojik pH'ya tamponlanarak hızlıca emilmektedir. Emildikten sonra hızlıca dolaşım sistemine girip 10-20 saniye içerisinde beyne ve diğer dokulara yayılmaktadır. Beyin ve kan nikotin seviyeleri, farklı dokulara dağılımından ve atılımından dolayı hızlıca düşer (28).

Tütün dumanı 7000'den fazla sayıda kimyasal madde içermekte olup, bu maddelerin arasında en az 69 tanesi kansere neden olabilecek maddelerdir (29,30).

**Tablo-1: Sigara dumanı içerisindeki bazı kimyasal maddeler (31).**

Karbonmonoksit	Karbondioksit	Karbonil sülfid	Benzen
Toluen	Formaldehit	Akrolein	Aseton
Piridin	3-metilpiridin	3-vinilpiridin	Hidrojen siyanür
Hidrazin	Antrasen	Fenol	Katekol
Hidrokinon	Anilin	2-toluidin	2-naftilamin
4-aminobifenil	Benz[a]antrasen	Benzo[a]piren	Kolesterol
N-butirolakton	Kinolin	Amonyak	Metilamin
Dimetilamin	Nitrojen oksitleri	N-nitrozodimetilamin	N-nitrozodietilamin
N-nitrozopirrolidin	Formik asit	Asetik asit	Metil klorit
1,3-butadien	Katran	Nikotin	Piren
N-nitrozonornikotin	Naftalen	N-nitrozodietanolamin	Kadmiyum
Nikel	Çinko	Polonyum-210	Benzoik asit
Laktik asit	Glikolik asit	Suksinik asit	Arsenik

Farmakolojik olarak aktif seviyede nikotin açığa çıkarabilme yeteneği, tütün ürününün bağımlılık potansiyelini belirlemektedir. Nikotin seviyesi, üretici tarafından belirlenmekte olup böylece nikotinin arzulan etkileri olan; rahatlama ve zihinsel berraklık etkilerinin fazla olması, bulantı gibi arzulanmayan etkilerinin de ortaya çıkmaması amaçlanmaktadır (32,33).

Kendi başına bağımlılık yapmayan, fakat çeşitli yollarla bağımlılığı artıran katkı maddeleri de kullanılmaktadır. Katkı maddeleri şu yollarla bağımlılığı artırmaktadır: nikotin içeriğini direkt artırarak, nikotinin biyoyararlanımını artırarak, tütün dumanının solunmasını kolaylaştırarak, duman partikül büyüklüğü gibi tütün dumanının özelliklerini değiştirerek (26,34).

### 2.1.3. Sigara Kullanımının Sağlığa Etkileri

**Sigaraya bağlı ölümler:** Tütün kullanımı, dünyadaki önlenebilir ölümlerin en önde gelen nedenlerinden biri olup yılda 7 milyon kişi sigaraya bağlı nedenlerden hayatını kaybetmektedir, bunun 890 bini pasif içicilikten kaynaklanmaktadır. 2005 yılında 5,4 milyon olan ölüm sayısı, 2015 yılında 6,4 milyona, 2030 yılında 8,3 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (35,36).

**Kanser:** Sigara dumanının inhalasyonundan kaynaklanan kanserojenlerin miktarı, bu kanserojenlerin kan seviyelerine ve idrardaki metabolitlerinin seviyelerine de yansımaktadır. Tütüne özgü nitrozaminler, aromatik aminler, benzapiren gibi bazı biyobelirteçler sigara dumanındaki belirli kanserojenlere maruz kalma ile ilişkilendirilmektedir. Karsinojene maruz kalma; DNA hasarına, sitogenetik değişikliklere, TP53 ve KRAS gen mutasyonlarına, P16 gibi tümör baskılayıcı genlerde promotör metilasyonuna yol açabilmektedir (30).

**Tablo-2: Tütünle ilişkili kanserler (37).**

<b>Karsinojenik faktör</b>	<b>İnsanlarda yeterli delil olan kanserler</b>	<b>İnsanlarda sınırlı delil olan kanserler</b>
<b>Tütün içimi</b>	Miyeloid lösemi, serviks, kolorektum, böbrek, larinks, karaciğer, akciğer, nazal kavite ve paranazal sinüs, özofagus, oral kavite, over, pankreas, farinks, mide, üreter, mesane, sigara içenlerin çocuklarında; hepatoblastoma	Meme, sigara içenlerin çocuklarında: lösemi
<b>Tütün dumanı, pasif içicilik</b>	Akciğer	Larinks, farinks
<b>Tütün, dumansız</b>	Özofagus, oral kavite, pankreas	

Sigara içenlerde akciğer kanserinin birincil ve ikincil olarak görülme sıklığı artmakta olup, sigara içme sıklığının azalmasıyla sküamöz hücreli akciğer kanseri sıklığının azaldığı gösterilmiştir. Sigara içenlerde ayrıca hepatoselüler karsinom, kolorektal adenomatöz polip, kolorektal kanser, prostat kanseri sıklığı da artmaktadır. Sigara içenlerde kanser hastalığı daha hızlı ilerlemekte, ileri evre kanser riski artmakta ve mortalite oranı yükselmektedir (29).

**Kalp-damar hastalıkları:** Tütün dumanı; direkt endotelyal hasara yol açarak, koroner ve periferik arterlerde disfonkisyona neden olarak, trombozisi artırarak, trigliseridleri artırıp HDL'yi azaltmasıyla kronik inflamatuvar bir durum oluşturma yoluyla aterosklerotik hastalık sürecine katkıda bulunarak ve insülin rezistansını artırarak mikrovasküler ve makrovasküler sorunlara yol açmaktadır (30).



İkinci el sigara dumanına maruz kalmanın kalp krizi riskini %20-30 oranında artırdığı, tütün karşıtı yasa ve politikaların yürürlüğe girmesiyle; 65 yaş öncesi koroner olaylar, serebrovasküler hastalıklar, anjin ve ani kardiyak ölümlerde azalma olduğu tespit edilmiştir (29).

**Solunumsal hastalıklar:** Sigara dumanı; oksidatif stresi atırarak, proteaz-antiproteaz dengesizliğine katkıda bulunarak, SER-PINA3 genlerinde kalıtsal varyasyonlara yol açarak amfizem ve akciğer hasarına ve sonuç olarak da kronik obstrüktif akciğer hastalığına (KOAH) neden olmaktadır. Sigara KOAH'ın ana nedeni olarak tanımlanmaktadır. KOAH'a ek olarak sigara içenlerde; tüberküloz, rekürren tüberküloz, tüberküloza bağlı ölüm ve idiyopatik pulmoner fibrozis gelişme riskinin de arttığı bildirilmiştir (29).

**Gastrointestinal sistem:** Sigara kullanımı alt özofagus sfinkter tonusunda ve özofagus asit klirensinde azalma yapmasıyla epitel direncinin bozulmasına, buna bağlı olarak direkt mukozal hasara oluşturup özofagusa zarar vermektedir. Ayrıca pepsinojen ve asit salgısını artırıp *Helicobacter pylori*'nin etkilerini potansiyelize ederek; mukozal yenilenmeyi ve mide prostaglandin-glutasyon düzeylerini azaltarak mideye zarar vermektedir. Bu zararlar sonucunda gastroözofageal reflü hastalığı, ülseratif kolit, dispepsi, mide ve duodenum ülseri, crohn hastalığı, gastrointestinal kanserlerin görülme riskinin arttığı bildirilmiştir (38).

**Üreme sistemi ve gelişim üzerine etkileri:** Erkeklerde erektil disfonksiyonu, kromozom değişiklikleri ve spermde DNA hasarına yol açarak fertilitiyi olumsuz etkilediği, gebeliğin devamında sorunlara ve fetusta anomalilere neden olduğu gösterilmiştir. Gebelik öncesinde sigara kullanımının yarık damak-dudak riskini artırdığı, erken gebelikte sigara kullanımının pes ekinovarus, gastroşizis, atriyal septal defekt riskini artırdığı, gebelik döneminde sigara içmiş olan annelerin bebeklerinde ilerleyen yaşlarda kaygı bozukluğu ve depresyon gelişme oranlarının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Ayrıca maternal sigara içimi ile düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve fetal kayıp arasında ilişki olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır (29,30).

**Diğer hastalıklar:** Sigara içiminin gözde neovasküler ve atrofik maküler dejenerasyonlara neden olduğu bildirilmiştir. Sigara içenlerde, içmeyenlere göre diyabet riskinin %30-40 arttığı, içilen sigara sayısı ile bu risk arasında pozitif doz-yanıt ilişkisinin bulunduğu gösterilmiştir. Sigara dumanındaki bileşenlerin bazılarının bağışıklık sistemi

aktive edici bazılarının ise baskılayıcı özellikte olduğu, bunun sonucunda da sigara kullanımının enfeksiyonlara karşı yatkınlığı artırıp, direnci azalttığı, otoimmün hastalıkların görülmek sıklığını artırdığı bulunmuştur (29).

#### **2.1.4. Pasif Sigara Kullanımı**

Ana akım dumanı esas olarak sigara içen kişi açısından risk oluştururken, yan akım dumanı çevredeki kişiler için risk oluşturmaktadır (38).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada yetişkinlerin %15,6'sının işyerinde, %38,3'ünün evlerde, %26,6'sının kafe ve kahvehanelerde, %12,9'unun restoranlarda, %10,4'ünün toplu taşıma araçlarında, %6,5'inin resmi dairelerde ve %3,8'inin sağlık kuruluşlarında sigara dumanından pasif olarak etkilendiği belirtilmiştir. Tütün karşıtı yasaların yürürlüğe girmesi sonucunda 2008-2012 döneminde en önemli düşüşün pasif içicilik konusunda olduğu belirtilmiştir (13).

#### **Tablo-3: Pasif sigara içiciliğinin yaptığı hastalıklar (39).**

---

##### **Erişkinlerde:**

- Koroner arter hastalığı
- Akciğer kanseri
- Nazal sinüs kanseri
- Non-malign akciğer hastalıkları

##### **Çocuklarda**

- Ani bebek ölümü sendromu
- Fetal büyüme geriliği (düşük doğum ağırlığı)
- Bronşit, pnömoni, diğer alt solunum yolu enfeksiyonları
- Otitis media

##### **Olasılıkla yaptığı hastalıklar**

##### **Erişkinlerde:**

- İnme
- Meme kanseri
- Serviks kanseri
- Düşük

##### **Çocuklarda:**

- Davranış ve biliş üzerinde olumsuz etki
  - Astım oluşumu
  - Kistik fibrozis alevlenmeleri
-

### 2.1.5. Sigaranın Bırakılmasının Sağlık Açısından Faydaları

Sigarayı herhangi bir yaşta ve herhangi bir zamanda bırakmanın faydalı olduğu ve ne kadar erken bırakılırsa kişi için o kadar iyi olduğu vurgulanmıştır (30).

**Genel faydaları:** Sigarayı bırakan bir kişinin erken ölüm riskinin ne kadar azalacağını; sigara içtiği yıl sayısı, günlük içtiği sigara sayısı, sigarayı bıraktığında mevcut hastalığının olup olmaması belirlemektedir. Sigara ile ilişkili hastalıklarda ölüm riski azaldığından yaşam beklentisi uzamaktadır (29,30). Sigarayı bıraktıktan 10 yıl sonra akciğer kanseri riskinin %30-50 oranında düştüğü, 5 yıl sonra ağız, boğaz, özofagus ve mesane kanseri riskinin yarıya indiği bildirilmiştir. Sigarayı bırakmanın KOAH'a giden patolojik süreçleri azaltmanın kanıtlanmış tek yolu olduğu vurgulanmıştır (40). Ek olarak influenza, pnömoni, bronşit gibi akciğer enfeksiyonlarının gelişim riskinin, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması riskinin ve ülser gelişim riskinin azaldığı gösterilmiştir (30).

**Tablo-4: Sigarayı bırakmanın faydaları (41).**

Bıraktıktan sonra geçen süre	Meydana gelen olumlu değişiklikler
20 dk içinde	Kalp hızı ve kan basıncı düşer.
12 saat	Kandaki karbonmonoksit seviyesi normale döner.
2-12 hafta	Dolaşım iyileşir ve akciğer fonksiyonu artar.
1-9 ay	Öksürük ve nefes darlığı azalır.
1 yıl	Koroner kalp hastalığı riski için birisinin yarısına iner.
5 yıl	İnme riski, sigarayı bıraktıktan 5-15 yıl sonra, içmeyen biriyle aynı olur.
10 yıl	Akciğer kanseri riski yarıya düşer; ağız, boğaz, özofagus, mesane ve pankreas kanseri riski düşer.
15 yıl	Koroner kalp hastalığı riski, içmeyen biriyle aynı olur.

**Fetusa faydaları:** Gebelik öncesinde sigarayı bırakan kadınların bebeklerinde düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve perinatal ölüm riskinin azaldığı bildirilmiştir (40).

**Kalp-damar hastalıkları açısından faydaları:** Sigaranın bırakılmasının kardiyovasküler mortalite ve morbiditeyi azalttığı, sigara içimiyle iki kat artan koroner arter hastalığı riskinin sigara bırakılmasından bir yıl sonra yarıya indiği, 15 yıl sonra da sigara içmeyen biriyle benzer düzeye geldiği, inmeden ölme riskinin 10 yıl sonra sigara kullanmamış biriyle benzer düzeye geldiği gösterilmiştir (29,30). Günlük tüketilen sigara sayısının azaltılmasının, daha düşük katranlı veya daha düşük nikotinli sigara tüketmenin

daha az kardiyovasküler riskle sonuçlanacağına dair kanıt bulunmadığı vurgulanmıştır (30).

**Psikolojik ve davranışsal değişiklikler:** Nikotin yoksunluk semptomlarının sigara bırakmayı takiben 1-2 gün içerisinde tepe noktaya ulaşır, takip eden haftalarda hızlıca durgunlaştığı, uzun dönem sigara içmeme sonrasında özgüven ve özkontrolün arttığı bildirilmiştir (29,40).

### 2.1.6. Nikotin Bağımlılığı ve Değerlendirilmesi

Nikotinin, tütün mamullerinin güçlü bağımlılık yapıcı etkilerini oluşturan anahtar kimyasal bileşen olduğu bildirilmekte olup; bağımlılığa giden süreçte psikolojik, biyolojik ve genetik etkenlerin rol oynadığı bildirilmiştir (30).

Nikotinin, nükleus akkumbenste dopamin ve opioid peptid seviyelerinde artışa yol açarak bağımlılık yapıcı etki oluşturduğu, mezokortikolimbik dopaminerjik nöronlar üzerindeki nikotinik asetilkolin reseptörlerini uyararak davranışsal etkiler oluşturduğu, locus cereleus'tan norepinefrin salınımına yol açarak huzursuzluk, arama davranışı gibi yoksunluk belirtileri oluşturduğu gösterilmiştir (42).

DSM-5 kriterlerine göre “tütün kullanım bozukluğu: 12 aylık bir kullanım dönemi içinde aşağıdakilerden en az 2'si ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan sorunlu bir tütün kullanım örüntüsüdür:

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak tütün alımı.
2. Tütün kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar.
3. Tütün elde etmek, tütün kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırmak.
4. Tütün kullanmaya içinin gitmesi ya da tütün kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evde başlıca yükümlülükleri yerine getirememe ile sonuçlanan yineleyici tütün kullanımı.
6. Tütünün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişiler arası sorunlar olmasına karşın tütün kullanımını sürdürme.
7. Tütün kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici bir biçimde tehlikeli olabilecek durumlarda tütün kullanma.
9. Büyük bir olasılıkla tütünün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın tütün kullanımı sürdürme.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:
  - a) Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde tütün kullanma gereksinimi.
  - b) Aynı ölçüde tütün kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.
11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:
  - a) Tütüne özgü yoksunluk sendromu.
  - b) Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için tütün alımı” (43).

Sigara bağımlılığının değerlendirilmesinde solunum ve kalp-damar sisteminin yanı sıra ruhsal durumu da değerlendirmek gerekmektedir. Solunum ve kalp-damar sistemi değerlendirmesi: fizik muayene, EKG, akciğer grafisi ve hematolojik incelemeyi içermektedir. Ruhsal değerlendirme için öncelikle bağımlılık düzeyinin ölçülmesi önerilmekte ve bu amaçla Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi kullanılmaktadır.

**Tablo-5: Fagerström nikotin bağımlılık testi.**

<p><b>Soru 1:</b> İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz?</p> <p>a. Uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içinde (3 puan) b. 6-30 dakika içinde (2 puan) c. 31-60 dakika (1 puan) d. 1 saatten fazla (0 puan)</p>
<p><b>Soru 2:</b> Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?</p> <p>a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)</p>
<p><b>Soru 3:</b> İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?</p> <p>a. Sabah içtiğim ilk sigara (1 puan) b. Diğer herhangi biri (0 puan)</p>
<p><b>Soru 4:</b> Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?</p> <p>a. 10 adet ve daha az (0 puan) b. 11-20 adet (1 puan) c. 21-30 adet (2 puan) d. 31 ve daha fazlası (3 puan)</p>
<p><b>Soru 5:</b> Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?</p> <p>a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)</p>
<p><b>Soru 6:</b> Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?</p> <p>a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)</p>

Ölçek, İsveçli Dr. Karl Fagerström tarafından geliştirilmiş, 1991 yılında Heatherton ve arkadaşları tarafından revize edilmiştir (44,45). 2004 yılında ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlilik çalışması yapılmış ve çalışmalarda sıklıkla kullanılmaya başlamıştır. Ölçekte 6 soru bulunmakta olup her sorunun puanları farklıdır. Sorulara verilen yanıtlara göre toplam

puan hesaplanmaktadır. Toplam skor 0 ile 10 arasında değişmekte, skor arttıkça sigara bağımlılık düzeyinin de arttığı düşünölmektedir (36).

Sorulardan elde edilen puanların toplamı aşağıdaki şekilde yorumlanmaktadır:

0-2 puan: düşük düzeyde bağımlılık

3-7 puan: orta düzeyde bağımlılık

8-10 puan: yüksek düzeyde bağımlılık

Daha detaylı değerlendirme de şu şekildedir:

0-2 puan: çok düşük bağımlılık

3-4 puan: düşük bağımlılık

5 puan: orta bağımlılık

6-7 puan: yüksek bağımlılık

8-10 puan: çok yüksek bağımlılık (46).

### 2.1.7. Nikotin Yoksunluğu

DSM-5 kriterlerine göre “tütün yoksunluğu:

A) En az birkaç hafta süreyle her gün tütün kullanılması

B) A Tanı ölçütlerinde tanımlanan tütün kullanımının bırakılmasından ya da ölçüsünün azaltılmasından sonraki 24 saat içinde, aşağıda (dört ya da daha çok) belirti ya da bulgunun gelişmesi.

1. Kolay kızma, engellenmişlik duygusu ya da öfke,

2. Bunaltı,

3. Odaklanma güçlüğü,

4. Yeme isteğinde artma,

5. Huzursuzluk,

6. Çökkün duygudurum,

7. Uykusuzluk.

C) B tanı ölçütlerindeki belirtiler ya da bulgular klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D) Bu belirtiler ya da bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve esrliklik ya da başka bir madde yoksunluğu da içinde olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz” (43).

### 2.1.8. Tütün Kontrolü

DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) ve rehberleri tütün kullanımını azaltma hedefine ulaşmak için küresel bir enstrüman oluşturmaktadır. Ekim 2014'te yapılan son toplantıda DSÖ, TKÇS'ye taraf ülkelere 2025 yılı için 15 yaş ve üstü kişilerde tütün kullanımının azaltılması konusunda ulusal hedefler belirlemiştir. Ek olarak Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar eylem planında tütün kontrol politikasına dair çeşitli seçenekler listelenmiş bunlar arasında en maliyet etkin yöntemlerin sigara vergilerinin artırılması, dumansız sahaların artırılması, sigaranın zararlarıyla ilgili uyarıların artırılması, tütünle ilgili tüm reklam, tanıtım, sponsorlukların yasaklanması olabileceği vurgulanmıştır (6,47).

Tütün kullanıcılarına sağlıkla ilgili riskler konusunda bilgilendirme yapılmasının, bıraktırma tedavisi konusunda desteğin yaygınlaşmasının, yasadışı tütün ticaretinin önüne geçilmesi ve tütün çiftçilerine alternatif geçim kaynakları sunulmasının da tütün kontrolünde önemli rol oynayacağı bildirilmiştir (6).

Türkiye'de tütün kontrolü ile ilgili yürürlüğe koyulan önemli kanun değişiklikleri ve uygulanan politikalarla, erkekler ve kadınlar arasında sigara içme oranlarında önemli düzeyde azalma sağlanmıştır. 2008-2012 yılları arasında genel sigara içme oranında % 13,4'lük azalma olduğu bildirilmiştir (48).

Sigara vergileri 2010-2011 yıllarında artırılmış, DSÖ tarafından tavsiye edilen seviyelere ulaşmıştır. Sigara paketlerinin ön ve arka taraflarının %65'ini kapsayacak şekilde resimli ve yazılı sağlık uyarıları yer almaktadır. 2010 yılından beri ücretsiz ulusal sigara bırakma hattı hizmete sunulmuş ve ücretsiz sigara bıraktırma poliklinikleri kurulmuştur (48,49).

Türkiye, DSÖ'nün TKÇS'sine 2004 yılında taraf olmuştur. Aralık 2007'de Ulusal Tütün Kontrol Planı açıklanmıştır. Tütün kullanımına karşı ilk kanun 1996 yılında, ikinci bir kanun 2008 yılında uygulanmaya konulmuştur. İkinci kanunla birlikte dumansız sahalar; konaklama kurumlarını, taksileri ve okulların açık alanlarını kapsayacak şekilde genişletilmiş, tütün ile ilgili tanıtım ve sponsorluklara da yasaklama getirilmiştir (48).

Tütün kontrolünün özellikle hekimlere değinen kısmına bakıldığında ise etkili bir stratejinin; bütün hastaların sigara içme durumlarını tanımlamak, tüm işçilere sigarayı bırakması için tavsiyede bulunmak, içen kişilerin bırakma yönünde adım atmaya hazır olup olmadığını değerlendirmek ve kısa danışmanlıkla takip aşamalarından olduğu



bildirilmiştir. Hekimlerin kısa müdahalelerinin bile hastaların bırakma oranlarını artırdığı fakat hekimlerin az bir kısmının bu müdahaleleri tıp eğitimleri sırasında öğrendiği vurgulanmış, bu nedenlerle sigarayı bıraktırma tedavisi ile ilgili bilgi ve beceri eğitimlerinin tüm tıp fakülteleri müfredatına alınması ve ihtisas döneminde çeşitli eğitim programlarıyla pekiştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (50).

### **2.1.8.1. Sigara Bıraktırma Tedavilerine Yaklaşım ve Farmakolojik Tedavi**

Sigara bıraktırma amacıyla önerilen stratejiler 5A (5Ö) basamak yöntemiyle belirlenmiştir. 5A yöntemi Türkçede 5Ö olarak düzenlenmiştir (51).

**Ask (Öğren):** Sigara içme durumunun sorulması. Bütün hastalara sigara içip içmediği düzenli olarak sorulmalıdır ve bu bilgi hastaların tıbbi kayıtlarına kaydedilmelidir.

**Advice (Öner):** Bırakmanın önerilmesi. Sigara kullanan bütün bireylere açık ve belirsizliğe mahal vermeyecek bir şekilde sigarayı bırakması tavsiye edilmelidir; “Sağlığın için yapabileceğin en iyi şey sigarayı bırakmak” gibi (52).

**Assess (Ölç):** Bireyin sigarayı bırakma yönünde isteğinin değerlendirilmesi. Hastaların sigara içme davranışının süresi ve içtikleri miktar sorgulanıp nikotin bağımlılığı değerlendirilmelidir.

**Assist (Önderlik et):** Bırakma girişiminin desteklenmesi ve yardımcı olunması. Sorunları çözmeye yönelik önerilerde bulunulması, sosyal destek sağlanması, kontrendikasyon yoksa farmakoterapi önerilmesi, bilgilendirici ek materyal sağlanması.

**Arrange (Örgütüle):** Bırakma sonrası dönemde izlem. Sigarayı bırakanlar belli aralıklarla kontrole çağırılarak tekrar sigara içmeye başlamalarının önüne geçmeye çalışılmalıdır (51,52).

Kişinin günde 10’dan fazla sigara içiyor olmasının, sabah uyandıktan sonra 30 dk. içerisinde ilk sigarasını içiyor olmasının, içtiği sigara sayısı az olsa da bırakma denemeleri sırasında yoksunluk hissettiğine dair bilgi vermesinin ilaç tedavisi başlamak için yeterli olabileceği bildirilmiştir (51).

Birinci basamak tedavi yöntemleri 7 çeşit olup, bunlardan 5 tanesi nikotin içeren tedavi yöntemi iken, 2 tanesi nikotin içermeyen tedavi yöntemleri olarak belirtilmiştir (2).

**Nikotin yerine koyma tedavisi (NYKT):** En yaygın kullanılan tedavi yöntemi olduğu bildirilmiştir. 6 farklı NYKT tanımlanmıştır; nikotin bandı, nikotin sakızı, nikotin nazal spreyi, nikotin dilaltı tableti, nikotin pastili, nikotin inhaler. Hepsinin sigaranın

birakılmasını takip eden süreçte ortaya çıkan yoksunluk belirtileri ve nikotin isteğini azaltmaya yönelik etkili olduğu, başlangıçta herhangi birinin seçilebileceği bildirilmiştir. Tedavi yetersizliği veya başarısızlığında kombine edilebilecekleri belirtilmiş, en sık yapılan kombinasyon bant ve sakız olduğu vurgulanmıştır (31).

**Nikotin bantı:** 16 saat ve 24 saat kullanılabilen formları mevcut olup Türkiye’de 24 saatlik formu bulunmaktadır. Bant ile vücuda kontrollü olarak saatte 1 mg nikotin verilmektedir. 24 saatlik formdaki bantlar 3 farklı boyutta olup; 21 mg, 14 mg, 7 mg nikotin vücuda alınmaktadır (51). Kişiden her günün başında yeni bir yamayı tüsüz bir vücut bölgesine yerleştirmesi beklenmektedir. Genellikle boyun ve bel arası tercih edilmektedir. Tahriş olmasını önlemek amacıyla uygulanma bölgesini düzenli değiştirmesi istenmektedir. Hedeflenen sigara bırakma gününde tedaviye başlanmaktadır. Tedavi ile birlikte sigara içilmemesi gerekmektedir (2).

Günde 15’den fazla sigara içen kişilerde 21 mg formu ile başlanıp 4 hafta devam edilmekte daha sonra 2’şer hafta süreyle 14 mg ve 7 mg şeklinde kullanılarak tedavi 8 haftaya tamamlanmaktadır. Günde 15’den az sayıda sigara içen kişilerde 14 mg ile başlanıp giderek doz azaltılarak 8 haftaya tamamlanmaktadır (51). Nadiren tedavi bırakılmasına neden olabilen hafif ve geçici yan etkiler; uygulama bölgesinde cilt reaksiyonları, aritmi, taşikardi, uykusuzluk, baş ağrısı, soğuk algınlığı benzeri semptomlar, kas ağrısı, bulantı olarak belirtilmiştir (2,53).

**Nikotin nazal sprey:** Her iki burun deliğine birer doz püskürtülmesi istenmekte, her püskürtmede 0,5 mg nikotin verilmektedir. Saatte 1-2, azami 5 doz önerilmektedir. Nikotinin vücuda en hızlı alınan biçimi olduğu belirtilmekte, yüksek düzeyde bağımlı kişiler için uygun olan NYKT biçimi olabileceği vurgulanmaktadır (54). Önerilen doz 10-40 puf/gün olup, günlük maksimum doz 40 mg olarak belirtilmiştir. Tedavi süresi 3-12 ay olmaktadır. Yan etkileri; nazal sekresyonlarda artış, mukozada konjesyon, gözlerde yaşarma, sinüzit ve öksürük şeklinde bildirilmiştir (55,56).

**Nikotin sakızı:** 2 mg ve 4 mg’lık formları mevcut olup, günde 25’ten az sayıda sigara içenlerde 2 mg’lık formu, 25’ten fazla sayıda içenlerde 4 mg’lık formu önerilmektedir. İki sakız arasında en az 30 dk. zaman aralığı bırakılması ve günde en fazla 24 adet sakız kullanılabilceği belirtilmiştir. 8-12 hafta kullanılmasının yeterli olduğu bildirilmiştir (51).

Çiğneme esnasında nikotinin emilimi yanak mukozasında olmaktadır ve sakızın 1-2 dk. yavaş çiğnenip yanak mukozasında bekletilmesi istenmektedir. 15 dk. öncesinde ve

çiğneme esnasında bir şey yenmemesi gerekmektedir. Nikotin sakızının avantajının kişinin sigara içme isteği oluştuğunda kullanılması olduğu belirtilmiştir (2). Yan etkileri; ağızda acılık hissi, hıçkırık, dispepsi, çene ağrısı, bulantı-kusma olduğu bildirilmiştir (57).

**Nikotin dilaltı tablet:** 2 mg'lık tabletlerin dilaltında çözüldüğü ancak emilimin oral mukozanın her tarafında olduğu, 20 dk. kullanıldıktan sonra tabletlerin atılması gerektiği, etkinliğin yeterli olması için saatte bir tablet kullanılması gerektiği bildirilmiştir (42).

**Nikotin inhaler:** Yeni geliştirilen nikotin yerine koyma tedavilerinden biri olup inhalasyon kartuşundan oluşmaktadır. Her inhalasyon kartuşu 10 mg nikotin içermekte ve her kullanışta 1,5-2 mg nikotin vücuda alınmaktadır (51). Yeterli etki için günde 6-16 inhalasyon kartuşu kullanılması önerilmektedir. Sigara ağızlığına benzediğinden sigaranın el ve ağız alışkanlığının yerini alabileceği tariflenmiştir. Yan etkileri; ağız ve boğaz irritasyonu ve öksürük şeklinde bildirilmiştir. 3 ay kullanım sonrası dozunun azaltılarak tedavinin sonlandırılması önerilmiştir (56).

**Nikotin pastil:** 1, 2 ve 4 mg'lık formları bulunmaktadır. Pastilin ağız içerisinde çevrilerek yavaş yavaş çözünmesi sağlanmaktadır. Saatte 1 pastil kullanılması, 30 dk. kullanılmasından sonra atılması gerektiği bildirilmiştir (42).

NYKT amacıyla kullanılan ilaçlar genellikle azaltılarak kesilmekte ve bu dönemde nikotin yoksunluk belirtilerinin de azalması beklenmektedir. NYKT sırasında sigara içiminin tam olarak bırakılması gerektiği vurgulanmıştır. Gebelik ve emzirme dönemlerinde, 3 haftadan daha yeni geçirilmiş miyokard enfarktüsü, stabil olmayan anjina pectoris, ciddi aritmi durumlarında ve 18 yaş altında kullanılmaması önerilmiştir (31). Tedavi başarısızlığında veya ciddi düzeyde bağımlılık durumlarında NYKT ile bupropionun kombine edilmesinin başarı şansını artırdığı bildirilmiştir (51).

**Bupropion:** FDA tarafından 1997 yılında onaylanmış, sigara bırakma tedavisinde etkinliği gösterilmiş ilk nikotin içermeyen ajan olarak tanımlanmıştır (Kanıt düzeyi A). Trisiklik olmayan bir antidepresan ajan olan bupropionun sigarayı bırakmadaki yardımcı etkisi antidepresan etkisinden bağımsız olarak ortaya çıkmaktadır (2). Sigara bırakılmadan önce tedaviye başlanmakta, 8 haftalık kullanımın yeterli olduğu bildirilmektedir. İlk 3 gün 150 mg/gün oral tablet günde 2 kez şeklinde kullanılmaktadır. Tedavi başlanmasından sonra 7-14 gün içerisindeki bir tarihte sigara bırakma günü belirlenmesi istenmektedir. Yan etkileri baş ağrısı, uykusuzluk, ağız kuruluğu, alerjik reaksiyon şeklinde bildirilmiştir (51).

Epilepsi ve epilepsi eşiğini düşüren ilaç kullanımı durumlarında, merkezi sinir sistemi travması öyküsü, kontrolsüz hipertansiyon, ağır hepatik nekroz, yeme bozuklukları, monoamin oksidaz inhibitörü ilaç kullanımı, 18 yaş altı hastalar, hamilelik, bupropion aşırı duyarlılığı, santral sinir sistemi tümörü durumlarında önerilmemektedir (42).

**Vareniklin:** FDA tarafından 2006 yılında sigara bırakma tedavisinde kullanımı onaylanmıştır (Kanıt düzeyi A) (2). Nikotik asetil kolin alfa4-beta2 reseptörlerinin kısmi agonisti ve antagonisti olarak işlev görmekte ve nukleus akkumbensten dopamin salınımına yol açmaktadır. Böylece vareniklin bu işleviyle sigara içme isteğini azaltırken, yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasını da engellemektedir (56). Kişi sigara içerken tedaviye başlanmakta; ilk 3 gün 0,5 mg/gün sabah, 4.-7. günlerde 0,5 mg sabah ve akşam, 8. günden itibaren tedavi bitimine kadar 1 mg sabah ve akşam şeklinde kullanılmaktadır. Toplam tedavi süresi 12 hafta olarak belirtilmiştir (51). Yan etkileri; bulantı, anormal rüyalar, uyku güçlüğü, kabızlık, iştah artışı, tat almada değişiklik, ağız kuruluğu, uyku hali, yorgunluk, baş dönmesi, dispeptik şikayetler şeklinde bildirilmiştir (42). Kişilere tedavi planlanırken psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığının araştırılması gerektiği, nöropsikiyatrik semptomlar açısından tedavi sırasında gözlemlenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Öyküsünde psikiyatrik hastalığı bulunan kişilerde hastalık kontrol altında olsa dahi vareniklin kullanımı önerilmemiştir (51). Varenikline alerjik durum, son dönem böbrek hastalığı, 18 yaş altı ve hamilelik durumlarında kullanımı uygun bulunmamıştır (42).

#### **2.1.8.2. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Tütün Eğitimi**

Tütün eğitimi tabiri; tütün kullanımının epidemiyolojisi, önlenmesi, tütün ile ilişkili hastalık riski ve tütün bağımlılık tedavisini içermektedir. Sigara bıraktırma tabiri ise; davranış değiştirme tekniklerini, ilaç tedavisini ve danışmanlık becerilerini içermektedir. Tütün eğitimi ile ilgili çeşitli eğitimsel yöntemler tanımlanmıştır. Temel bilim alanında ele alınması önerilen konular; tütün kullanımı epidemiyolojisi, tütün kullanımının sağlığa etkileri, pasif içiciliğin etkileri, sigara dumanının içeriği, nikotin yoksunluk belirtileri, bırakmadan en çok zorlanan yüksek risk gruplarının tanımlanması şeklinde belirtilmiştir. Klinik bilim alanında ele alınması gereken konular ise; sigara bıraktırmada hekimin rolü, klinik müdahale (5A yaklaşımı), sigara içicisini tespit etmek, sigara içme öyküsünü almak, sigara bağımlılığını değerlendirmek, değişime hazırlık aşamalarını tanımlamak, değişim

için motivasyon oluşturmak, ilaç tedavisi başlamak ve relapsı önlemek şeklinde bildirilmiştir (58,59).

Dünya çapında yapılan bir çalışmada; 1998 yılında tıp fakültelerinin % 11'inde tütün eğitimi müfredatı bulunmaktayken, 2009 yılında % 27'sinde tütün eğitimi müfredatı bulunduğu belirtilmiştir (60). Sigara bıraktırmanın eğitim müfredatına yerleştirilmesi ile ilgili zorluklar; eğitimcilerin bu alandaki bilgisinin kısıtlı olması, öğretim için kaynakların sınırlı olması, eğitici kadronun bu alandaki ilgi eksikliği, yoğun bir tıp eğitimi müfredatına yeni bir konu eklenmesindeki zaman sıkıntısı, organizasyonel beceri kısıtlılığı olarak bildirilmiştir (61).

Hekimlerin hastalara sigara bıraktırma konusunda müdahale etmekten kaçınma durumunun nedenleri; hekimlerin sigara bıraktırma ile ilgili bilgi ve beceri eksikliği, hekimlerin zamanından çoklu ve artan talepler, sigara bıraktırma hizmetini destekleyen sistemlerin eksikliği ve hastalarla sigara bıraktırma konusu konuşulursa hastaların uzaklaşacağı kaygısı olarak belirtilmiştir (62,63).

Gelecekte hekimlik yapacak kişiler olan tıp fakültesi öğrencilerinin tütün kontrol girişimleri ve kanıta dayalı sigara bıraktırma yöntemleri açısından düzenli olarak eğitilmesi gerekmektedir (58).

## **2.2. Aleksitimi**

### **2.2.1. Genel Bilgiler**

“Duygular için söz yokluğu” anlamına gelen aleksitimi, başlangıçta psikosomatik hastalardaki belirtileri açıklamak için ortaya atılmıştır. Ancak güncel çalışmalar aleksitiminin bir çok farklı patolojik grupta ve hatta sağlıklı popülasyonda da karşımıza çıkan bir kişilik özelliği olabileceğini desteklemektedir (64). Aleksitimi ile ilgili araştırmalar aleksitiminin farklı popülasyonlardaki yaygınlığından, diğer bozukluklarla olan ilişkisine; nörofizyolojik boyutundan, tedavi sonuçlarının uzun süreli etkisini yordama üzerindeki fonksiyonuna kadar birçok farklı yönde ilerlemiştir (65). Ancak aleksitimi kavramının var olan yapı ve tanılardan ayrılması ve gerek kavramsal gerekse ölçümsel anlamda güvenilirlik ve geçerliliğine yönelik soru işaretlerinin ortadan kalkması için günümüzde halen birçok araştırmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir (66,67).

### 2.2.2. Tanım

Aleksitimi kavramı, duyguları tanımlamak ve ifade etmekte yaşanan güçlüğü ve düşlemlerin yetersizliğine odaklanmaktadır (68). Kısırlaşmış bir düşlemsel yaşam, sınırlı imgelem, bozulmuş empati, dürtüsel davranış, duyguları bedenselleştirme eğilimi ve duygusal deneyimler için farklılaşmamış anlatım tarzı ile belirli olduğu bildirilmiştir (69–71).

Aleksitimik kişilerin; içsel uyarımları duyumsama ve bunların hangi duygulara karşılık geldiğini anlamada ve bunların üzerine konuşmada sıkıntı yaşadıkları, zihinsel yaşantıların boşluklar ve tutarsızlıklar sergilediği, görünüşte çevreye uyum içinde yaşadıkları ancak aslında kendi ruhsal gerçekleriyle pek az ilişkide oldukları, kendi duygularının ötesinde başkalarının duygularını anlama ve bununla ilişki kurma kapasitelerinde de kısıtlılık olduğu bunun da kişiler arası ilişkilerde önemli sorunlara yol açtığı belirtilmiştir (72–74).

**Nörofizyolojik bakış:** Aleksitiminin beyin yarım küreleri arasındaki kopukluk sonucu ortaya çıkan bir durum olduğu, limbik sistemden neokortekse gitmek için harekete geçen duygusal uyarıların bloke edilmesi sonucu bilinçli duygusal yaşantılara dönüşemediği bildirilmiştir (75,76).

**Psikanalitik bakış:** Psikanalitik yaklaşım özünde acı verici algı ve duyguların yadsınmasının ve sözel olarak ifade edilmesinin nedenini sağlıklı ego savunma mekanizmalarına veya duygusal travmalara bağlamaktadır. Literatür incelendiğinde bu açıklamanın aleksitimi için de geçerli olabileceği ancak araştırmalarla yeteri kadar desteklenemediği görülmüştür (77,78)

**Bilişsel bakış:** Beck, bireydeki psikolojik sorunların altında; dış ve iç dünyadan gelen uyarıların, işlevsel olmayan bozulmuş bir bilişsel süreç nedeniyle çarpık bir şekilde algılanması ve gerçeğe uygun olmayan şekilde yorumlanmasının yattığını ileri sürmüştür. Bilişsel yaklaşımda aleksitimi de bu genel kurala uygun olarak açıklanmakta ve işlevsel süreçler ile bağlantılandırılmaktadır (65,79).

**Sosyokültürel bakış:** Aleksitimi 18 farklı etnik ve ırksal grubun çalışmalarında tanımlanmıştır. Ancak bu kavram ilk olarak duyguları sözel bir biçimde ifade etmenin olgunluk belirtisi olarak kabul edildiği batı toplumlarında ortaya çıkmıştır (66,80). Aleksitiminin sadece psikolojik bir fenomen olmayıp sosyal olarak da belirlenen bir kavram olduğu, bireylerdeki aleksitimik özelliklerin ortaya çıkmasının içinde yaşadıkları sosyokültürel ortamdaki öğrenmelerin sonucu olduğu bildirilmiştir (81).

### **2.2.3. Aleksitimi ve Komorbid Bozukluklar**

Yapılan araştırmalar; aleksitimik özelliklerin yalnızca psikosomatik hastalarda değil, farklı oranlarda diğer tıbbi ve psikiyatri popülasyonlarda ve genel popülasyonda da görüldüğünü belirtmiştir (82,83). Güncel çalışmalarda aleksitiminin disosiasyon (82), alkol bağımlılığı (80,83–85), patolojik kumar oynama (86), madde bağımlılığı (87), depresyon (88–90), psikojenik ağrı (91), kaygı bozukluğu (92,93), panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk (94), travma sonrası stres bozukluğu (95,96), yeme bozuklukları(97–100) ve somatoform bozukluklar (101) ile ilişkili olabileceğini ortaya koymuştur.

Ayrıca erkek cinsiyet, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi ve düşük ekonomik durum ile de ilişkili olabileceği bildirilmiştir (102).

### **2.2.4. Aleksitimi Kavramıyla İlgili Sorgulamalar ve Yeni Açılımlar**

Aleksitimi kavramının, klinik gözlemlerde fark edilen bir örüntüyü tanımlamada oldukça işlevsel bir kavram olabileceği ancak bu tanımın içine nelerin gireceği, doğuştan mı getirildiği yoksa edinildiği mi, kalıcı mı geçici mi olduğu, bozuklukların mı aleksitimiye, aleksitiminin mi bozukluklara neden olduğu, patolojik bir özellik mi yoksa olağan kişilik özelliklerinden biri mi olduğu vb. gibi konularda hala çelişkilerin sürdüğü bildirilmiştir (64).

### **2.2.5. Aleksitimin Ölçümü**

Taylor ve arkadaşları, 26 madde ve 4 boyuttan oluşan, kişinin kendi beyanına dayalı Toronto Aleksitimi Skalası'nı (TAS-26) geliştirmiştir (103). Daha sonra Bagby ve arkadaşları tarafından "hayal kurmada kısıtlılık" boyutu çıkarılmak suretiyle ölçek kısaltılarak, günümüzde sıklıkla kullanılan, 20 madde ve 3 boyuttan oluşan Toronto Aleksitimi Skalası (TAS-20) geliştirilmiştir (104). Bu ölçek; duyguları tanımlamada zorluk (7 madde), duyguları ifade etmede zorluk (5 madde), dışsal odaklı düşünce (8 madde) alt ölçeklerinin bir araya gelmesinden oluşmaktadır (67). TAS-20'nin birçok farklı dil ve popülasyonda güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olduğu birçok kez ortaya konmuştur (105). Ancak katılımcıların kendilerinde yoksun olabilecek bir kapasite üzerine beyanat vermeleri gerektirdiğinden TAS sıklıkla eleştiri de almıştır (106,107).

Aleksitimi kavramının ayırıcı bir nitelik kazanabilmesi için öncelikle kurumsal ve ölçümsel anlamda güvenilirlik ve geçerliğine yönelik soru işaretlerinin ortadan kalkması gerekmektedir. Gelecekte yapılacak olan araştırmalarda aleksitimi ve diğer bozukluklar arasındaki ilişkinin niteliğinin netleştirilmesi klinik anlamda önem taşımaktadır. Klinik anlamda aleksitimi kavramından yararlanabilmek için, kavramsal netliğin sağlanması, kavramın diğer bozukluklarla ilişkisine ve kavramın diğer bozukluklardan ayırımına açıklık getirilmesi gerekmektedir (64).

Biz de literatüre bakıldığında birçok farklı tıbbi ve psikiyatrik durumla ilişkisi üzerine araştırma yapılmış ancak sigara bağımlılığı ile ilişkisi konusunda oldukça kısıtlı sayıda çalışma bulunan aleksitimi kavramına çalışmamızda yer verip, sigara kullanım düzeyi ve aleksitimi ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.



### **3. GEREÇ VE YÖNTEMLER**

#### **3.1.Araştırmanın Yeri**

Bu tez çalışması Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından gerçekleştirilmiştir. Etik kurul onayı Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Etik kurul onay numarası KÜ GOKAEK 2018/119 şeklindedir. Çalışma için gerekli izinler Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından alınmıştır.

#### **3.2.Örneklemin Seçimi**

Çalışmamız kesitsel tipte bir çalışma olup evrenimiz Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenim görmekte olan 1, 2, 3, 4, 5 ve 6. Sınıflarda çalışmaya katılmaya gönüllü öğrencilerden oluşmaktadır. 1300 öğrenciye ulaşılması hedeflenmiş olup 1121 öğrenciye ulaşılmıştır.

#### **3.3.Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması**

Çalışma 1, 2 ve 3. sınıflar için eğitim laboratuvarlarında, 4 ve 5. sınıflar için eğitim dersliklerinde, 6. sınıflar için eğitim rotasyonlarında ziyaret edilerek yapılmıştır. Veriler anket yoluyla elde edilmiştir. Anketimiz üç kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda öğrencilerin sosyodemografik özellikleri sorgulanmıştır. İkinci kısımda bağımlılık yapıcı madde kullanımları, sigara kullanım durumları ve özellikleri ile sigara bağımlılık düzeylerini sorgulayan 6 soruluk Fagerström Nikotin Bağımlılık Testini içeren sorular sorulmuş ve üçüncü kısımda öğrencilerin aleksitimi ile ilgili özelliklerini sorgulayan 20 sorudan oluşan Toronto Aleksitimi Ölçeği uygulanmıştır.

#### **3.4.Verilerin İstatistiksel Analizi**

Çalışmanın istatistiksel analizleri R 3.2.1. paket programında yapılmıştır. Çalışmadaki nitel değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde ile; nicel değişkenlere ait ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerleriyle verilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin 3 ve daha fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi, 2 bağımsız grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Nitel değişkenlerin bağımsız grup karşılaştırmalarında Pearson ki-kare ve Fisher Freeman Halton ki-kare testleri kullanılmıştır. Çalışmadaki tüm istatistiksel analizlerde p değeri 0,05'in altındaki sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan toplam 1121 üniversite öğrencisi dahil edilmiştir. Öğrencilerin %52,5'i kadın, %47,5'i erkek olup, yaş ortalamaları  $21,5 \pm 2,12$  (min:17-maks:28) yıl olarak saptanmıştır. Öğrencilerin öğrenim görmekte olduğu dönemler; %21,3'ü 1. sınıf, %26,7'si 2. sınıf, %17'si 3. sınıf, %5,5'i 4. sınıf, %15,2'si 5. sınıf, %14,3'ü ise 6. sınıf şeklinde dağılmıştır.

Öğrencilerin annelerinin yaş ortalaması  $47,9 \pm 5,51$  yıl olmakla birlikte, annelerin eğitim durumları; %5,6 okuryazar değil ve %5,1 okuryazar iken %26,9'u ilkökul, %12,8'i ortaokul, %22,2'si lise ve %27,3'ü üniversite mezunu şeklinde dağılmıştır. Annelerin meslekleri; %71,2 ev hanımı, %13,3 memur, %6,1 sağlık çalışanı, %4,7 serbest meslek, %3,2 emekli ve %1,5 mühendis olarak dağılım göstermiştir.

Öğrencilerin babalarının yaş ortalaması  $52,2 \pm 5,76$  yıl olmakla birlikte, babaların eğitim durumları; %0,6 okur yazar değil ve %2,4 okur yazar iken %16'sı ilkökul, %12,5'i ortaokul, %19,9'u lise ve %48,5'i üniversite mezunu şeklinde dağılmıştır. Babaların meslekleri; %36,7 serbest meslek, %28,6 memur, %20,6 emekli, %6,5 mühendis, %3,1 sağlık çalışanı, %2,7 çiftçi ve %1,8 asker olarak dağılım göstermiştir.

Öğrencilerin mezun oldukları lise türlerinin dağılımı %49,1 Anadolu Lisesi, %39,0 Fen Lisesi, %5,5 Özel Türk Lisesi, %1,6 Özel Yabancı Lise, %1,5 Düz Lise, %0,4 İmam-Hatip Lisesi, %0,3 Meslek Lisesi, %0,2 Süper Lise ve %2,4 diğer liseler şeklinde bulunmuştur.

Öğrencilerin geçtiğimiz dönem not ortalamaları; %36,4'ü CC (65-74 puan), %20'si CB (75-79 puan), %18,5'i BB (80-84 puan), %9,9'u BA (85-89 puan), %5,7'si FF (0-64 puan) ve %3,7'si AA (90-100 puan) şeklinde dağılım göstermiştir.

Öğrencilerin kaldıkları yer dağılımları; %16,9'u ailesiyle birlikte, %41,1'i yurttan, %0,6'sı akraba yanında, %24,3'ü evde arkadaşlarıyla, %16,6'sı evde yalnız yaşama şeklinde saptanmıştır.

Öğrencilerin aylık gelir durumları; %49'u 500-1000 TL, %29,9'u 1000-1500 TL, %11,6'sı 2000 TL ve üzeri iken %9,6'sı 1500-2000 TL olarak dağılım göstermiştir.

Öğrencilerin aile yapıları incelendiğinde %87,1'i çekirdek aile, %10,6'sı geniş aile, %2,1'i parçalanmış aile şeklinde bulunmuştur.

Öğrencilerin spor yapma durumlarına baktığımızda; %29,2'si haftada 1-2 saat, %23,5'i ayda 1-2 saat, %16,5'i haftada en az 3 gün ve %2,6'sı her gün düzenli spor yapma şeklinde dağılım gösterirken, %28,2'si hiç spor yapmadığını belirtmiştir.

**Tablo-6: Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri-1.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	589	52,5
	Erkek	532	47,5
<b>Sınıf</b>	Dönem-1	239	21,3
	Dönem-2	299	26,7
	Dönem-3	191	17,0
	Dönem-4	62	5,5
	Dönem-5	170	15,2
	Dönem-6	160	14,3
<b>Vücut kitle indeksi (VKİ)</b>	Düşük kilolu	84	8,2
	Normal kilolu	718	70,0
	Fazla kilolu	194	18,9
	Obez	29	2,8
<b>Anne eğitim düzeyi</b>	Okur yazar değil	60	5,6
	Okur yazar	55	5,1
	İlkokul	288	26,9
	Ortaokul	137	12,8
	Lise	237	22,2
	Üniversite	292	27,3
<b>Annenin mesleği</b>	Ev hanımı	765	71,2
	Memur	143	13,3
	Sağlık çalışanı	66	6,1
	Serbest meslek	51	4,7

	Emekli	34	3,2
	Mühendis	16	1,5
<b>Baba eğitim düzeyi</b>	Okur yazar değil	7	0,6
	Okur yazar	26	2,4
	İlkokul	172	16,0
	Ortaokul	135	12,5
	Lise	215	19,9
	Üniversite	523	48,5
<b>Babanın mesleği</b>	Serbest meslek	391	36,7
	Memur	304	28,6
	Emekli	219	20,6
	Mühendis	69	6,5
	Sağlık çalışanı	33	3,1
	Çiftçi	29	2,7
	Asker	19	1,8

**Tablo-7: Öğrencilerin ve ebeveynlerinin yaş özellikleri.**

	n	Ortalama ± Std. Sapma	Medyan	Min – Maks
<b>Yaş</b>	1115	21,5 ± 2,12	21,0	17 – 28
<b>Anne yaş</b>	1094	47,9 ± 5,51	47,0	35 – 67
<b>Baba yaş</b>	1072	52,2 ± 5,76	52,0	35 – 86

**Tablo-8: Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri-2.**

	n	%	
<b>Not ortalaması</b>	AA (90-100)	41	3,7
	BA (85-89)	93	9,9
	BB (80-84)	174	18,5
	CB (75-79)	188	20,0
	CC (65-74)	343	36,4

	FF (0-64)	54	5,7
	Bilmiyorum	49	5,2
<b>Mezun olunan lise</b>			
	Anadolu Lisesi	548	49,1
	Fen Lisesi	436	39,0
	Özel Türk Lisesi	61	5,5
	Özel Yabancı Lise	18	1,6
	Düz Lise	17	1,5
	İmam Hatip Lisesi	5	0,4
	Meslek Lisesi	3	0,3
	Süper Lise	2	0,2
	Diğer	27	2,4
<b>Kaldığı yer özelliği</b>			
	Ailesiyle	190	16,9
	Yurtta	461	41,1
	Akraba yanında	7	0,6
	Evde arkadaşlarla	272	24,3
	Evde yalnız	186	16,6
	Diğer	5	0,4
<b>Aylık geliri</b>			
	500-1000 TL	546	49,0
	1001-1500 TL	333	29,9
	1501-2000 TL	107	9,6
	2001 TL ve üzeri	129	11,6
<b>Aile yapısı</b>			
	Çekirdek aile	973	87,1
	Geniş aile	118	10,6
	Parçalanmış aile	24	2,1
	Diğer	2	0,2
	Hiç spor yapmıyorum	315	28,2

<b>Spor yapma durumu</b>	Ayda 1-2 saat	263	23,5
	Haftada 1-2 saat	326	29,2
	Haftada en az 3 gün	185	16,5
	Her gün düzenli spor	29	2,6

#### 4.2. Bağımlılık Yapıcı Madde Deneyim Özellikleri

Araştırmaya dahil edilen tıp fakültesi öğrencilerinin bağımlılık yapıcı bazı maddeler hakkında deneyimleri tablo-9'da verilmiştir.

Öğrencilerin bağımlılık yapıcı madde deneyimlerine baktığımızda; daha önce deneyimlenmiş maddelerin sıklık sıralamasının başında %45 ile sigara gelmekte ve onu %41,5 alkol, %10,3 esrar, %2,6 sakinleştirici haplar, %2,2 uyuşturucu haplar, %1,6 ekstazy ve %1,4 ile uçucu maddenin takip ettiği görülmüştür. Bağımlılık yapıcı madde kullanımı bakımından en erken deneyim yaşı 13,6±3,78 yıl ortalaması ile uçucu madde olurken sırasıyla 16,7±2,84 yıl ile alkol, 16,7±3,18 yıl ile sigara, 19,6±2,40 yıl ile esrarı 19,9±4,05 yıl ortalaması ile bonzai/jamaika takip etmiştir.

**Tablo-9: Bağımlılık yapıcı bazı madde deneyimleri.**

	<b>Bu maddeyi hiç tanımiyorum</b>	<b>Hiç kullanmadım</b>	<b>Daha önce kullandım</b>	<b>Ortalama kullanım yaşı</b>
<b>Esrar</b>	163 (%14,7)	835 (%75,0)	114 (%10,3)	19,6 ± 2,40
<b>Uçucu madde</b>	151 (%13,6)	944 (%85,0)	15 (%1,4)	13,6 ± 3,78
<b>Parovit</b>	687 (%61,9)	419 (%37,8)	3 (%0,3)	-
<b>Eroin</b>	159 (%14,3)	946 (%85,2)	5 (%0,5)	-
<b>LSD</b>	436 (%39,3)	667 (%60,1)	7 (%0,6)	21,5 ± 3,32
<b>Ekstazy</b>	331 (%29,8)	762 (%68,6)	18 (%1,6)	20,4 ± 2,19
<b>Kokain</b>	210 (%18,9)	890 (%80,2)	10 (%0,9)	22,5 ± 2,65
<b>Kodeinli haplar</b>	383 (%34,5)	715 (%64,1)	15 (%1,4)	21,4 ± 3,25
<b>Sakinleştirici</b>	208 (%18,7)	873 (%78,6)	29 (%2,6)	20,3 ± 2,40
<b>Uyuşturucu hap</b>	172 (%15,5)	915 (%82,4)	24 (%2,2)	20,7 ± 2,16
<b>Doping haplar</b>	153 (%13,8)	954 (%85,9)	4 (%0,4)	21,0 ± 4,24
<b>Bonzai/Jamaika</b>	172 (%15,3)	927 (%82,7)	12 (%1,1)	19,9 ± 4,05
<b>Alkol</b>	43 (%3,9)	608 (%54,6)	462 (%41,5)	16,7 ± 2,84
<b>Sigara</b>	27 (%2,4)	585 (%52,6)	501 (%45,0)	16,7 ± 3,18

### 4.3. Sigara İçme Durumları ve Özellikleri

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin %73,7'si sigara içmediğini, %21,1'i sigara içtiğini ve %5,2'si daha önce içtiğini ve bırakmış olduğunu belirtmiştir. Sigara içen öğrencilerin ortalama sigara kullanım süresi  $4,2 \pm 2,89$  (min:1-maks:19) yıl bulunmuştur. Araştırmaya katılan öğrencilerin ortalama sigara içmeyi deneme yaşı  $16,7 \pm 3,10$  (min:7-maks:24) yıl iken sigara içen öğrencilerin sigarayı sürekli içmeye başladığı ortalama yaş  $18,6 \pm 2,20$  (min:11-maks:24) yıl olarak tespit edilmiştir.

**Tablo-10: Sigara kullanım durumları ve deneyimleri.**

		n	%
<b>Sigara içme durumu</b>	Hayır	825	73,7
	Evet	237	21,1
	Biraktım	58	5,2
<b>Özellikler</b>			
	<b>Ortalama <math>\pm</math> Std. Sapma</b>	<b>Medyan</b>	<b>Min – Maks</b>
<b>Sigara içme süresi</b>	$4,2 \pm 2,89$	4,0	1 – 19
<b>Sigara deneme yaşı</b>	$16,7 \pm 3,10$	17,0	7 – 24
<b>Sürekli içilen yaş</b>	$18,6 \pm 2,20$	19,0	11 – 24

Sigara içmeyen öğrencilerin, sigara içmemeyi sürdürme nedenleri sorgulandığında %91,3'ü sağlığını korumasını, %87,9'u içenlerin üzerine kötü koku sinmesini, %63,7'si ailesinin sigaraya karşı tepkisini, %62,6'sı içiciliğin masraflı bir alışkanlık olmasını, %59,8'i çevreye olumlu örnek olma isteklerini, %55,3'ü para tasarrufunu ve %21,7'si ise arkadaşlarının sigaraya karşı tepkisini gerekçe olarak belirtmiştir.

**Tablo-11: Sigara içmeme nedenleri.**

	n	%
<b>Kötü koku sinmesi</b>	757	87,9
<b>Masraflı bir alışkanlık</b>	535	62,6
<b>Aile tepkisi</b>	544	63,7
<b>Arkadaş tepkisi</b>	185	21,7
<b>Sağlığını korumak için</b>	780	91,3
<b>Olumlu örnek olma isteği</b>	511	59,8
<b>Para tasarrufu</b>	472	55,3

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerden sigara içenlere uygulanan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) sonuçları tablo-12’de sunulmuştur.

Tıp fakültesi öğrencilerinden sigara içenlerin %99,2’si günde 10 adet ve daha az sayıda sigara içerken %0,8’i günde 11-20 adet sigara içtiğini belirtmiştir.

Sigara içen öğrencilerin %16,8’i ilk sigarasını sabah kalktıktan sonra ilk 5 dakikada içerken %26,9’u 6-30 dakika, %16,4’ü 31-60 dakika içinde, %39,9’u ise 1 saatten sonra içtiğini ifade etmiştir.

Sigara içen öğrencilerin %62,6’sı günün büyük bir bölümünü yatakta geçirmesine yol açan bir hastalığı olsa da sigara içeceğini ifade ederken, %37,8’i yasak olan yerlerde sigara içmeden durmakta zorlandığını, %24,8’i günün ilk saatlerinde daha sonraki saatlere göre daha sık sigara içtiğini ve %29’u en fazla vazgeçemediği sigaranın günün ilk sigarası olduğunu belirtmiştir.

Öğrencilere uygulanan FNBT skorlarının ortalaması  $2,5 \pm 2,17$  (min:0-maks:8) olup, %52,1’i çok düşük düzeyde, %27,3’ü düşük düzeyde, %9,7’si orta düzeyde, %10,5’i yüksek düzeyde ve %0,4’ü ise çok yüksek düzeyde bağımlı şekilde dağılım göstermiştir (Tablo-13).

**Tablo-12: FNBT sonuçları-1.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sigara içme miktarı</b>	10 ve daha az	236	99,2
	11-20	2	0,8
	21-30	0	0
	31 ve üzeri	0	0
<b>İlk sigaranın sabah kalktıktan ne kadar süre sonra içildiği</b>			
<b>İlk sigaranın sabah kalktıktan ne kadar süre sonra içildiği</b>	İlk 5 dk. içinde	40	16,8
	6-30 dk.	64	26,9
	31-60 dk.	39	16,4
	1 saatten sonra	95	39,9
<b>Yatakta geçirmesine sebep olacak kadar hasta olsa da sigara içme durumu</b>			
<b>Yatakta geçirmesine sebep olacak kadar hasta olsa da sigara içme durumu</b>	İçer	149	62,6
	içmez	89	37,4



<b>Yasak olan yerlerde sigara içmeden durmakta zorlanma durumu</b>	Zorlanıyor	90	37,8
	Zorlanmıyor	148	62,2
<b>Günün ilk saatlerinde diğer saatlere göre daha sık sigara içme durumu</b>			
<b>Günün ilk saatlerinde diğer saatlere göre daha sık sigara içme durumu</b>	Evet	59	24,8
	Hayır	179	75,2
<b>En fazla vazgeçilmekte zorlanan sigara hangisi</b>			
<b>En fazla vazgeçilmekte zorlanan sigara hangisi</b>	Sabah ilk sigara	69	29,0
	Diğerleri	169	71,0

**Tablo-13: FNBT sonuçları-2.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sigara bağımlılık durumu</b>	Çok düşük bağımlı	124	52,1
	Düşük bağımlı	65	27,3
	Orta bağımlı	23	9,7
	Yüksek bağımlı	25	10,5
	Çok yüksek bağımlı	1	0,4
<b>Ortalama ± Std. Sapma</b>			
<b>FNBT</b>		2,5 ± 2,17	2,0
		<b>Medyan</b>	<b>Min – Maks</b>
			0 – 8

Araştırmaya dahil edilen ve sigara içen tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içmeyi sürdürme nedenleri sorgulandığında; %83,5'i içmekten zevk aldığını, %76,4'ü stresini azalttığını, %71,3'ü kendisi için alışkanlık/bağımlılık olduğunu, %70,6'sı okul/ders stresini azalttığını, %54'ü düşünmesine ve konsantrasyonuna yardımcı olduğunu, %49,8'i arkadaş grubuyla etkileşimini artırdığını, %25,8'i yalnızlıktan dolayı sürdürdüğünü belirtirken %12,7'si ise kilo alma endişesini gerekçe olarak belirtmişlerdir (Tablo-14).

**Tablo-14: Sigara içmeyi sürdürme nedenleri.**

	n	%
Alışkanlık/bağımlılık	169	71,3
Stres azaltıyor	181	76,4
Arkadaş grubu/etkileşimini artırıyor	118	49,8
Okul/ders stresini azaltıyor	166	70,6
Düşünme/konsantre olmama yardımcı	128	54,0
Zevk alıyorum	198	83,5
Kilo alma endişesi	30	12,7
Yalnızlıktan dolayı	61	25,8

Sigara içen tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içerken çay/kahve/enerji içeceği vb. ürün tüketim durumları incelendiğinde %12,7'si nadiren kullandığını, %28,7'si bazen kullandığını, %54,9'u sıklıkla tükettiğini ifade ederken %3,8'i ise sigara içerken bu ürünlerden hiç tüketmediğini belirtmiştir (Tablo-15).

**Tablo-15: Sigara içerken çay/kahve/enerji içeceği vb. ürün tüketimi.**

		n	%
<b>Sigara ile çay/kahve/enerji içeceği vb. ürün tüketimi</b>	Hayır kullanmam	9	3,8
	Evet, nadiren	30	12,7
	Evet, bazen	68	28,7
	Evet, sıklıkla	130	54,9

Sigara içen tıp fakültesi öğrencilerinin sigarayı bırakma deneyimleriyle ilgili özellikleri tablo-16'da sunulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen tıp fakültesi öğrencilerinden sigara içenlerin %55,3'ü sigarayı bırakmayı denediğini ifade etmiştir. Sigarayı bırakmayı denediğini belirten 125 tıp fakültesi öğrencisinin 119'u (%95) en az bir kez kendi kendine sigarayı bırakmayı denemiştir. Kendi kendine bırakmayı deneyenlerden 12 kişi (%10) diğer bırakma yöntemlerini en az bir kez denemiş olup; 1 kişi danışmanlık ve NYKT, 1 kişi yalnız NYKT ve 1 kişi de yalnız ilaç tedavisi ile bırakmayı denediklerini ifade etmiştir. Sigarayı kendi kendine bırakmayı deneyen öğrencilerin sigarasız geçirdikleri ortalama gün sayısı  $99,2 \pm 174,7$  (min:1-maks:1275) iken NYKT ile sigarasız geçirilen ortalama gün sayısı

51,0±67,7 (min:3-maks:90), danışmanlık olarak sigarasız geçirilen ortalama gün sayısı 38,6±46,9 (min:3-maks:90) ve ilaç tedavisi ile sigarasız geçirilen ortalama gün sayısı 25,5±21,5 (min:7-maks:60) olarak tespit edilmiştir.

Sigara içen öğrencilerin %4,3'ü sigarayı bırakmayı hiç istemediğini, %12,6'sı istemediğini, %25,1'i bırakmayı istediğini, %10,8'i ise çok istediğini ifade ederken %47,2'si ise olabilir cevabını vermiştir (Tablo-16).

Sigara içen tıp fakültesi öğrencilerinin sigarayı bırakma inanışları sorgulandığında %3'ü sigarayı kesinlikle bırakamayacağını, %7,7'si bırakamayacağını, %34,5'i bırakabileceğini, %20,9'u kesinlikle bırakabileceğini belirtirken %34,5'i bu konuda kararsız olduğunu ifade etmiştir (Tablo-16).

**Tablo-16: Sigara içen öğrencilerin sigarayı bırakma deneyimleri ve inançları.**

		n	%
<b>Bırakmayı deneme durumu</b>	Hayır	105	44,7
	Evet	130	55,3
<b>Sigara bırakma isteği</b>	Hiç istemiyorum	10	4,3
	İstemiyorum	29	12,6
	Olabilir	109	47,2
	İstiyorum	58	25,1
	Çok istiyorum	25	10,8
<b>İstemesi halinde sigarayı bırakabilme inancı</b>	Kesinlikle bırakamam	7	3,0
	Bırakamam	18	7,7
	Bilmiyorum	81	34,5
	Bırakabilirim	80	34,0
	Kesinlikle bırakabilirim	49	20,9

Tıp fakültesi öğrencilerinin ailesinde ve yaşadıkları ortamda sigara içen birey varlığı ve sigara dumanına maruz kalma durumları tablo-17 ve tablo-18'de sunulmuştur.

Öğrencilerin ailelerinde sigara içme durumları incelendiğinde %28,5'inin babaları, %14,5'inin anneleri, %17,5'inin abla/ağabeyleri, %6,9'unun kardeşleri sigara içmekteyken %72,2'sinin ise diğer aile fertleri şeklinde dağılım göstermiştir.

**Tablo-17: Aile bireylerinde sigara içme durumları.**

Aile bireylerinde sigara içme durumu		n	%
Baba	İçmiyor	481	43,2
	Halen içmekte	318	28,5
	İçip bırakmış	315	28,3
Anne	İçmiyor	846	75,9
	Halen içmekte	161	14,5
	İçip bırakmış	107	9,6
Abla/Ağabey	İçmiyor	891	80,0
	Halen içmekte	195	17,5
	İçip bırakmış	28	2,5
Kardeş	İçmiyor	1023	91,8
	Halen içmekte	77	6,9
	İçip bırakmış	14	1,3
Diğer kişiler	İçmiyor	0	0
	Halen içmekte	39	72,2
	İçip bırakmış	15	27,8

Öğrencilerinin %46,3'ü yaşadıkları ortamda sigara içen biri/birileri olduğunu belirtmiştir (Tablo-18).

Öğrencilerin sigara dumanına maruz kalma durumları sorgulandığında %21,9'u çok nadir, %41,6'sı bazen, %25,3'ü sıklıkla ve %8,5'i her zaman maruz kaldıklarını belirtirken, %2,7'si ise hiç maruz kalmadığını ifade etmiştir (Tablo-18).

**Tablo-18: Yaşadıkları ortamda sigara içme ve sigara dumanına maruz kalma durumları.**

		n	%
Yaşadığı ortamda sigara içilme durumu	İçilmiyor	592	53,7
	İçiliyor	510	46,3

<b>Sigara dumanına maruz kalma durumu</b>	Hiç kalmıyorum	30	2,7
	Çok nadir kalıyorum	243	21,9
	Bazen kalıyorum	461	41,6
	Sıklıkla kalıyorum	281	25,3
	Her zaman kalıyorum	94	8,5

Tıp fakültesi öğrencilerinin aldıkları tıp eğitimin sigara bırakma danışmanlığına hazırlayıp hazırlamadığı sorgulandığında öğrencilerin %15,1'i aldıkları tıp eğitiminin sigara bırakma danışmanlığı için çok yetersiz kaldığını, %33,6'sı yetersiz kaldığını, %24,8'i yeterli olduğunu ve %1,9'u çok yeterli olduğunu ifade ederken %24,6'sı ise kararsız olduğunu belirtmiştir (Tablo-19).

**Tablo-19: Tıp eğitimlerinin sigara bırakma danışmanlığına hazırlaması.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tıp eğitiminin sigara bırakma danışmanlığı açısından görüşü</b>	Çok yetersiz	167	15,1
	Yetersiz	370	33,6
	Fikrim yok	272	24,6
	Yeterli	274	24,8
	Çok yeterli	21	1,9

#### 4.4. Aleksitimi Ölçüm Sonuçları

Öğrencilerin TAS-20 skorlarının ortalaması  $55,4 \pm 8,82$  (min:20-maks:100) bulunmuştur. Sonuçlara göre öğrencilerin %31,3'ünde aleksitimi olmadığı, %43,3'ünde muhtemel aleksitimi olduğu görülürken %25,4'ünde ise aleksitimi olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo-20: TAS-20 sonuçları.**

<b>TAS-20</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Aleksitimi</b>	Yok	346	31,3
	Muhtemel	479	43,3
	Var	281	25,4
	<b>Ortalama <math>\pm</math> Std. Sapma</b>	<b>Medyan</b>	<b>Min – Maks</b>
<b>TAS-20</b>	$55,4 \pm 8,82$	55	20 – 100

#### 4.5. Sigara İçme Durumlarına Göre Yapılan İncelemeler

Araştırmaya dahil edilen tıp fakültesi öğrencilerinin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre sigara içme durumunun dağılımı tablo-21’de sunulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen üniversite öğrencilerinin cinsiyetleri, annelerinin eğitim durumları ve annelerin meslekleri ile sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Erkek öğrenciler içinde sigara içenlerin oranı (%32,2) kadın öğrenciler içinde sigara içenlerden (%11,2) anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Annelerin eğitim durumları incelendiğinde; annesi okur-yazar olmayan öğrencilerin sigara içen oranı en yüksek olurken, bu oran üniversite mezunu annelerin çocukları için %27,7 olup en az sigara içme oranı lise mezunu annelerin çocuklarında tespit edilmiştir. Annelerin meslek gruplarına bakıldığında emekli ve mühendis annelerin çocuklarında sigara içme oranı yüksek iken, en düşük oran serbest meslek sahibi annelerin çocuklarında bulunmuştur.

Diğer taraftan tıp fakültesi öğrencilerinin öğrenim gördükleri sınıflar, babalarının eğitim durumları ve babalarının mesleklerine göre sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

**Tablo-21: Bazı tanımlayıcı özelliklere göre sigara içme durumları.**

		Sigara içmiyor	Sigara içiyor	p
Cinsiyet	Kadın	523 (%88,8)	66 (%11,2)	<0,001*
	Erkek	360 (%67,8)	171 (%32,2)	
Dönem	Dönem-1	193 (%80,8)	46 (%19,2)	0,141*
	Dönem-2	244 (%81,6)	55 (%18,4)	
	Dönem-3	155 (%81,2)	36 (%18,8)	
	Dönem-4	47 (%75,8)	15 (%24,2)	
	Dönem-5	130 (%76,5)	40 (%23,5)	
	Dönem-6	114 (%71,7)	45 (%21,2)	
Anne öğrenim durumu	Okur yazar değil	42 (%70,0)	18 (%30,0)	0,007*
	Okur yazar	45 (%81,8)	10 (%18,2)	
	İlkokul	232 (%80,6)	56 (%19,4)	
	Ortaokul	106 (%77,9)	30 (%22,1)	

	Lise	201 (%84,8)	36 (%15,2)	
	Üniversite	211 (%72,3)	81 (%27,7)	
<b>Baba öğrenim durumu</b>	Okur yazar değil	6 (%85,7)	1 (%14,3)	0,894*
	Okur yazar	19 (%73,1)	7 (%26,9)	
	İlkokul	138 (%80,2)	34 (%19,8)	
	Ortaokul	107 (%79,3)	28 (%20,7)	
	Lise	171 (%79,5)	44 (%20,5)	
	Üniversite	403 (%77,2)	119 (%22,8)	
<b>Annenin mesleği</b>	Emekli	40 (%67,6)	11 (%32,4)	0,001*
	Ev hanımı	23 (%79,7)	155 (%20,3)	
	Memur	609 (%74,1)	37 (%25,9)	
	Mühendis	106 (%68,7)	5 (%31,3)	
	Sağlık çalışanı	11 (%75,8)	16 (%24,2)	
	Serbest meslek	50 (%86,3)	7 (%13,7)	
<b>Babanın mesleği</b>	Asker	21 (%72,4)	8 (%27,6)	0,105*
	Çiftçi	17 (%89,5)	2 (%10,5)	
	Emekli	171 (%78,1)	48 (%21,9)	
	Memur	223 (%73,4)	81 (%26,6)	
	Mühendis	56 (%82,4)	12 (%17,6)	
	Sağlık çalışanı	25 (%75,8)	8 (%24,2)	
	Serbest meslek	321 (%82,1)	70 (%17,9)	

\*Pearson ki-kare testi

Öğrencilerin annelerinin yaşlarına göre sigara içme durumları incelendiğinde anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0,001$ ). Sigara içenlerin annelerinin yaşları ortalaması  $49,1 \pm 5,7$  (min:36-maks:67) yıl, sigara içmeyenlerin annelerinin yaşları ortalaması  $47,6 \pm 5,4$  (min:36-maks:67) yıl olup; sigara içen öğrencilerin annelerinin yaşları ortalaması daha büyük tespit edilmiştir.

Öğrencilerin babalarının yaşlarına göre sigara içme durumları incelendiğinde de anlamlı fark saptanmıştır ( $p = 0,003$ ). Sigara içenlerin babalarının yaşları ortalaması  $53,1 \pm 6,0$

(min:35-maks:71) yıl, sigara içmeyenlerin annelerinin yaşları ortalaması 51,9±5,7 (min:40-maks:86) yıl olup; sigara içen öğrencilerin babalarının yaşları ortalaması daha büyük tespit edilmiştir.

Tıp fakültesi öğrencilerinin ailesinde ve yaşadıkları ortamda sigara içme durumlarına göre sigara içme dağılımları tablo-22’de sunulmuştur.

**Tablo-22: Ailesinde ve yaşadıkları ortamda sigara içen birey varlığı durumuna göre sigara içme durumları.**

		<b>Sigara içmiyor</b>	<b>Sigara içiyor</b>	<b>p</b>
<b>Baba sigara içme durumu</b>	İçmiyor	399 (%83,1)	81 (%16,9)	<b>0,007*</b>
	Halen içmekte	235 (%73,9)	83 (%26,1)	
	İçip bırakmış	247 (%78,4)	68 (%21,6)	
<b>Anne sigara içme durumu</b>	İçmiyor	694 (%82,1)	151 (%17,9)	<b>&lt;0,001*</b>
	Halen içmekte	106 (%65,8)	55 (%34,2)	
	İçip bırakmış	81 (%75,7)	26 (%24,3)	
<b>Abla/Ağabey sigara içme durumu</b>	İçmiyor	722 (%81,1)	168 (%18,9)	<b>0,002*</b>
	Halen içmekte	136 (%69,7)	59 (%30,3)	
	İçip bırakmış	23 (%82,1)	5 (%17,9)	
<b>Kardeş sigara içme durumu</b>	İçmiyor	814 (%79,6)	208 (%20,4)	0,390*
	Halen içmekte	57 (%74,0)	20 (%26,0)	
	İçip bırakmış	10 (%71,4)	4 (%28,6)	
<b>Ailede sigara içen diğer bireyler</b>	İçmiyor	-	-	<b>0,006*</b>
	Halen içmekte	25 (%64,1)	14 (%35,9)	
	İçip bırakmış	15 (%100)	0 (%0)	
<b>Yaşadığı ortamdaki bireyler</b>	Hayır	514 (%87,0)	77 (%13,0)	<b>&lt;0,001*</b>
	Evet	355 (%69,6)	155 (%30,4)	

\*Pearson ki-kare testi



Sigara içen ve içmeyen öğrenciler ile babanın, annenin, abla/ağabeyin ve ailede kardeş hariç diğer bireylerin sigara içme durumu arasında ve yaşadıkları ortamda sigara içen birey varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Öğrencilerden babası sigara içenlerle, içmeyenler arasında sigara kullanım durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,007$ ). Bakıldığında, babası halen içmekte olanlarda sigara içme oranı en yüksek iken (%26,1), babası sigara içmeyenlerde en düşük çıkmıştır (%16,9).

Annesi sigara içenlerle içmeyenler arasında sigara kullanım durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş olup ( $p<0,001$ ), annesi halen sigara içmekte olanlarda sigara içme oranı en yüksek iken (%34,2), annesi sigara içmeyenlerde en düşük oran çıkmıştır (%17,9).

Abla veya ağabeyi sigara içenlerle içmeyenler arasında sigara kullanım durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,002$ ). Bakıldığında, ablası veya ağabeyi halen sigara içmekte olanlarda sigara içme oranı en yüksek iken (%30,3), içmeyenlerde en düşük çıkmıştır (%18,9).

Kardeşi sigara içenlerle içmeyenler arasında sigara kullanım durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. ( $p=0,390$ ).

Ailesinin diğer üyelerinde sigara içenlerle içmeyenler arasında sigara alışkanlığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,006$ ). İncelendiğinde, ailesindeki diğer üyelerinde halen sigara içmekte olanlar %35,9 iken sigara içip bırakanlarda bu oran %0 şeklinde dağılım göstermiştir.

Yaşadıkları ortamlarda sigara içen kişilerle içilmeyen kişiler arasında sigara alışkanlığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Sigara içilen ortamlarda bulunanlarda sigara içme oranı %30,4 iken, içilen ortamlarda bulunmayanlarda bu oran %13 olarak tespit edilmiştir.

**Tablo-23: Sigara içme durumlarına göre VKİ değerleri.**

	n	Vücut kitle indeksi			p
		Ortalama $\pm$ Std. Sapma	Medyan	Min – Maks	
<b>Sigara içmiyor</b>	818	22,29 $\pm$ 3,17	22,04	13,43 – 38,10	<b>&lt;0,001</b>
<b>Sigara içiyor</b>	219	23,68 $\pm$ 3,63	23,50	16,46 – 37,01	

#Mann Whitney U testi

Tıp fakültesi öğrencilerinde sigara içenlerle içmeyenler arasında vücut kitle indeksi (VKİ) bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ( $p<0,001$ ), sigara içenlerin VKİ değerleri içmeyenlerden daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo-24: Sigara içme durumlarına göre VKİ sınıflandırması karşılaştırması.**

VKİ	Sigara içmiyor	Sigara içiyor	p
Düşük kilolu	71 (%84,5)	13 (%15,5)	<b>&lt;0,001</b>
Normal	586 (%81,6)	132 (%18,4)	
Fazla kilolu	137 (%71,0)	56 (%29,0)	
Obez	15 (%51,7)	14 (%48,3)	

#Pearson ki-kare testi

Tıp fakültesi öğrencilerinde sigara içenlerle içmeyenler arasında VKİ bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Buna göre; obezlerde sigara içme oranı %48,3 iken bu oran düşük kilolularda %15,5 olarak belirlenmiştir.

**Tablo-25: Sigara içme durumlarına göre mezun oldukları lise, aylık gelirleri, kaldıkları yer, spor yapma durumları, not ortalamaları ve aile yapısı özelliklerinin karşılaştırılması.**

		Sigara içme durumu		p
		Hayır	Evet	
<b>Mezun olunan lise türü</b>	Anadolu Lisesi	444 (%81,2)	103 (%18,8)	0,208*
	Fen Lisesi	331 (%75,9)	105 (%24,1)	
	Özel Türk Lisesi	46 (%75,4)	15 (%24,6)	
	Diğer	58 (%80,6)	14 (%19,4)	
<b>Aylık geliri</b>	500-1000 TL	466 (%85,3)	80 (%14,7)	<b>&lt;0,001*</b>
	1001-1500 TL	238 (%71,7)	84 (%28,3)	
	1501-2000 TL	78 (%72,9)	29 (%27,1)	
	2001 TL ve üzeri	96 (%74,4)	33 (%25,6)	
<b>Kaldığı yer özelliği</b>	Ailemle	154 (%81,1)	36 (%18,9)	<b>&lt;0,001*</b>
	Yurttta	397 (%86,1)	64 (%13,9)	

	Evde arkadaşlarla	185 (%68,0)	87 (%32,0)	
	Evde yalnız	136 (%73,5)	49 (%26,5)	
	Diğer	11 (%91,7)	1 (%8,3)	
<b>Spor yapma durumu</b>	Hiç yapmıyorum	249 (%79,0)	66 (%21,0)	0,385*
	Ayda 1-2 saat	212 (%80,9)	50 (%19,1)	
	Haftada 1-2 saat	257 (%78,8)	69 (%21,2)	
	Haftada en az 3 gün	137 (%74,1)	48 (%25,9)	
	Her gün düzenli	25 (%86,2)	4 (%13,8)	
<b>Not ortalaması</b>	AA	34 (%82,9)	7 (%17,1)	0,030*
	BA	83 (%89,2)	10 (%10,8)	
	BB	139 (%80,3)	34 (%19,9)	
	CB	143 (%76,1)	45 (%23,9)	
	CC	258 (%75,2)	85 (%24,8)	
	FF	36 (%66,7)	18 (%33,3)	
	Bilmiyorum	39 (%79,6)	10 (%20,4)	
<b>Aile yapısı</b>	Çekirdek aile	763 (%78,5)	209 (%21,5)	0,515*
	Geniş aile	94 (%79,7)	24 (%20,3)	
	Ebeveynler ayrı	21 (%87,5)	3 (%12,5)	
	Diğer	2 (%100)	0 (%0)	

\*Pearson ki-kare testi

**Tablo-26: Sigara içme durumlarına göre bağımlılık yapıcı bazı madde deneyimleri.**

		Sigara içme durumu		p
		Sigara içmiyor	Sigara içiyor	
Esrar (ot, marijuana)	Bu maddeyi tanımıyorum	137 (%84,0)	26 (%16,0)	<0,001
	Hiç kullanmadım	698 (%83,7)	136 (%16,3)	
	Daha önce kullandım	41 (%36,0)	73 (%64,0)	
Uçucu maddeler (tiner, bali)	Bu maddeyi tanımıyorum	125 (%82,8)	26 (%17,2)	<0,001
	Hiç kullanmadım	745 (%79,0)	195 (%21,0)	
	Daha önce kullandım	5 (%33,3)	10 (%66,7)	
Parovit	Bu maddeyi tanımıyorum	561 (%81,8)	125 (%18,2)	0,005
	Hiç kullanmadım	313 (%74,7)	106 (%25,3)	
	Daha önce kullandım	1 (%33,3)	2 (%66,7)	
Eroin	Bu maddeyi tanımıyorum	134 (%84,3)	25 (%15,7)	0,120
	Hiç kullanmadım	738 (%78,1)	207 (%21,9)	
	Daha önce kullandım	3 (%60,0)	2 (%40,0)	
LSD	Bu maddeyi tanımıyorum	378 (%86,7)	58 (%13,3)	<0,001
	Hiç kullanmadım	496 (%74,5)	170 (%25,5)	
	Daha önce kullandım	1 (%14,3)	6 (%85,7)	
Ekstazy	Bu maddeyi tanımıyorum	294 (%88,8)	37 (%11,2)	<0,001
	Hiç kullanmadım	576 (%75,7)	185 (%24,3)	
	Daha önce kullandım	6 (%33,3)	12 (%66,7)	
Kokain	Bu maddeyi tanımıyorum	179 (%85,2)	31 (%14,8)	<0,001
	Hiç kullanmadım	694 (%78,1)	195 (%21,9)	
	Daha önce kullandım	2 (%20,0)	8 (%80,0)	
Kodeinli hap	Bu maddeyi tanımıyorum	322 (%84,1)	61 (%15,9)	0,003
	Hiç kullanmadım	545 (%76,7)	166 (%23,3)	
	Daha önce kullandım	9 (%60,0)	6 (%40,0)	

<b>Sakinleştirici hap</b>	<b>Bu maddeyi tanımiyorum</b>	167 (%80,7)	40 (%19,3)	<b>&lt;0,001</b>
	<b>Hiç kullanmadım</b>	694 (%79,5)	179 (%20,5)	
	<b>Daha önce kullandım</b>	14 (%48,3)	15 (%51,7)	
<b>Uyarıcı haplar</b>	<b>Bu maddeyi tanımiyorum</b>	142 (%82,6)	30 (%17,4)	<b>&lt;0,001</b>
	<b>Hiç kullanmadım</b>	724 (%79,2)	190 (%20,8)	
	<b>Daha önce kullandım</b>	10 (%41,7)	14 (%58,3)	
<b>Doping hapları</b>	<b>Bu maddeyi tanımiyorum</b>	125 (%81,7)	28 (%18,3)	<b>0,001</b>
	<b>Hiç kullanmadım</b>	751 (%78,8)	202 (%21,2)	
	<b>Daha önce kullandım</b>	0 (%0)	4 (%100)	
<b>Bonzai/Jamaika</b>	<b>Bu maddeyi tanımiyorum</b>	144 (%83,7)	28 (%16,3)	<b>0,001</b>
	<b>Hiç kullanmadım</b>	728 (%78,6)	198 (%21,4)	
	<b>Daha önce kullandım</b>	4 (%33,3)	8 (%66,7)	
<b>Alkol</b>	<b>Bu maddeyi tanımiyorum</b>	36 (%83,7)	7 (%16,3)	<b>&lt;0,001</b>
	<b>Hiç kullanmadım</b>	556 (%91,4)	52 (%8,6)	
	<b>Daha önce kullandım</b>	284 (%61,6)	177 (%38,4)	

**Tablo-27: Sigara içme durumlarına göre bağımlılık yapıcı maddele deneyim yaşlarının karşılaştırılması.**

	Ortanca yaş (Min – Maks)		p
	Sigara içmeyenler	Sigara içenler	
<b>Esrar</b>	20 (13-25)	20 (12-24)	0,496
<b>Uçucu madde</b>	12 (8-13)	15 (10-20)	0,262
<b>Parovit</b>	-	-	-
<b>Eroin</b>	-	-	-
<b>LSD</b>	-	22,5 (17-24)	-
<b>Ekstazy</b>	19 (16-20)	21 (19-24)	<b>0,030</b>
<b>Kokain</b>	-	23 (19-25)	-
<b>Kodeinli hap</b>	21 (14-23)	24 (23-24)	<b>0,036</b>
<b>Sakinleştirici hap</b>	20,5 (16-22)	20 (17-25)	0,682
<b>Uyarıcı haplar</b>	20,5 (20-23)	20,5 (17-24)	0,733
<b>Doping haplar</b>	-	22 (20-24)	-
<b>Bonzai/Jamaika</b>	14 (12-16)	17 (13-25)	0,071
<b>Alkol</b>	22 (20-24)	17 (6-25)	0,476

#Mann Whitney U testi

Sigara içen öğrencilerde, kadınlarla erkekler arasında FNBT skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p < 0,001$ ). Bakıldığında erkeklerin FNBT puanı daha yüksek görünmekte olup bağımlılık düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Tablo-28).

**Tablo-28: Cinsiyet durumlarına göre FNBT skorlarının karşılaştırılması.**

Cinsiyet	n	FNBT			p
		Ortalama $\pm$ Std. Sapma	Medyan	Min – Maks	
<b>Kadın</b>	66	1,71 $\pm$ 2,03	1,0	0 – 8	<b>&lt;0,001</b>
<b>Erkek</b>	172	2,81 $\pm$ 2,14	3,0	0 – 7	

#Mann Whitney U testi

Sigara içen öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflar arasında FNBT skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p = 0,473$ ).

**Tablo-29: Öğrenim gördükleri sınıflara göre FNBT skorlarının karşılaştırılması.**

Sınıfı	n	FNBT			p
		Ortalama ± Std. Sapma	Medyan	Min – Maks	
Dönem-1	46	2,37 ± 1,97	2,0	0 – 6	0,473
Dönem-2	55	2,20 ± 2,13	2,0	0 – 7	
Dönem-3	37	2,27 ± 2,18	2,0	0 – 7	
Dönem-4	15	2,47 ± 2,45	2,0	0 – 7	
Dönem-5	40	2,80 ± 2,37	3,0	0 – 8	
Dönem-6	45	2,96 ± 2,12	3,0	0 – 7	

#Mann Whitney U testi

**Tablo-30: Sigara bağımlılık düzeyleriyle sigara içmeyi sürdürme nedenlerinin karşılaştırılması.**

Sigara içmeyi sürdürme nedeni		Sigara bağımlılık düzeyi					p
		Çok düşük	Düşük	Orta	Yüksek	Çok yüksek	
Alışkanlık/ Bağımlılık	Hayır	59 (%86,8)	7 (%10,3)	0 (%0)	2 (%2,9)	0 (%0)	<0,001
	Evet	64 (%37,9)	58 (%34,3)	23 (%13,6)	23 (%13,6)	1 (%0,6)	
Stres azaltıyor	Hayır	39 (%69,6)	11 (%19,6)	4 (%7,1)	2 (%3,6)	0 (%0)	0,024
	Evet	84 (%46,4)	54 (%29,8)	19 (%10,5)	23 (%12,7)	1 (%0,6)	
Arkadaş etkileşimi artırıyor	Hayır	63 (%52,9)	28 (%23,5)	11 (%9,2)	16 (%13,4)	1 (%0,8)	0,316
	Evet	60 (%50,8)	37 (%31,4)	12 (%10,2)	9 (%7,6)	0 (%0)	
Ders stresini azaltıyor	Hayır	47 (%68,1)	13 (%18,8)	4 (%5,8)	5 (%7,2)	0 (%0)	0,027
	Evet	75 (%45,2)	52 (%31,3)	18 (%10,8)	20 (%12,0)	1 (%0,6)	
Konsantre olmaya yardımcı	Hayır	73 (%67,0)	25 (%22,9)	9 (%8,3)	2 (%1,8)	0 (%0)	<0,001
	Evet	50 (%39,1)	40 (%31,3)	14 (%10,9)	23 (%18,0)	1 (%0,8)	
Zevk alıyor	Hayır	29 (%74,4)	7 (%17,9)	2 (%5,1)	1 (%2,6)	0 (%0)	0,025
	Evet	94 (%47,5)	58 (%29,3)	21 (%10,6)	24 (%12,1)	1 (%0,5)	
Kilo alma endişesi	Hayır	110 (%53,1)	55 (%26,6)	19 (%9,2)	22 (%10,6)	1 (%0,5)	0,572
	Evet	13 (%43,3)	10 (%33,3)	4 (%13,3)	3 (%10,0)	0 (%0)	

Yalnızlıktan dolayı	Hayır	96 (%54,9)	49 (%28,0)	15 (%8,6)	14 (%8,0)	1 (%0,6)	0,250
	Evet	27 (%44,3)	16 (%26,2)	8 (%13,1)	10 (%16,4)	0 (%0)	

\*Fisher Freeman Halton Ki-kare testi

**Tablo-31: Sigarayı bırakma isteği, bırakma inancı durumları, ailelerinde sigara içen birey varlığı, yaşadıkları ortamda sigara içilme durumları, sigara dumanına maruz kalma ve sigara içerken çay/kahve vb. ürün tüketme durumlarına göre sigara bağımlılığı düzeylerinin karşılaştırılması.**

		Sigara bağımlılık düzeyi					p
		Çok düşük	Düşük	Orta	Yüksek	Çok yüksek	
Sigara bırakmayı denediniz mi	Hayır	59 (%56,2)	27 (%25,7)	7 (%6,7)	11 (%10,5)	1 (%1,0)	0,397
	Evet	63 (%48,8)	38 (%29,5)	15 (%11,6)	13 (%10,1)	0 (%0)	
Bırakmak ister misiniz?	Hiç istemiyor	3 (%30,0)	4 (%40,0)	2 (%20,0)	1 (%10,0)	0 (%0)	N/A
	İstemiyor	15 (%51,7)	8 (%27,6)	2 (%6,9)	4 (%13,8)	0 (%0)	
	Olabilir	55 (%50,5)	35 (%32,1)	7 (%6,4)	11 (%10,1)	1 (%0,9)	
	İstiyor	35 (%60,3)	8 (%13,8)	9 (%15,5)	6 (%10,3)	0 (%0)	
	Çok istiyor	13 (%52,0)	9 (%36,0)	1 (%4,0)	2 (%8,0)	0 (%0)	
İsterseniz bırakabilir misiniz?	Kesinlikle bırakamam	1 (%14,3)	3 (%42,9)	0 (%0)	2 (%28,6)	1 (%14,3)	N/A
	Bırakamam	2 (%11,1)	4 (%22,2)	6 (%33,3)	6 (%33,3)	0 (%0)	
	Bilmiyorum	29 (%35,8)	32 (%39,5)	9 (%11,1)	11 (%13,6)	0 (%0)	
	Bırakırım	50 (%62,5)	21 (%26,3)	6 (%7,5)	3 (%3,8)	0 (%0)	
	Kesinlikle bırakırım	40 (%81,6)	5 (%10,2)	2 (%4,1)	2 (%4,1)	0 (%0)	
Baba sigara	İçmiyor	46 (%56,8)	19 (%23,5)	8 (%9,9)	8 (%9,9)	0 (%0)	0,906
	Halen içmekte	41 (%49,4)	24 (%28,9)	8 (%9,6)	9 (%10,8)	1 (%1,2)	
	Bırakmış	35 (%50,7)	21 (%30,4)	6 (%8,7)	7 (%10,1)	0 (%0)	
Anne sigara	İçmiyor	82 (%54,6)	40 (%26,3)	16 (%10,5)	13 (%8,6)	0 (%0)	0,668
	Halen içmekte	25 (%45,5)	17 (%30,9)	4 (%7,3)	8 (%14,5)	1 (%1,8)	
	Bırakmış	14 (%53,8)	7 (%26,9)	2 (%7,7)	3 (%11,5)	0 (%0)	
Abla/Ağabey sigara	İçmiyor	93 (%55,4)	42 (%25,0)	17 (%10,1)	15 (%8,9)	1 (%0,6)	0,482
	Halen içmekte	27 (%45,0)	19 (%31,7)	5 (%8,3)	9 (%15,0)	0 (%0)	
	Bırakmış	2 (%40,0)	3 (%60,0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	



<b>Kardeş sigara</b>	<b>İçmiyor</b>	112 (%53,6)	59 (%28,2)	18 (%8,6)	19 (%9,1)	1 (%0,5)	0,285
	<b>Halen içmekte</b>	8 (%40,0)	5 (%25,0)	4 (%20,0)	3 (%15,0)	0 (%0)	
	<b>Bırakmış</b>	2 (%50,0)	0 (%0)	0 (%0)	2 (%50,0)	0 (%0)	
<b>Yaşadığı ortamda sigara içilme</b>	<b>Hayır</b>	44 (%57,1)	17 (%22,1)	9 (%11,7)	6 (%7,8)	1 (%1,3)	0,258
	<b>Evet</b>	78 (%50,0)	47 (%30,1)	13 (%8,3)	18 (%11,5)	0 (%0)	
<b>Sigara dumanına maruz kalma</b>	<b>Hiç kalmıyorum</b>	0 (%0)	1 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	N/A
	<b>Çok nadir kalıyorum</b>	11 (%78,6)	2 (%14,3)	1 (%7,1)	0 (%0)	0 (%0)	
	<b>Bazen kalıyorum</b>	29 (%63,0)	(%23,96)	2 (%4,3)	4 (%8,7)	0 (%0)	
	<b>Sıklıkla kalıyorum</b>	65 (%56,5)	29 (%25,2)	11 (%9,6)	9 (%7,8)	1 (%0,9)	
	<b>Her zaman kalıyorum</b>	17 (%32,7)	19 (%36,5)	6 (%11,5)	10 (%19,2)	0 (%0)	
<b>Çay/Kahve/Enerji içeceği tüketme</b>	<b>Hayır kullanmam</b>	7 (%77,8)	0 (%0)	2 (%22,2)	0 (%0)	0 (%0)	N/A
	<b>Evet nadiren</b>	21 (%70,0)	7 (%23,3)	1 (%3,3)	1 (%3,3)	0 (%0)	
	<b>Evet bazen</b>	36 (%52,9)	20 (%29,4)	5 (%7,4)	7 (%10,3)	0 (%0)	
	<b>Evet sıklıkla</b>	59 (%52,1)	38 (%29,5)	15 (%11,6)	16 (%12,4)	1 (%0,8)	

Öğrencilerin sigara bağımlılık düzeyleri arasında, öğrencilerin sigara bırakmayı deneme durumları, aile bireylerinin sigara içme durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p < 0,05$ ).

Öğrencilerin sigara bağımlılık düzeyleri arasında, yaşadığı ortamda sigara içilme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p = 0,258$ ).

#### 4.6. Toronto Aleksitimi Skalası (TAS-20) Ölçümlerine Göre Yapılan İncelemeler

**Tablo-32: Sigara içme durumlarına göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.**

Sigara içme durumu	n	TAS-20			p
		Ortalama ± Std. Sapma	Medyan	Min – Maks	
Sigara içmiyor	874	55,6 ± 8,62	55	20 – 100	0,317
Sigara içiyor	231	54,9 ± 9,57	54	20 – 83	

#Mann Whitney U testi

Öğrencilerin sigara içme durumları ile TAS-20 skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,317).

**Tablo-33: Cinsiyet durumlarına göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.**

Cinsiyet	n	TAS-20			p
		Ortalama ± Std. Sapma	Medyan	Min – Maks	
Kadın	582	55,1 ± 8,05	55	22 – 100	0,124
Erkek	554	55,8 ± 9,60	55	20 – 96	

#Mann Whitney U testi

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre TAS-20 skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,124).

**Tablo-34: Öğrenim gördükleri sınıflara göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.**

Sınıfı	n	TAS-20			p
		Ortalama ± Std. Sapma	Medyan	Min – Maks	
Dönem-1	234	57,1 ± 9,83	57	22 – 96	0,002
Dönem-2	297	55,8 ± 8,64	55	20 – 100	
Dönem-3	188	54,7 ± 9,71	55	20 – 96	
Dönem-4	62	55,2 ± 9,58	53	28 – 72	
Dönem-5	167	53,9 ± 7,24	53	31 – 80	
Dönem-6	158	54,8 ± 7,26	55	28 – 74	

#Kruskal Wallis testi

Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflar arasında, aleksitimi skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,002). Bu incelemeye göre sadece

“dönem-1” ile “dönem-5” arasında anlamlı fark bulunmuştur. Dönem-1’de ilgili skor daha yüksek tespit edilmiştir.

**Tablo-35: Anne ve babaların öğrenim durumlarına göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.**

Anne	n	TAS-20			p
		Ortalama ± Std. Sapma	Medyan	Min – Maks	
Okur yazar değil	58	57,4 ± 8,6	56	40 – 83	0,005
Okur yazar	55	58,4 ± 7,2	58	43 – 76	
İlkokul	284	55,9 ± 8,3	55	31 – 94	
Ortaokul	136	54,3 ± 9,9	54	20 – 78	
Lise	234	54,7 ± 8,7	55	22 – 100	
Üniversite	287	55,3 ± 8,8	54	28 – 96	
Baba	n	Ortalama ± Std. Sapma	Medyan	Min – Maks	p
Okur yazar değil	6	51,7 ± 7,2	51	43 – 61	0,186
Okur yazar	26	59,0 ± 7,9	57	48 – 73	
İlkokul	170	56,0 ± 8,2	55	20 – 79	
Ortaokul	135	56,0 ± 8,9	56	20 – 83	
Lise	212	55,3 ± 8,5	54	22 – 77	
Üniversite	514	55,1 ± 9,2	55	22 – 100	

#Kruskal Wallis testi

Öğrencilerin annelerinin öğrenim durumları ile TAS-20 skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,005). Farklılığın kaynaklandığı gruplara bakıldığında; eğitim düzeyi ortaokul ile okuyazar grubu arasında, eğitim düzeyleri üniversite ile okuyazar grubu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. En yüksek aleksitimi skorları okur yazar eğitim düzeyinde olan annelerin çocuklarında bulunmuştur.

Öğrencilerin babalarının eğitim düzeyleri ile TAS-20 skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,186).

Öğrencilerin annelerinin yaşları ile aleksitimi skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,201). Babalarının yaşları ile de aleksitimi skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,402). (Spearman)

**Tablo-36: Anne ve babaların mesleklerine göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.**

Annenin mesleği	n	TAS-20			p
		Ortalama ± Std. Sapma	Medyan	Min – Maks	
Emekli	34	53,1 ± 8,3	53	28 – 67	0,325
Ev hanımı	757	55,8 ± 8,7	55	20 – 100	
Memur	139	55,1 ± 9,0	55	20 – 96	
Mühendis	14	53,3 ± 4,3	53	46 – 96	
Sağlık çalışanı	66	45,8 ± 7,1	53	32 – 76	
Serbest meslek	51	56,4 ± 8,3	55	36 – 78	
Babanın mesleği	n	Ortalama ± Std. Sapma	Medyan	Min – Maks	p
Asker	19	54,0 ± 8,5	54	36 – 65	0,326
Çiftçi	28	56,6 ± 7,1	55,5	45 – 73	
Emekli	218	55,9 ± 9,0	55	20 – 100	
Memur	301	55,4 ± 9,2	55	28 – 96	
Mühendis	65	52,8 ± 8,9	53	28 – 71	
Sağlık çalışanı	33	56,8 ± 10,1	56	35 – 96	
Serbest meslek	387	55,7 ± 8,5	55	20 – 83	

#Kruskal Wallis testi

Öğrencilerin anne ve babalarının mesleklerine göre TAS-20 skorları anlamlı bir şekilde değişmemektedir.

**Tablo-37: Kaldıkları yer özelliklerine göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.**

Kaldıkları yer özelliği	n	TAS-20			p
		Ortalama ± Std. Sapma	Medyan	Min – Maks	
Aileyle	189	56,2 ± 8,7	55	38 – 100	0,067
Yurtta	453	56,0 ± 8,6	56	22 – 83	
Evde arkadaşıyla	269	54,7 ± 9,3	54	20 – 96	
Evde yalnız	183	54,3 ± 8,7	54	20 – 74	

#Kruskal Wallis testi

Öğrencilerin kaldıkları yere göre TAS-20 skorları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmediği tespit edilmiştir (p=0,067).

**Tablo-38: Aylık gelir durumlarına göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.**

Aylık gelir durumu	n	TAS-20			p
		Ortalama $\pm$ Std. Sapma	Medyan	Min – Maks	
500-1000TL	538	54,2 $\pm$ 8,5	56	22 – 100	<b>0,006</b>
1001-1500TL	330	55,0 $\pm$ 9,0	54	20 – 96	
1501-2000TL	106	54,9 $\pm$ 9,0	54	20 – 73	
2001TL ve üzeri	126	53,8 $\pm$ 8,9	53	32 – 94	

#Kruskal Wallis testi

Öğrencilerin gelir grupları arasında TAS-20 skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,006). Farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı incelendiğinde, sadece aylık gelirleri “500-1000TL” ile “2001TL ve üzeri” olan gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur.

**Tablo-39: Aile yapısına göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.**

Aile yapısı	n	TAS-20			p
		Ortalama $\pm$ Std. Sapma	Medyan	Min – Maks	
Çekirdek aile	963	55,4 $\pm$ 8,9	55	20 – 100	0,456
Geniş aile	113	56,3 $\pm$ 7,9	55	38 – 77	
Parçalanmış aile	24	53,2 $\pm$ 11,8	54	22 – 72	

#Kruskal Wallis testi

Öğrencilerin sahip oldukları aile yapısı grupları arasında TAS-20 skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,456).

**Tablo-40: Spor yapma durumlarına göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.**

Spor yapma durumu	n	TAS-20			p
		Ortalama $\pm$ Std. Sapma	Medyan	Min – Maks	
Hiç yapmıyor	310	55,8 $\pm$ 9,5	55	28 – 100	0,116
Ayda 1-2 saat	262	55,9 $\pm$ 8,7	55,5	20 – 83	
Haftada 1-2 saat	321	55,4 $\pm$ 7,4	54	28 – 77	
Haftada en az 3 gün	181	54,0 $\pm$ 9,6	54	20 – 96	
Her gün düzenli	29	56,0 $\pm$ 11,4	58	35 – 94	

#Kruskal Wallis testi

Öğrencilerin spor yapma durumlarına göre TAS-20 skorları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmediği tespit edilmiştir (p=0,116).

**Tablo-41: Yaşadıkları ortamda sigara içilmesi durumuna göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.**

Yaşadıkları ortamda	n	TAS-20			p
		Ortalama ± Std. Sapma	Medyan	Min – Maks	
Sigara içilmiyor	586	55,1 ± 8,5	55	20 – 96	0,357
Sigara içiliyor	504	55,7 ± 9,2	55	20 – 100	

#Kruskal Wallis testi

Öğrencilerin yaşadıkları ortamda sigara içilme durumuna göre TAS-20 skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,357).

**Tablo-42: Sigara dumanına maruz kalma durumlarına göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.**

Sigara dumanına maruz kalma durumu	n	TAS-20			p
		Ortalama ± Std. Sapma	Medyan	Min – Maks	
Hiç kalmıyorum	30	52,3 ± 9,5	53	20 – 67	0,272
Çok nadir kalıyor	240	55,7 ± 9,2	55	20 – 100	
Bazen kalıyor	457	55,4 ± 7,9	55	28 – 96	
Sıklıkla kalıyor	277	55,9 ± 10,2	55	20 – 100	
Her zaman kalıyor	93	57,1 ± 8,8	56	32 – 96	

#Kruskal Wallis testi

Öğrencilerinin sigara dumanına maruz kalma durumlarına göre TAS-20 skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,272).

**Tablo-43: Sigara bağımlılık düzeylerine göre TAS-20 skorlarının karşılaştırılması.**

Sigara bağımlılık düzeyi	n	TAS-20			p
		Ortalama $\pm$ Std. Sapma	Medyan	Min – Maks	
Çok düşük bağımlı	46	55,4 $\pm$ 8,94	55	32 – 83	0,057
Düşük bağımlı	55	54,9 $\pm$ 8,41	54,5	28 – 71	
Orta bağımlı	37	58,0 $\pm$ 8,84	56	47 – 77	
Yüksek bağımlı	15	50,2 $\pm$ 14,09	47	20 – 80	
Çok yüksek bağımlı	40	-	-	-	

#Kruskal Wallis testi

Öğrencilerin sigara bağımlılık düzeyi grupları arasında TAS-20 skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,057).

**Tablo-44: Aleksitimi gruplarına göre sigara kullanım durumlarının karşılaştırılması.**

		Sigara içme durumu		p
		Hayır	Evet	
Aleksitimi	Yok	264 (%76,3)	82 (%23,7)	0,101*
	Muhtemel	393 (%82,0)	86 (%18,0)	
	Var	217 (%77,5)	63 (%22,5)	

\*Pearson ki-kare testi

Öğrencilerin TAS-20 skorları sonucu oluşan aleksitimi grupları arasında sigara kullanım durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,101).

## 5. TARTIŞMA

Dünyada ve ülkemizde sigara bağımlılığı çok ciddi bir halk sağlığı problemi olup sigara kullanımının halen dünya çapında önlenebilir ölümlerin en başta gelen sebebi olduğu belirtilmektedir (1). Yurtiçi ve yurtdışında yapılan çalışmalarda tıp fakültesi öğrencileri arasında da ciddi düzeyde sigara bağımlılığı olduğu gösterilmiştir (3). Sigara bağımlılığı düzeyini araştıran çalışmaların yanında sigara bağımlılığı ile ilişkili durumları da araştıran çok sayıda çalışma mevcut olup, aleksitimi ve sigara kullanımı ilişkisi de son dönemlerde özellikle yurtdışında yapılan çalışmalarda ön plana çıkmaktadır (4).

Çalışmamızın amacı şu şekilde belirlenmiştir: KOÜ Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara kullanım düzeylerini belirlemek, sigara kullanım düzeyleri ile aleksitimi ilişkisi ve sigara kullanım düzeylerini etkileyen faktörleri değerlendirmek.

Çalışmamız KOÜ Tıp Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan toplam 1121 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Öğrencilerin %73,7'si sigara içmediğini, %21,1'i sigara içtiğini ve %5,2'si daha önce içmekte olup bıraktığını belirtmiştir. Literatüre bakıldığında çalışmamıza benzer sonuçlar olduğu görülmüştür (19,22,108). Yurtdışında yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar görülmüştür. Tamaki ve ark.'nın yaptığı çalışmada Japonya'da ki tıp fakültesi öğrencilerinde sigara içme oranı %13,7 (109), Lucenteforte ve ark.'nın çalışmasında İtalya Tuscany Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara içme oranı %20,1 (110), Khan ve ark.'nın Mısır'daki çalışmasında tıp fakültesi öğrencilerinde sigara içme oranı %23,4 (111) şeklinde bulunmuştur.

Çalışmamızda yer alan 1121 öğrencinin 589'u (%52,5) kadın, 532'si (%47,5) erkek olup, kadınların %11,2'sinin erkeklerin ise %32,2'sinin sigara içtiği, sigara kullanımı açısından erkek cinsiyetin anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Literatüre bakıldığında hem yurtiçi hem yurtdışında yapılan çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer sonuçlar olduğu görülmüştür. Kocabaş ve ark.'nın çalışmasında erkek öğrencilerde sigara içme oranı %48,4, kadın öğrencilerde %22,9 olarak bulunmuştur (112). Baykan ve Naçar'ın çalışmasında erkek öğrencilerin %40,6'sı, kadın öğrencilerin %6,7'si sigara içtiğini söylemiştir (21). Sreeramareddy ve ark.'nın Malezya, Hindistan, Pakistan, Nepal ve Bangladeş'deki son sınıf tıp fakültesi öğrencileriyle gerçekleştirdiği çalışmada bütün ülkelerde anlamlı olarak erkek öğrencilerin kadın öğrencilerden daha yüksek oranda sigara içtiği sonucuna ulaşılmıştır (113). Grassi ve ark.'nın 2014'teki çalışmasında erkek



öğrencilerdeki sigara içme prevalansı %22,0 iken kadınlarda %13,6 olduğu görülmüştür (114).

Araştırmaya katılan öğrencilerin vücut kitle indeksi, sigara içme durumlarına göre karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmış olup, sigara içenlerin VKİ'leri içmeyenlerden yüksek bulunmuştur. Kaldıkları yer özellikleri incelendiğinde de sigara içme durumlarına göre anlamlı fark saptanmıştır. Buna göre sigara içme oranı en yüksek yurttan kalan öğrencilerde olup, evde arkadaşlarıyla kalan öğrencilerde en düşük sigara içme oranı bulunmuştur.

Öğrencilerin aylık gelir durumlarına göre sigara içme durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır, buna göre en az sigara içme oranına aylık geliri 500-1000 TL olan öğrenciler sahipken, en yüksek sigara içme oranı aylık geliri 1000-1500 TL olan öğrencilerde bulunmuştur. Katılımcıların öğrenim gördükleri bir önceki dönem not ortalamalarını değerlendirdiğimizde; sigara içme durumları arasında anlamlı fark saptanmış olup AA'dan FF not ortalamasına doğru düştükçe sigara içenlerin oranı artmaktadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %28,5'inin babasının, %14,5'inin annesinin, %17,5'inin abla/ağabeyinin, %6,5'inin kardeşinin sigara içtiği bulunmuştur. Ailede sigara içen birey varlığı ile sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Daha önce yapılan çalışmalara baktığımızda da benzer sonuçlar olduğu görülmüştür. Baykan ve Naçar'ın çalışmasında annesi sigara içen öğrencilerin %42,3'ü sigara içerken, annesi sigara içmeyenlerin %20,1'inin sigara içtiği; babası sigara içenlerin %34,9'u sigara içerken, babası sigara içmeyenlerin %17,5'inin sigara içtiği belirlenmiştir (21). Singh ve ark.'nın çalışmasında sigara içenlerin %52'sinin anne ve babasının sigara içtiği, sigara içmeyenlerin %20'sinin anne ve babasının sigara içtiği gösterilmiştir (115).

Çalışmamıza katılan öğrencilerin %46,3'ünün yaşadıkları ortamda sigara içen birey olduğu görülmüştür. Öğrencilerin yaşadıkları ortamda sigara içen birey varlığı ile sigara kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Sigara içen bireylerin olduğu ortamda yaşayan öğrencilerin sigara içme oranı %30,4 iken, yaşadığı ortamda sigara içen birey olmayan öğrencilerde %13 olarak bulunmuştur. Yengil ve ark.'nın çalışmasında sigara içen öğrencilerin yaşadığı yerde sigara içen birey oranı %58,2 iken, sigara içmeyen öğrencilerde bu oran %31,3 olarak belirtilmiştir (19).

Çalışmamıza katılmış sigara içen tıp fakültesi öğrencilerinin FNBT puan ortalaması  $2,5 \pm 2,17$  (min:0-maks:8) çıkmıştır. Sigara içtiğini belirten 238 öğrencinin %52,1'i çok düşük düzeyde, %27,3'ü düşük düzeyde, %9,7'si orta düzeyde, %10,5'i yüksek düzeyde ve %0,4'ü çok yüksek düzeyde bağımlı bulunmuştur. Yengil ve ark.'nın çalışmasında sigara içen öğrencilerin %51,6'sının çok düşük, %19,2'sinin düşük, %8,8'inin orta, %14,3'ünün yüksek ve %6'sının da çok yüksek düzeyde nikotin bağımlılıkları olduğu görülmüştür (19).

Çalışmamızda sigara içen öğrencilere uygulanan FNBT skorları cinsiyete göre bakıldığında anlamlı fark saptanmış olup ( $p < 0,001$ ) erkeklerin sigara bağımlılık düzeyleri daha yüksek tespit edilmiştir.

Sigara içen ve içmeyen tıp fakültesi öğrencileri arasında anne ve babalarının yaşları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Sigara içenlerde anne yaşı  $49,1 \pm 5,7$  (min:36-maks:67) yıl, baba yaşı  $53,1 \pm 6,0$  (min:35-maks:71) yıl iken sigara içmeyenlerde anne yaşı  $47,6 \pm 5,4$  (min:36-maks:67) yıl, baba yaşı  $51,9 \pm 5,7$  (min:40-maks:86) yıl bulunmuştur. Sigara içen tıp fakültesi öğrencilerinin anne ve babalarının yaşı sigara içmeyenlerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin sigara içme durumları ile babalarının meslek grupları arasında anlamlı bir fark bulunmazken ( $p = 0,105$ ), annelerinin meslek grupları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p < 0,001$ ). Buna göre; anneleri emekli ve mühendis olanlarda sigara içme oranı en yüksek bulunurken, anneleri serbest meslek sahibi olanlarda en düşük sigara içme oranı bulunmuştur.

Öte yandan babalarının eğitim düzeyi ile sigara içme durumları arasında anlamlı bir fark saptanmazken, annelerin eğitim durumları ile sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p = 0,007$ ). Sigara içme oranı %30 ile en yüksek okur-yazar olmayan annelerin çocuklarında bulunurken, en düşük oran ise lise eğitim düzeyinde olan annelerin çocuklarında tespit edilmiştir. Daha önce yapılan çalışmalara baktığımızda bizim çalışmamızla aksi ve uyumlu sonuçlara ulaşılmıştır. Yengil ve ark.'nın yaptığı çalışmada anne-babanın çalışma ve eğitim durumları sigara içen ve içmeyen öğrenciler arasında benzer tespit edilmiştir (19). Kara ve ark.'nın çalışmasında sigara içimi açısından anne eğitim düzeyi yüksekliği ve baba eğitim düzeyi yüksekliği anlamlı çıkmıştır (116). Brennel ve Scharrel'in çalışmasında ise sigara içimleri ile anne eğitim düzeyi ve baba eğitim düzeyi arasında anlamlı fark saptanmamıştır (117).

Araştırmamızda sigara içen öğrencilerin %44,7'si sigarayı bırakmayı denediğini ifade etmiştir. Sigara bırakmayı deneyen öğrencilerin %95'i en az bir kez kendi kendine sigara bırakmayı denemiştir. Kendi kendine deneyenlerin %10'u diğer bırakma yöntemlerinden de en az 1 kez denemiştir. 1 kişi danışmanlık ve NYKT, 1 kişi yalnız NYKT ve 1 kişi de yalnız ilaç tedavisi ile sigarayı bırakmayı denediği tespit edilmiştir. Yengil ve ark.'nın çalışmasında sigara içen öğrencilerin %59,9'u sigarayı bırakmayı denemiştir (19). Kusma ve ark.'nın yaptıkları çalışmada sigara içen öğrencilerin %54'ü en az bir kez sigarayı bırakmayı denediğini ifade etmiştir (3). Alexopoulos ve ark.'nın yaptığı çalışmada bizim çalışmamızdaki oranla aynı sonuca ulaşmış, sigara içen tıp fakültesi öğrencilerinin %44'ü sigarayı bırakmayı denediğini belirtmiştir (118). Tamaki ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada sigara içenlerin %66,7'si sigarayı bırakmayı denerken (109), İlhan ve ark.'larının Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yaptıkları çalışmada öğrencilerin %64,4'ü sigarayı bırakmayı denemiştir (18). Machowicz ve ark.'nın Warsaw, Strasbourg ve Tahran'da gerçekleştirdikleri çalışmada, sigarayı bırakmayı deneyenlerin büyük çoğunluğu kendi çabasıyla denediklerini belirtirken, nikotin replasman tedavisi kullananların oranı Warsaw'da %6,9, vareniklin kullananlar Strasbourg'da %7,1 oranında tespit edilmiştir (119).

Çalışmamızda sigara içen tıp fakültesi öğrencilerinin %4,3'ü sigarayı bırakmayı hiç istemediğini, %12,6'sı istemediğini, %25,1'i bırakmayı istediğini, %10,8'i ise çok istediğini ifade ederken %47,2'si ise olabilir cevabını vermiştir. Kartal ve ark.'nın çalışmasında sigara içen öğrencilerin %66,4'ü (108) sigarayı bırakmayı düşündüğünü belirtirken, Tamaki ve ark.'nın yaptıkları çalışmada %53,8'i sigarayı bırakmak istediklerini belirtmiştir (109). İçli ve ark.'nın yaptıkları çalışmada bırakmak isteyenlerin oranı %54,3 (120), Khan ve ark.'nın çalışmasında %63,6 (111), Grassi ve ark.'nın yaptığı çalışmada %40 (114), İlhan ve ark.'nın yaptığı çalışmada %58,9 (18) olarak bulunmuştur. Araştırmamızda sigara içen tıp fakültesi öğrencilerinin %3'ü istemesi halinde sigarayı kesinlikle bırakamayacağını, %7,7'si bırakamayacağını, %34'ü bırakabileceğini ve %20,9'u kesinlikle bırakabileceğini belirtirken; %34,5'u kararsız olduklarını ifade etmişlerdir. Taheri ve ark.'nın çalışmasında sigara içenlerin %54,6'sı istemeleri halinde bırakabileceklerini belirtmişlerdir (121). Sigara içen öğrencilerin üçte biri sigarayı bırakmayı istediğini yarısı ise olabileceğini belirtirken, istese de sigarayı bırakamayacağını düşünenlerin oranı onda bir civarındadır. Bu sonuçlar öğrencilere özellikle iyi bir

danışmanlıkla sigarayı bıraktırılabileceğimizi ve zararlı etkilerinden koruyabileceğimizi göstermektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerden sigara içenlere, içmeyi sürdürme nedenlerini sorguladığımızda en yüksek oranla %83,5'i zevk aldığını ve %76,4'ü stresi azalttığını ve %70,6'sı okul/ders streslerini azalttığını belirtmiştir. Buna göre sigaranın stres azalttığı ve zevk verdiğini söyleyenler öğrencilerin büyük bir bölümünü kapsamakta olup, sigara içenler stresle başa etme becerisi geliştirilirse, sigara içme oranlarının azaltılabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin bazı bağımlılık yapıcı madde kullanım deneyimleri sorgulanmıştır. Eroin hariç diğer (esrar, uçucu madde, parovit, LSD, ekstazy, kokain, kodeinli hap, sakinleştirici hap, uyarıcı hap, doping hapi, bonzai ve alkol) maddelerin deneyimleri, sigara içen öğrencilerde içmeyenlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre sigara bağımlılığının azaltılmasının diğer bağımlılık yapıcı maddelerden de korunmak adına önemli olduğu akla gelmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilere aldıkları tıp eğitiminin sigarayı bırakma danışmanlığı vermelerine yeterliliği sorgulandığında; %15,1'i çok yetersiz, %33,6'sı yetersiz, %24,8 yeterli ve %1,9'u çok yeterli bulurken %24,6'sı bu konuda fikirlerinin olmadığını belirtmiştir. Sreeramareddy ve ark.'nın gerçekleştirdiği çalışmada öğrencilerin yalnızca üçte biri aldıkları eğitimin sigara bıraktırma konusunda yeterli olduğunu düşünmüşlerdir (113). Jradi ve ark.'larının çalışmasında katılımcıların %60'i katılmıyorum veya kesinlikle katılmıyorum şeklinde cevaplar vererek sigara bıraktırma danışmanlığı için farmakolojik bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir (122). Sigaranın bırakılması, sigarasız topluma doğru yol alınmasında başrol üstelenecek hekimler olarak baktığımızda; çalışmamıza katılan tıp fakültesi öğrencilerinin yarısı sigara bıraktırma açısından tıp eğitimlerini yetersiz görmekte olup, tıp eğitimlerinin bu konuda gözden geçirilmesinin önemli olduğu düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan öğrencilere uygulanan TAS-20 skorlarına göre, öğrencilerin %31,3'ünde aleksitimi olmadığını, %43,3'ünde muhtemel aleksitimi olduğunu ve %25,4'ünde aleksitimi olduğunu bulunmuştur.

Öğrencilerin sigara içme durumları ile aleksitimi skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Öğrencilerin cinsiyetleri arasında da aleksitimi skorları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Öğrenim gördükleri sınıflar arasında aleksitimi

skorları kıyaslandığında dönem-1 öğrencilerinde aleksitimi skorlarının en yüksek, dönem-5 öğrencilerinde en düşük olduğu görülmüştür. Öğrencilerin aylık gelir durumlarına göre aleksitimi skorları kıyaslandığında düşük geliri olan gruplarda aleksitimi skorlarının en yüksek, yüksek geliri olan gruplarda aleksitimi skorlarının en düşük olduğu bulunmuştur.

Tüm bu veriler değerlendirildiğinde tıp fakültesi öğrencilerinin dörtte birinin yüksek aleksitimi, yaklaşık yarısının muhtemel yüksek aleksitimi skorlarına sahip olduğu tespit edilmiş, klinik olarak aleksitimi ile ilişkili durumların ortaya çıkarılabilmesi için daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.



## 6. ÖZET

**Amaç:** Sigara kullanımı hâlen dünyada çapında önlenebilir ölümlerin en başta gelen sebebidir. Yapılan çalışmalar tıp fakültesi öğrencileri arasında da ciddi sigara bağımlılığı düzeylerini göstermektedir. “Duygular için söz yokluğu” anlamına gelen aleksitimi hakkında yapılan çalışmalar genellikle psikiyatrik durumla ilişkisi üzerine yapılmıştır. Bu çalışmada, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara kullanım düzeyleri ve bu düzeyleri etkileyen faktörlerin yanında aleksitimi ile ilişkisini de değerlendirmek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma Nisan 2018 – Haziran 2018 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde öğrenim görmekte olan 1, 2, 3, 4, 5 ve 6. Sınıflardan toplam 1121 kişiye ulaşılarak yapılmıştır. Öğrencilere sosyodemografik özellikleri ile ilgili sorular, sigara bağımlılık düzeylerini sorgulayan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), bazı bağımlılık yapıcı madde kullanımı deneyimlerini sorgulayan sorular ve aleksitimi değerlendirmesi için Toronto Aleksitimi Skalası (TAS-20) uygulanmıştır. Verilerin değerlendirmesinde yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmamıza Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde öğrenim görmekte olan 1121 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin yaş ortalaması  $21,5 \pm 2,12$  (min:17-maks:28) yıl olup, %52,5’i kadın, %47,5’i erkek iken; %21,3’ü 1. sınıf, %26,7’si 2. sınıf, %17’si 3. sınıf, %5,5’i 4. sınıf, %15,2’si 5. sınıf, %14,3’ü ise 6. sınıf öğrencisi olarak tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerden 237’si (%21,1) sigara içmekte olduğunu belirtmiştir. Sigara içen tıp fakültesi öğrencilerine uygulanan FNBT puan ortalaması  $2,5 \pm 2,17$  (min:0-maks:8) olup %52,1’si çok düşük düzeyde, %27,3’ü düşük düzeyde, %9,7’si orta düzeyde, %10,5’i yüksek düzeyde ve %0,4’ü ise çok yüksek düzeyde bağımlı olarak bulunmuştur. Erkek öğrencilerin kadın öğrencilere göre sigara içme oranı ve bağımlılık düzeyleri daha yüksek iken, VKİ arttıkça sigara içme oranları da artış göstermekte olduğu görülmüştür. Aile bireylerinde sigara içen öğrencilerde sigara içme oranı anlamlı olarak yüksek bulunurken, evde arkadaşlarıyla kalan öğrencilerde sigara içme oranı yüksek tespit edilmiştir. Geçtikleri dönem not ortalamaları düştükçe sigara içme oranları artış göstermiştir. Bağımlılık yapıcı madde kullanımı deneyimleri ile sigara içme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Aleksitimi skorları bakımında sınıflar arasında anlamlı fark görülürken 1. sınıf en yüksek skora sahip olan dönem bulunmuştur. Aylık gelirleri düşük gruplarda yüksek aleksitimi skorları tespit edilmiştir. Sigara içme durumu ve sigara bağımlılık düzeyleri ile aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

**Sonuç:** Bu çalışma sigara kullanımının tıp fakültesi öğrencilerinde yaygın olduğunu, sosyodemografik özelliklerden bazılarının sigara kullanım düzeylerini arttırdığı, sigara kullanım düzeyleri ile aleksitimi arasında bir ilişki olmadığını göstermektedir. Ancak hangi özelliklerin sigara kullanımıyla daha yakın ilişkili olduğunu araştıran ve aleksitimi ile ilişkisini sorgulayan geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri, sigara, aleksitimi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Toronto Aleksitimi Skalası

## 7. ABSTRACT

**Objective:** Smoking is still the leading cause of preventable deaths worldwide. Recent studies show high levels of cigarette addiction among medical students. Studies on alexithymia, which means “lack of words for emotions”, are usually conducted on the relation to psychiatric status. In our study, we aimed to evaluate the smoking levels of Kocaeli University Medical Faculty students, the factors affecting the smoking levels as well as the relationship between alexithymia.

**Method:** Our study was conducted on 1121 students from 1st, 2nd, 3rd, 4th, 5th and 6th grades who were studying at Kocaeli University Faculty of Medicine between April 2018 - June 2018. The questions were asked to the students about sociodemographic characteristics and questioning some addictive substance use, Fagerstrom Nicotine Dependence Test (FNBT) questioning cigarette dependence levels and Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for alexithymia assessment were applied. Percentage, mean and standard deviation were used in the evaluation of the data.

**Results:** The mean age of the students was  $21.5 \pm 2.12$  (min: 17-max: 28) years and 52.5% of them were female and 47.5% were male; 21.3% are at 1st grade, 26.7% are at 2nd grade, 17% are 3rd grade, 5.5% are 4th grade, 15.2% are 5th grade, 14.3% of them were determined as 6th grade students. 237 of the students (21.1%) stated that they were smoking. The mean FNBT score applied to smoking students was  $2.5 \pm 2.17$  (min: 0-max: 8), 52.1% were very low, 27.3% were low, 9.7% were moderate 10.5% were highly dependent and 0.4% were very highly dependent. While male students had higher smoking and addiction levels than female students, smoking rates increased as BMI increased. While smoking rate was found to be significantly higher in students whose family members smoked, smoking rate was higher in students staying with friends at home. Smoking rates increased as the grade point averages decreased in the previous period. There was a significant relationship between addictive substance use and smoking.

In terms of alexithymia scores, there was a significant difference between the classes and the first grade was found to have the highest score. High alexithymia scores were determined in groups with low monthly income. No significant relationship was found between alexithymia and smoking status and smoking dependence levels.



**Conclusion:** This study shows that smoking is common among medical students, some of the sociodemographic characteristics increase smoking levels and there is no relationship between smoking levels and alexithymia. However, large sample studies are needed to investigate which characteristics are more closely related to smoking and to question its relationship with alexithymia.

**Key words:** Kocaeli University Medical School students, smoking, alexithymia, Fagerström Nicotine Dependence Test, Toronto Alexithymia Scale



## 8. KAYNAKLAR

1. WHO. World Health Statistics 2010. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [a.yer 22 Kasım 2018]. Erişim adresi: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=538067>
2. Fiore M, Jaen CR, Baker T, Bailey W, Benowitz N, Curry S. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services 2008. 2008;
3. Kusma B, Quarcoo D, Vitzthum K, Welte T, Mache S, Meyer-Falcke A, vd. Berlin's medical students' smoking habits, knowledge about smoking and attitudes toward smoking cessation counseling. 2010;10.
4. Lyvers M, Bremner M, Edwards MS, Thorberg FA. Rash Impulsiveness and Negative Mood, but not Alexithymia or Reward Sensitivity, Differentiate Young to Middle-Aged Chronic Daily Smokers from Never-Smokers. Journal of Psychoactive Drugs. Ocak 2018;50(1):33-42.
5. WHO. Monitoring tobacco use and prevention policies. Who Health Organization; 2017.
6. Organisation mondiale de la santé. Global status report on noncommunicable diseases 2014: attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility. Geneva: World Health Organization; 2014.
7. Organization WH. WHO report on the global tobacco epidemic 2015: raising taxes on tobacco. World Health Organization; 2015.
8. Jamal A, Homa DM, O'Connor E, Babb SD, Caraballo RS, Singh T, vd. Current cigarette smoking among adults—United States, 2005–2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2015;64(44):1233-40.
9. Eriksen M, Mackay J, Ross H. The tobacco atlas. American Cancer Society; 2013.
10. Asma S, Mackay J, Song SY, Zhao L, Morton J, Palipudi KM, vd. The GATS atlas. Atlanta: CDC Foundation. 2015;
11. Alışkanlıkları PS. Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırma Raporu. PİAR, Ocak. 1988;
12. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu. TÜİK, Ankara. 2008;
13. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye. TC Sağlık Bakanlığı: Türkiye Halk

Sağlığı Kurumu; 2012.

14. Ünal B, Ergör G, Horasan GD, Kalaça S, Sözmen K. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı. 2013;
15. Erguder T, Polat H, Arpad C, Khoury RN, Warren CW, Lee J, vd. Linking Global Youth Tobacco Survey (GYTS) data to tobacco control policy in Turkey-2003 and 2009. Central European journal of public health. 2012;20(1):87.
16. Tezcan S, Yardım N. Türkiye’de çeşitli sağlık kurumlarında doktor, hemşire ve tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme boyutu. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2003;51(4):390-7.
17. İtil O, Ergor G, Ceylan E. Knowledge and attitudes about smoking among students in a medical faculty. Turkish Respiratory Journal. 2004;5(2):86-91.
18. İlhan F, Aksakal ÖGDFN, İlhan MN, AYGÜN R. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2005;4:188-97.
19. Yengil E. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu ve sigara ile ilgili tutumları. Konuralp Tıp Dergisi. 2014;2014(3):1-7.
20. Şahin EM, Özer C, Çakmak H, Tunç Z, Taştan K, Can E, vd. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme ve Bırakma Durumları. Medical Journal of Trakya University/Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;24(3).
21. Baykan Z, Naçar M. Smoking prevalence and views about tobacco law in students of medical school. Dicle Medical Journal. 2014;41(3):483-90.
22. Mayda AS, Tufan N, Baştaş S. Düzce Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara konusundaki tutumları ve içme sıklıkları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(5):364-70.
23. Crofton JW, Freour PP, Tessier JF. Medical education on tobacco: implications of a worldwide survey. Medical education. 1994;28(3):187-96.
24. Warren CW, Sinha DN, Lee J, Lea V, Jones NR. Tobacco use, exposure to secondhand smoke, and cessation counseling among medical students: cross-country data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005-2008. BMC Public Health. 2011;11(1):72.
25. Inandi T, Caman OK, Aydın N, Onal AE, Kaypmaz A, Turhan E, vd. Global Health Professions Student Survey--Turkey: second-hand smoke exposure and opinions of medical students on anti-tobacco law. Cent Eur J Public Health. 2013;21(3):134-9.

26. Thomsen M, Rodríguez-Farré E. Addictiveness and attractiveness of tobacco additives. 2010;
27. Program NT. National Toxicology Program Report on Carcinogens, Report on Carcinogen Profiles. US Department of Health and Human Services, Agency for Toxic Substances and ...; 2004.
28. Zevin S, Gourlay SG, Benowitz NL. Clinical pharmacology of nicotine. *Clinics in dermatology*. 1998;16(5):557-64.
29. The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services; 2014.
30. How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: A report of the surgeon general. US Department of Health and Human Services; 2010.
31. Er M, Karalezli A, Hasanoğlu HC. Sigara bırakma yöntemleri. 2002;
32. Organization WH. The scientific basis of tobacco product regulation. C. 945. World Health Organization; 2007.
33. Henningfield JE, Benowitz NL, Slade J, Houston TP, Davis RM, Deitchman SD. Reducing the addictiveness of cigarettes: This report was presented by the American Medical Association (AMA) Council on Scientific Affairs to the AMA House of Delegates at its 147th annual meeting in June 1998. The recommendations at the end of the report were adopted by the House as AMA policy. BMJ Publishing Group Ltd; 1998.
34. WHO | Fact sheet on ingredients in tobacco products [Internet]. WHO. [a.yer 13 Aralık 2018]. Erişim adresi:  
[http://www.who.int/tobacco/industry/product\\_regulation/factsheetingredients/en/](http://www.who.int/tobacco/industry/product_regulation/factsheetingredients/en/)
35. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine*. 2006;3(11):e442.
36. Aslan D, Bilir N, Dilbaz N, Kılınç O, Örsel O, Özcebe H, vd. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı-Hekimler İçin Sağlık Bakanlığı Yayınları (nb. 796). Ankara; 2010.
37. Cogliano VJ, Baan R, Straif K, Grosse Y, Lauby-Secretan B, El Ghissassi F, vd. Preventable exposures associated with human cancers. *Journal of the National Cancer Institute*. 2011;103(24):1827-39.
38. Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O MD. Tütün ve Tütün Kontrolü. *Türk Toraks Derneği*. 2010;

39. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Tütün kontrolü. Toraks Dergisi. 2006;7(1):51-64.
40. The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services; 1990.
41. WHO. Fact sheet about health benefits of smoking cessation.
42. Türk Toraks Derneği Tütün Çalışma Grubu. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu [Internet]. Türk Toraks Derneği; 2014 [a.yer 25 Aralık 2018]. Erişim adresi: <http://www.toraks.org.tr/book.aspx?list=1655&menu=240>
43. Association AP. DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: HYB Yayıncılık. 2014;
44. Fagerstrom K-O, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Journal of behavioral medicine. 1989;12(2):159-82.
45. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, FAGERSTROM K-O. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. British journal of addiction. 1991;86(9):1119-27.
46. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı; 2012.
47. WHO. Earmarked tobacco taxes: lessons learnt from nine countries. World Health Organization; 2016.
48. WHO. Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. TURKEY COUNTRY ASSESSMENT. 2014;
49. Organization WH. Plain packaging of tobacco products: evidence, design and implementation. 2016;
50. Rigotti NA, Thorndike AN. Reducing the health burden of tobacco use: what's the doctor's role? İçinde: Mayo Clinic Proceedings. Elsevier; 2001. s. 121-3.
51. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. Tütün kontrolü ve sigara bıraktırma tedavisi. Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi. 2013.
52. Zwar N, Mendelsohn C, Richmond R. Tobacco smoking: options for helping smokers to quit. 2014;
53. Excellence NI for C. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. London: NICE. 2008;

54. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest*. 2002;121(3):932-41.
55. Hjalmarsen A, Franzon M, Westin A, Wiklund O. Effect of nicotine nasal spray on smoking cessation: a randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Archives of internal medicine*. 1994;154(22):2567-72.
56. Uzaslan E. Sigarayı Bırakma Yöntemleri. *Sigara ve Sağlık*. 2002;441-63.
57. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;3:CD000146.
58. Richmond R, Zwar N, Taylor R, Hunnisett J, Hyslop F. Teaching about tobacco in medical schools: a worldwide study. *Drug and alcohol review*. 2009;28(5):484-97.
59. Ferry LH, Grissino LM, Runfola PS. Tobacco dependence curricula in US undergraduate medical education. *Jama*. 1999;282(9):825-9.
60. Richmond RL, Debono DS, Larcos D, Kehoe L. Worldwide survey of education on tobacco in medical schools. *Tobacco control*. 1998;7(3):247-52.
61. Richmond R, Taylor R. Global dissemination of a tobacco curriculum in medical schools. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2006;10(7):750-5.
62. Springer CM, Niang KMT, Matte TD, Miller N, Bassett MT, Frieden TR. Do medical students know enough about smoking to help their future patients? Assessment of New York City fourth-year medical students' knowledge of tobacco cessation and treatment for nicotine addiction. *Academic Medicine*. 2008;83(10):982-9.
63. Prevention (CDC C for DC and. Tobacco use and cessation counseling--global health professionals survey pilot study, 10 countries, 2005. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2005;54(20):505.
64. Şaşıoğlu M, Gülol Ç, Tosun A. Aleksitimi Kavramı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2013;5(4).
65. Zackheim L. Alexithymia: The expanding realm of research. *Journal of psychosomatic research*. 2007;63(4):345-7.
66. Lesser IM. A review of the alexithymia concept. *Psychosom Med*. 1981;43:531-43.
67. Leising D, Grande T, Faber R. The Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): A measure of general psychological distress. *Journal of Research in Personality*. 2009;43(4):707-10.

68. Grabe HJ, Frommer J, Ankerhold A, Ulrich C, Gröger R, Franke GH, vd. Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2008;77(3):189-94.
69. Ahrens S, Deffner G. Empirical study of alexithymia: methodology and results. *American journal of psychotherapy*. 1986;40(3):430-47.
70. Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, Abbass AA. Alexithymia and treatment preferences among psychiatric outpatients. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2009;78(6):383-4.
71. Taylor GJ. Recent Developments in Alexithymia Theory and Research. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2000;
72. Vanheule S, Verhaeghe P, Desmet M. In search of a framework for the treatment of alexithymia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2011;84(1):84-97.
73. Dereboy İF. Aleksitimi özbildirim ölçeklerinin psikometrik özellikleri üzerine bir çalışma (Uzmanlık tezi). Ankara, Hacettepe Üniversitesi; 1990.
74. Grynberg D, Luminet O, Corneille O, Grèzes J, Berthoz S. Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy? *Personality and Individual Differences*. 01 Aralık 2010;49(8):845-50.
75. Larsen JK, Brand N, Bermond B, Hijman R. Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: A review of neurobiological studies. *Journal of Psychosomatic Research*. 01 Haziran 2003;54(6):533-41.
76. Hoppe KD, Bogen JE. Alexithymia in Twelve Commissurotomized Patients. *Psychother Psychosom*. 1977;28:148-55.
77. Tycey E, Garnier S, Lighezzollo-Alnot J, Claudon P, Rebourg-Roesler C. The construct of alexithymia: associations with defense mechanisms 2008 - *Journal of Clinical Psychology - Wiley Online Library* [Internet]. [a.yer 05 Ocak 2019]. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jclp.20461>
78. Helmes E, McNeill PD, Holden RR, Jackson C. An Accumulation of Negative Life Events and the Construction of Alexithymia: A Longitudinal and Clinical Approach: *Journal of Personality Assessment*: Vol 92, No 3 [Internet]. [a.yer 05 Ocak 2019]. Erişim adresi: [https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00223891003670125?casa\\_token=pzzt18R](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00223891003670125?casa_token=pzzt18R)

WPz0AAAAA%3AU5\_S-AsZZKjMc7QRetLxmh2yXnNi6cwEI7MLN-  
Q9juVUPJtcJUzDmqFf\_qgOJqJTGznhfRspQWLQIg&

79. Koçak R. Aleksitimi: kuramsal çerçeve, tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2002;35(1-2):185-212.
80. Thorberg FA, Young R, Sullivan KA, Lyvers M. Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. *Addict Behav.* 2009;34:237-45.
81. Kauhanen J, Kaplan GA, Julkunen J, Wilson TW. Social factors in alexithymia. *Compr Psychiatry.* 1993;(34):1-5.
82. Grabe H-J, Rainermann S, Spitzer C, Gänssicke M, Freyberger HJ. The Relationship between Dimensions of Alexithymia and Dissociation. *PPS.* 2000;69(3):128-31.
83. Yıldırım NK, Özkan M, Özkan S, Oflaz SB, Gelincik A, Büyüköztürk S. Kronik idiyopatik ürtikerli hastalarda aleksitimi, anksiyete, depresyon ilişkisi. *Nobel Medicus.* 2012;8:46-51.
84. Evren C, Sar V, Evren B, Semiz U, Dalbudak E, Cakmak D. Dissociation and alexithymia among men with alcoholism. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2008;62:40-7.
85. Bruce G, Curren C, Williams L. Alexithymia and alcohol consumption: The mediating effects of drinking motives. *Addictive Behaviors.* 01 Mart 2012;37(3):350-2.
86. Toneatto T, Lecce J, Bagby M. Alexithymia and Pathological Gambling. *J Addict Dis.* 2009;28:19, - 198.
87. El Rasheed AH. Alexithymia in Egyptian Substance Abusers. *Subst Abus.* 01 Mart 2001;22(1):11-21.
88. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness. Cambridge University Press; 1999. 388 s.
89. Honkalampi K, Hintikka J, Laukkanen E, Viinamäki JLH. Alexithymia and Depression: A Prospective Study of Patients With Major Depressive Disorder. *Psychosomatics.* 01 Mayıs 2001;42(3):229-34.
90. Honkalampi K, Hintikka J, Saarinen P, Lehtonen J, Viinamäki H. Is Alexithymia a Permanent Feature in Depressed Patients? *PPS.* 2000;69(6):303-8.
91. Blumer D, Heilbronn M. Chronic pain as a variant of depressive disease: the pain-prone disorder. *J Nerv Ment Dis.* Temmuz 1982;170(7):381-406.
92. Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Müller A, Buhtz F, Hochrein A, vd. Alexithymia in Obsessive-Compulsive Disorder – Results from a Family Study. *PPS.* 2006;75(5):312-8.



93. Marchesi C, Fontò S, Balista C, Cimmino C, Maggini C. Relationship between Alexithymia and Panic Disorder: A Longitudinal Study to Answer an Open Question. *PPS*. 2005;74(1):56-60.
94. Zeitlin SB, McNally RJ. Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1993;150:658-60.
95. Declercq F, Vanheule S, Deheegher J. Alexithymia and posttraumatic stress: subscales and symptom clusters. *Journal of Clinical Psychology*. 2010;66(10):1076-89.
96. Frewen PA, Pain C, Dozois DJA, Lanius RA. Alexithymia in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006;1071(1):397-400.
97. Cochrane CE, Brewerton TD, Wilson DB, Hodges EL. Alexithymia in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 1993;14(2):219-22.
98. Elfhag K, Lundh L-G. TAS-20 alexithymia in obesity, and its links to personality. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2007;48(5):391-8.
99. Speranza M, Corcos M, Loas G, Stéphan P, Guilbaud O, Perez-Diaz F, vd. Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry Research*. 15 Haziran 2005;135(2):153-63.
100. van Strien T, Ouwens MA. Effects of distress, alexithymia and impulsivity on eating. *Eating Behaviors*. 01 Nisan 2007;8(2):251-7.
101. Shipko S. Alexithymia and Somatization. *PPS*. 1982;37(4):193-201.
102. Salminen JK, Saarijärvi S, Äärelä E, Toikka T, Kauhanen J. Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of finland. *Journal of Psychosomatic Research*. 01 Ocak 1999;46(1):75-82.
103. Taylor GJ, Ryan D, Bagby M. Toward the Development of a New Self-Report Alexithymia Scale. *PPS*. 1985;44(4):191-9.
104. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale— I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 01 Ocak 1994;38(1):23-32.
105. Meganck R, Vanheule S, Desmet M, Inslegers R. The Observer Alexithymia Scale: A Reliable and Valid Alternative for Alexithymia Measurement? *Journal of Personality Assessment*. 16 Şubat 2010;92(2):175-85.
106. Lane RD, Ahern GL, Schwartz GE, Kaszniak AW. Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biological Psychiatry*. 1997;42(9):834-44.

107. Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A study comparing the TAS-20 with non-self-report measures of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*. 01 Eylül 2004;57(3):239-47.
108. Kartal M, Midik Ö, Büyükakkus A. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Kullanımı ve Yasam Kalitelerine Etkisi/Tobacco Smoking and its Effect on Quality of Life of Medical Students in Ondokuz Mayıs University. *Turk Toraks Dergisi*. 2012;13(1):11.
109. Tamaki T, Kaneita Y, Ohida T, Yokoyama E, Osaki Y, Kanda H, vd. Prevalence of and factors associated with smoking among Japanese medical students. *Journal of epidemiology*. 2010;1006010166–1006010166.
110. Lucenteforte E, Vannacci A, Cipollini F, Gori A, Santini L, Franchi G, vd. Smoking habits among university students in Florence: Is a medical degree course the right choice? *Preventive medicine*. 2010;51(5):429–430.
111. Khan AA, Dey S, Taha AH, Huq FS, Moussawi AH, Omar OS, vd. Attitudes of Cairo University medical students toward smoking: the need for tobacco control programs in medical education. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*. 2012;87:1.
112. Kocabas A, Burgut R, Bozdemir N, Akkoçlu A, Cildag O, Dagli E, vd. Smoking patterns at different medical schools in Turkey. *Tobacco Control*. 1994;3(3):228.
113. Sreeramareddy CT, Suri S, Menezes RG, Kumar HH, Rahman M, Islam MR, vd. Self-reported tobacco smoking practices among medical students and their perceptions towards training about tobacco smoking in medical curricula: A cross-sectional, questionnaire survey in Malaysia, India, Pakistan, Nepal, and Bangladesh. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*. 2010;5(1):29.
114. Grassi MC, Baraldo M, Chiamulera C, Culasso F, Raupach T, Ferketich AK, vd. Knowledge about health effects of cigarette smoking and quitting among Italian university students: the importance of teaching nicotine dependence and treatment in the medical curriculum. *BioMed research international*. 2014;2014.
115. Singh VV, Singh Z, Banerjee A, Basannar DR. Determinants of smoking habit among medical students. *Medical Journal Armed Forces India*. 2003;59(3):209–211.
116. Kara S, Baş FY, Açıkalin C. Sigara içme davranışları ve etkili faktörler: Tıp ve Diş Hekimliği Fakültelerinin ilk ve son sınıf öğrencileri üzerinde çalışma. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2011;1(1):16–21.

117. Brenner H, Scharrer SB. Parental smoking and sociodemographic factors related to smoking among German medical students. *European journal of epidemiology*. 1996;12(2):171–176.
118. Alexopoulos EC, Jelastopulu E, Aronis K, Dougenis D. Cigarette smoking among university students in Greece: a comparison between medical and other students. *Environmental health and preventive medicine*. 2010;15(2):115.
119. Machowicz R, Ciechanska J, Zycinska K, Mahboobi N, Wnekowicz E, Obrowski MH, vd. Medical students' aptitude toward smoking in Warsaw, Strasbourg and Teheran. *İçinde: Respiratory Regulation-Clinical Advances*. Springer; 2013. s. 195–202.
120. İçli F, Çalışkan D, Gönüllü U, Sunguroğlu K, Akdur R, Akbulut H, vd. Fighting against cigarette smoking among medical students: a success story. *Journal of Cancer Education*. 2014;29(3):458–462.
121. Taheri E, Ghorbani A, Salehi M, Sadeghnia HR. Cigarette smoking behavior and the related factors among the students of mashhad university of medical sciences in iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2015;17(1).
122. Jradi H, Wewers ME, Pirie PP, Binkley PF, Ferketich AK. Lebanese medical students' intention to deliver smoking cessation advice. *Journal of epidemiology and global health*. 2015;5(2):117–123.

## 9. EKLER

### Sosyodemografik Bilgi Formu ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)

#### **KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SİGARA KULLANIM DÜZEYLERİ, SİGARA KULLANIM DÜZEYLERİNİN ALEKSİTİMİ İLE İLİŞKİSİ VE SİGARA KULLANIM DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

*Bu çalışma Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na yürütülmektedir. Çalışmanın amacı Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara kullanım düzeyleri, sigara kullanım düzeylerinin aleksitimi ile ilişkisi ve sigara kullanım düzeylerini etkileyen faktörleri değerlendirmektir. Elde edilen bilgiler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır ve üçüncü şahıslarla kesinlikle paylaşılmayacaktır.*

Arş. Gör. Dr. Adem KARAGÖZ

1. Cinsiyet: a)Kadın b)Erkek	2. Yaşınız: .....
3. Kaçınıcı dönemdesiniz? .....	4. Boy: ..... 5. Ağırlık: ..... 6. Uyruk: a) T.C b) Diğer.....
7. Annenizin yaşı: ..... 8. Annenizin mesleği: .....	9. Annenizin öğrenim durumu: a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite
10. Babanızın yaşı: ..... 11. Babanızın mesleği: .....	12. Babanızın öğrenim durumu: a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite

13. Mezun olduğunuz lise türü nedir?

- a) Anadolu Lisesi b) Teknik Lise c) Meslek Lisesi d) Özel Yabancı Lise  
e) Özel Türk Lisesi f) İmam Hatip Lisesi g) Düz Lise h) Süper Lise  
i) Fen Lisesi j) Diğer .....belirtiniz.

14. Geçtiğimiz yıl dönem sonu not ortalamanız? (Dönem-1 öğrencileri boş bırakabilir)

Bilmiyorum	FF (0-64) 0	CC (65-74) 2	CB (75-79) 2,5	BB (80-84) 3	BA (85-89) 3,5	AA (90-100) 4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Kaldığınız yer?

- a) Ailemle b) Yurtta c) Akraba yanı  
d) Evde arkadaşlarla e) Evde yalnız f) Diğer.....

16. Aylık elinize geçen net gelir? (Aileden + burs + diğer)

- a) 500-1000 TL      b) 1000-1500 TL  
c) 1500-2000 TL      d) 2000 TL ve üzeri

17. Aile tipi?

- a) Çekirdek aile      b) Geniş aile      c) Ebeveynler ayrı      d) Diğer: .....

18. Ne kadar sıklıkta spor yaparsınız?

- a) Hiç spor yapmıyorum      b) Ayda 1-2 saat      c) Haftada 1-2 saat  
d) Haftada en az 3 gün      e) Her gün düzenli spor yaparım.

19. Aşağıdaki maddelerle ilgili bugüne kadar ki deneyiminizi lütfen belirtiniz:

	Bu maddeyi hiç tanımlıyorum	Hiç kullanmadım	Daha önce kullandım	İlk deneme yaşınızı belirtiniz.
a- Esrar (ot, marijuana, sigaralık)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b- Uçucu maddeler (tiner, bali, derby)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
c- Parovit (vitar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
d- Eroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
e- LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
f- Ekstazy (pıt, MDMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
g- Kokain (crack,taş)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
h- Kodeinli haplar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
i- Sakinleştirici haplar (roş)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
j- Uyarıcı haplar (amfetamin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
k- Doping hapları (steroidler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
l- Bonzai ya da Jamaika (sentetik kanabinoidler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
m- Alkol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
n- Sigara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

20. Sigara içiyor musunuz?

- a) Evet      b) Bıraktım      c) Hayır

\*\*\*20. soruya cevabınız “Bıraktım” veya “Hayır” ise lütfen 35. Sorudan devam ediniz\*\*\*

21. Kaç yıldır sigara içiyorsunuz? .....

22. Sigarayı ilk denediğiniz yaş: ..... Sürekli içmeye başladığınız yaş: .....

23. Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?

- a)10 ve daha az      b)11-20      c) 21-30      d) 31 ve daha fazla

24. İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar süre sonra içersiniz?

- a) İlk 5 dk içerisinde      b) 6-30 dk      c) 31-60 dk      d) 1 saatten sonra

25. Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize yol açan bir hastalığınız olsa da sigara içer misiniz?

- a) Evet      b) Hayır

26. Yasak olan yerlerde sigara içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?

- a) Evet      b) Hayır

27. Günün ilk saatlerinde daha sonraki saatlere göre daha sık mı içiyorsunuz?

- a) Evet      b) Hayır

28. En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?

- a) Sabah ilk sigara      b) Diğerleri

29. Sigara içmeyi sürdürme nedeniniz/nedenleriniz nelerdir?

- |  |                  |
|--|------------------|
| Alışkanlık-bağımlılık                    | Evet( ) Hayır( ) |
| Stresimi azaltıyor                       | Evet( ) Hayır( ) |
| Arkadaş grubu/etkileşimimi artırıyor     | Evet( ) Hayır( ) |
| Okul/ders stresimi azaltıyor             | Evet( ) Hayır( ) |
| Düşünmeme/konsantre olmama yardım ediyor | Evet( ) Hayır( ) |
| Zevk alıyorum                            | Evet( ) Hayır( ) |
| Kilo alma endişesi                       | Evet( ) Hayır( ) |
| Yalnızlıktan dolayı                      | Evet( ) Hayır( ) |
| Diğer.....                               |                  |

30. Sigara içerken, çay/kahve/enerji içeceği vb ürünler kullanır mısınız? Ne sıklıkla kullanırsınız?

- a) Hayır, kullanmam.
- b) Evet, nadiren.
- c) Evet, bazen
- d) Evet, sıklıkla

31. Sigarayı bırakmayı hiç denediniz mi?

- a) Evet (Cevabınız “evet” ise bir sonraki 32. sorudan devam ediniz)
- b) Hayır (Cevabınız “hayır” ise 33. soruya geçiniz)

32. Sigara bırakmayı denediyseniz hangi metotla kaç kez denediniz, en uzun sigarasız süreniz nedir?

Metot	Kaç kez	En uzun geçirilen süre
Kendi kendime		
Danışmanlık (motivasyonel görüşme)		
Nikotin replasman tedavisi (sakız, bant)		
İlaç tedavisi (zyban, champix)		

33. Sigarayı bırakmak ister misiniz? (1 ile 5 arasında cevap veriniz)

Hiç istemiyorum (1)	İstemiyorum (2)	Olabilir (3)	İstiyorum (4)	Çok istiyorum (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. İsterseniz sigarayı bırakabilir misiniz? (1 ile 5 arasında cevap veriniz)

Kesinlikle bırakamam (1)	Bırakamam (2)	Bilmiyorum (3)	Bırakabilirim (4)	Kesinlikle bırakabilirim (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





**Toronto Aleksitimi Skalası (TAS-20)**

*Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını ilgili kısmı işaretleyerek belirleyiniz.*

		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
40	Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilmem	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
41	Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
42	Bedenimde doktorların bile anlamadığı duyular oluyor.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
43	Duygularımı kolayca tanımlayabilirim.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
44	Sorunları yalnızca tanımlamaktansa onları çözümlmeyi yeğlerim.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
45	Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
46	Bedenimdeki duyular çoğu kez kafamı karıştırır.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
47	Neden öyle sonuçlandığımı anlamaya çalışmaksızın, işleri olurluna bırakmayı yeğlerim.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
48	Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
49	İnsanların duygularını tanıması zorunludur.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
50	İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tanımlamak benim için zordur.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
51	İnsanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
52	İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
53	Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilemem.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
54	İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
55	Psikolojik dramalar yerine eğlence programları izlemeyi yeğlerim.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
56	İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
57	Sessizlik anlarında bile kendimi birisine yakın hissedebilirim.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
58	Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
59	Film ya da tiyatro oyunlarında gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

## Klinik Araştırmalar Etik Kurul Değerlendirme Formu



T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU



<b>Etik Kurul Bilgileri</b>	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakóltesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleřkesi /KOCAELİ
	Telefon	0262 303 74 50
	Faks	0262 303 74 63
	E-Posta	gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr

<b>Başvuru Bilgileri</b>	Araştırmanın Adı	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakóltesi Öğrencilerinin Sigara Kullanım Düzeyleri, Sigara Kullanım Düzeylerinin Alektimi ile İlişkisi ve Sigara Kullanım Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi			
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2018/119			
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Doç. Dr. Tuncay Müge ALVUR			
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Aile Hekimliği			
	Araştırma Merkezi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakóltesi			
	Destekleyici	KÜ BAP			
	Araştırmanın Türü	Uzmanlık Tezi			
	Araştırmaya Katılan Merkezler	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/>	Çok Merkezli <input type="checkbox"/>	Ulusal <input checked="" type="checkbox"/>	Uluslararası <input type="checkbox"/>

<b>Değerlendirilen Belgeler</b>	Belge Adı	Var	Yok	Açıklama
	Başvuru Dilekçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başvuru Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırmanın Türü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anket Çalışması
	Araştırma Protokolü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kullanılacak Form Örnekleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aydınlatılmış Onam Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırma Bütçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Literatür Örneği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Taahhütname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	İzin Belgeleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başhekimlik Onayı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Özgeçmişler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Değişiklik Bilgi Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Proje Sonuç Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Onay formu	18.10.2017/KOGOEK01.2	1/2

Karar Bilgileri	Karar No: KÜ GOKAEK 2018/ 5, 2 Proje No: 2018/119 Tarih: 11/03/ 2018
	Doç. Dr. Tuncay Müge ALVUR sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan, <input checked="" type="checkbox"/> Uygun bulunmuştur. <input type="checkbox"/> Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* <input type="checkbox"/> Uygun bulunmamıştır.*

Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi
-------------	--

<b>Etik Kurul Üyeleri</b>
---------------------------

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Toplantıda Bulunma		İmza
Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	—
Prof. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	—
Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyostatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Semil Selcen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	—
Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Aslıhan Akpınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ceyla Eraldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* Gerekece ve öneriler:

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Onay formu	18.10.2017/KOGOEK01.2	2/2