

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

**ELAZIĞ SANAYİ SİTESİNDE ÇALIŞAN ÇIRAKLARDA
SİGARA İÇME, ALKOL KULLANMA VE
UÇUCU MADDE BAĞIMLILIĞI
PREVALANS ARAŞTIRMASI**

DOKTORA TEZİ

Nevzat BİLGİN

F.Ü. TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof.Dr.R.Erol SEZER

Firat Üniversitesi Merkez Kütüphanesi



0067984

255.07.02.03.00.00/08/0067984

TIP D/15

FIRAT ÜNİVERSİTESİ
Öğrenci Bilgi Sistemi
Öğrenci No : 79.558

38
D. T.
SAĞ. BİL.

ELAZIĞ -- 1996

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ	I
TABLolar LİSTESİ	II
ŞEKİLLER LİSTESİ	VI
GİRİŞ	1
Halk sağlığı yaklaşımıyla sigara sorunu	2
Tarihçe	3
Sigaranın insan sağlığına etkileri	4
Sigaranın hastalıklarla ve ölümle ilişkisi	14
Sigarayı bırakma yöntemleri (Nikotin bağımlılığının tedavisi)	21
Dünya'da ve Türkiye'de sigara tüketim trendi	24
Sigara kullanımı ve gençler	32
Sigara sorunuyla mücadele	40
Alkol kullanımı ve bağımlılığı	42
Alkolün biyokimyası ve metabolizması	42
Alkollü içkiler.....	44
Alkol kullanma alışkanlığı ve alkol bağımlılığı	45
Alkol bağımlılığının nedenleri	47
Alkol bağımlılığının sonuçları	50
Dünya'da ve Türkiye'de alkol kullanım sıklığı	59
Alkol bağımlılığına karşı koruyucu önlemler	63
Uçucu madde kullanımı	65

	<u>Sayfa</u>
Tanımlama	65
Solunum yoluyla kötüye kullanılan uçuucu maddelerin sınıflandırılması...	67
Uçuucu madde kullanımının etkileri	68
Uçuucu madde kullanımının etiyolojisi	69
Uçuucu maddelerin kullanım yaygınlığı	70
Uçuucu madde kullanım metodları	71
Uçuucu madde kullanıcılarının sınıflandırılması	71
Uçuucu madde kullanımında risk grupları	72
Uçuucu maddelerin kronik kullanımı ve tehlikeleri	73
Uçuucu madde kullanımında tanı kriterleri	75
Uçuucu madde kullanımında tedavi prensipleri	75
Uçuucu madde kullanımına yönelik önleyici tedbirler	77
AMAÇ	80
MATERYAL VE METOD	80
BULGULAR	86
TARTIŞMA	118
SONUÇ VE ÖNERİLER	143
ÖZET	149
SUMMARY	150
KAYNAKLAR	151
ÖZGEÇMİŞ	161
TEŞEKKÜR	162
EKLER	
1- Anket Formu	
2- Anket Formu Kodlama Kılavuzu	

ÖNSÖZ

Özellikle son 10-15 yıl içinde gerek kitle iletişim araçlarında, gerekse bilimsel çalışmalarda ülkemiz gençlerinin sigara, alkol ve uçuucu madde kullanımı da dahil olmak üzere uyuşturucu madde kullanımlarının belirgin bir şekilde artış gösterdiği göze çarpmakta ve bağımlılık sorunları ülkemizde de güncellik kazanmaktadır.

Sigara içiminin monbîdite ve mortalite üzerine etkilerini uzun yıllardır çok geniş popülasyonlarda araştıran ABD'de her beş ölümden birinin sigara içimiyle doğrudan ilişkili olduğunun kanıtlanması, bu konunun ne kadar ciddi boyutlarda olduğunun göstergesidir. Sigara içimine karşı olarak geniş kampanyalar yapıp çok başarılı olan bu ülkede beşte bir ölüm nedeni olacak kadar büyük olan böyle bir sorunun, sigara içme hızı giderek artan ülkemizde çok daha büyük boyutlarda ve ürkütücü durumdadır.

Sigara kullanımı hızlı bir şekilde yayılımını sürdürürken alkol kullanımı da gelişmiş ülkeler düzeyinde olmamakla birlikte toplumumuzu etkilemekte, alkol kullanımına bağlı bireysel ve toplumsal sorunlar yaşanmakta, alkol bağımlılığı nedeniyle insanların beden ve ruh sağlığının bozulması yanında, alkole bağlı aile ve iş çanışmaları ortaya çıkmaktadır.

Ülkemiz için uzak zannedilen ancak bir anda ülke olarak tehdidi altına girdiğimiz bir diğer bağımlılık sorunu psikoaktif madde kullanımı özelinde uçuucu madde kullanımı ve bağımlılığıdır. Uçuucu madde kullanımı sonucunda çocuklarımızın ve gençlerimizin, henüz fizyolojik, nörolojik ve psikolojik gelişmeleri tamamlanmadan bu sistemleri bozulmakta ve gelişimini tamamlayamamaktadır.

Ülkemizde bağımlılık sorunlarına ilişkin prevalans araştırması tipinde az sayıda çalışma mevcuttur. Uçuucu madde kullanımına yönelik prevalans çalışmasına ise ulaşılamamıştır. Ulaşılan çalışmaların öğrenci gençliğine yönelik olması, çalışan gençliğin bağımlılık yapıcı maddeler açısından durumunu gösteren çalışmaların olmaması veya az olması nedeniyle bu çalışmanın çalışan gençliğin bağımlılık yapıcı maddeler (sigara, alkol ve uçuucu madde) sorunu açısından tanımlanmasını sağlayabileceği ve ülkemizde bağımlılık sorunlarının mücadelesine katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 1- Sigaranın içerdiği toksik ve kanserojen maddelerin bazıları.....	6
Tablo 2- Sigarada bulunan kanser yapıcı maddeler.....	7
Tablo 3- ABD'de sigara ile bağlantılı hastalıklardan olan ölümlerin sigaradan kaynaklanma yüzdeleri (1985)	14
Tablo 4- ABD'de hastalıklara göre, sigaranın ölüme yol açma rölatif riski ve sigaraya bağlı ölüm sayıları (1988).....	16
Tablo 5- Ülkelere göre 15 yaş ve üstü nüfusta sigara içme oranları	26
Tablo 6- Avrupa Topluluğu ülkelerinde yaş gruplarına göre sigara içme oranları.....	27
Tablo 7- ABD'de 18+ yaş grubunda 1985 yılında eğitim düzeyine göre sigara içme oranları	27
Tablo 8- ABD'de 20+ yaş grubunda yıllara göre sigara içme oranları	27
Tablo 9- Bazı ülkelerde çocukların sigara içme oranları	27
Tablo 10- Türkiye'de erişkinlerde sigara içme oranları.....	29
Tablo 11- Türkiye'de ortaöğrenim öğrencilerinde sigara içme oranları.....	30
Tablo 12- Türkiye'de yükseköğrenim öğrencilerinde sigara içme oranları.....	31
Tablo 13- Kandaki alkol düzeyiyle alkole bağlı ruhsal belirtiler arasındaki ilişki.....	51
Tablo 14- Cinsiyete ve tüketilen alkol miktarına göre sağlık sorunları riski.....	53
Tablo 15- Alkol bağımlılarında sık görülen sağlık sorunları.....	55
Tablo 16- Alkol tüketimine bağlı olarak oluşan kanserler.....	57
Tablo 17- Alkol ve tütün kullanımına göre erkeklerde oral ve farengeal kanserlere ilişkin göreceli riskler.....	57
Tablo 18- Otomobil kullanmaya gerekli nitelikler ve alkolün bunlar üzerine etkisi.....	59
Tablo 19- 1970 ve 1985 yıllarında Türkiye'de ve bazı gelişmiş ülkelerde toplam nüfusta kişi başına düşen alkol tüketim miktarı (litre/kişi başı).....	60
Tablo 20- McDonalds skalası (Uçucu madde kullanımının İngiltere'de kullanılan bağımlılık dereceleri ve özellikleri).....	66
Tablo 21- Heilman skalası (Madde kullanımının kişinin yaşamındaki yeri).....	66
Tablo 22- Uçucu madde içeren ticari ürünler ve içerdiği uçucu maddeler.....	68

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 23- Örnekleme oluşturan işyerlerindeki çırak sayısı ve ankete katılma durumu	81
Tablo 24- Çırakların eğitim durumlarına göre çalışma süreleri.....	86
Tablo 25- Çırakların yaşlarına göre çalışma süreleri.....	87
Tablo 26- Çırakların yaşlarına ve meslek gruplarına göre dağılımları	88
Tablo 27- Çırakların yaşa göre sigara içme durumu.....	89
Tablo 28- Otosanayide çalışan çırakların yaşa göre sigara içme durumu	90
Tablo 29- Mobilya ve ağaç işlerinde çalışan çırakların yaşa göre sigara içme durumu.....	90
Tablo 30- Çıraklarda yaşa ve mesleğe göre düzenli sigara içme prevalansı	91
Tablo 31- Çıraklarda yaşa ve mesleğe göre hayatında bir kez bile olsa sigara içmemiş olma durumu	93
Tablo 32- Çırakların çalışma sürelerine göre sigara içme durumu	93
Tablo 33- Çırakların eğitim durumuna ve yaşa göre sigara içme durumu.....	94
Tablo 34- 15+ yaş grubu çırakların haftalık harçlıklarına göre sigara içme durumu...	95
Tablo 35- 15+ yaş grubu çırakların düzenli sigara içmeye başlama yaşı.....	95
Tablo 36- Çırakların eğitim durumu ve yaşa göre sigaraya başlama dönemi	96
Tablo 37- Otosanayiinde, mobilya ve ağaç işlerinde çalışan ve sigara içen çıraklarda sigara içme miktarları.....	97
Tablo 38- Otosanayiinde, mobilya ve ağaç işlerinde çalışan ve sigara içen çırakların tercih ettiği markalar.....	97
Tablo 39- Sigara içen çırakların son kez içmiş olduğu sigara markaları.....	98
Tablo 40- En samimi dört arkadaşın sigara içme durumunun çırakların düzenli sigara içmeleriyle ilişkisi	98
Tablo 41- Sigara içen çırakların Fagerström nikotin bağımlılık testine göre bağımlılık düzeyleri	99
Tablo 42- Sigara içen çırakların sigarayı bırakma kategorilerine göre dağılımları.....	100
Tablo 43- Sigarayı bırakan çırakların sigarayı bırakma kategorilerine göre dağılımları	100
Tablo 44- Bırakma denemesinde bulunup yeniden başlayan çırakların yeniden başlama nedeni	100
Tablo 45- Çıraklarda yaşa göre alkol kullanma durumu.....	101

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 46- Son bir yılda, son bir ayda, ve son bir haftada alkol kullanma % oranları....	101
Tablo 47- Çıraklarda yaşa göre alkol alma prevalansı	102
Tablo 48- Çıraklarda yaşa göre hayatında bir kez bile olsa alkol kullanmamış olma durumu	102
Tablo 49- Çırakların çalışma sürelerine göre alkol kullanma durumu	103
Tablo 50- Çırakların eğitim durumuna ve yaşa göre alkol kullanma durumu	104
Tablo 51- 15+ yaş grubu çırakların haftalık harçlıklarına göre alkol kullanma durumu	105
Tablo 52- Alkol kullanmakta olan ve alkolü bırakmış olan 15+ yaş grubu çırakların alkolü deneme yaşına göre dağılımları	105
Tablo 53- Çırakların alkole başladıkları ilk içki ve genellikle kullanılan alkollü içki...	106
Tablo 54- Alkol alan çıraklar içerisinde bir oturuşta 5 birim içki içme durumu.....	106
Tablo 55- Son iki haftada alkol alan çıraklar içerisinde bir defada alınan alkol miktarı.....	106
Tablo 56- Son hafta içinde alkol alan çıraklar içerisinde bir defada alınan alkol miktarı	107
Tablo 57- Alkolü bıraktığını belirten çırakların alkolü bıraktıktan sonra geçen süre....	107
Tablo 58- Sanayide kullanılan uçucu maddelerin işyerlerinde bulunma oranları.....	108
Tablo 59- Çırakların, işyerlerinde bulundurulanan uçucu maddelerin kokusundan hoşlanma durumu.....	108
Tablo 60- Çırakların, işyerlerinde bulundurulanan uçucu maddelerin kokusunu iş dışında arzulama durumu.....	108
Tablo 61- Çırakların yaşa göre uçucu maddeyi amaçlı kötüye kullanma durumu.....	109
Tablo 62- Çırakların yaşa göre uçucu madde kullanma prevalansı	110
Tablo 63- Çıraklarda yaşa göre hayatında en az bir kez uçucu madde kullanmış olanlar	111
Tablo 64- Çırakların işyeri ve kullandıkları madde türüne göre uçucu madde kullanma durumu	112
Tablo 65- Çırakların eğitim durumuna ve yaşa göre uçucu madde kullanma durumu	112
Tablo 66- Çırakların çalışma süresine göre uçucu madde kullanma durumu.....	113
Tablo 67- Uçucu madde kullanan çırakların uçucu maddeyi ne kadar süredir kullandıkları.....	113

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 68- Uçucu madde kullanan çırakların son bir ayda uçucu madde kullanma durumu	114
Tablo 69- Uçucu madde kullanan çırakların iş bitiminde yanlarına uçucu madde alma durumu	114
Tablo 70- Uçucu madde kullanan çırakların maddeyi yalnız ya da arkadaşlarıyla kullanma durumu	114
Tablo 71- Şimdiye kadar uçucu madde kullanan çırakları uçucu madde koklamaya iten nedenler	115
Tablo 72- Uçucu madde kullanan çırakların ailelerinin bu durumdan haberdar olma durumu	115
Tablo 73- Çocuğunun uçucu madde kullandığından haberdar olan ailelerin konuyla ilgili çocuklarına ilişkin tutumları	115
Tablo 74- Uçucu madde kullanan çırakların maddeyi kullanma sonrası duydıkları hisler	116
Tablo 75- Çırakların "her 10 çıraktan kaç tanesinin uçucu madde kullandığı"na ilişkin kanaatları	116
Tablo 76- Sigara içen ve alkol kullanan çırakların uçucu madde koklama durumları....	117
Tablo 77- Çeşitli araştırmalarda hiç sigara içmemiş olanların yaşa göre yüzde oranları	120

ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Şekil No</u>		<u>Sayfa</u>
Şekil 1-	Sigara, alkol ve eroinin bırakılmasında başarı oranları	12
Şekil 2-	Bir sigara ve bir nikotin cikletini takiben kan nikotin düzeyindeki değişimler	24
Şekil 3-	I. Dünya, III. Dünya ülkeleri ve gelişmiş ülkelerde tütün tüketim trendi (1988).....	25
Şekil 4-	İngiliz erkeklerinin yıllara göre sigara içme oranları	26
Şekil 5-	Çırakların yaş ve mesleklerine göre düzenli sigara içme durumları.....	91
Şekil 6-	En samimi dört arkadaşın sigara içme durumunun çırakların düzenli sigara içmeleriyle ilişkisi	99
Şekil 7-	Çırakların yaşlarına göre hayatında bir kez bile olsa alkol kullanmamış olma durumu	103

GİRİŞ

Son yıllarda gerek hükümet programlarında ve kitle iletişim araçlarında, gerekse bilimsel çalışmalarda, gençlerin sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımlarının belirgin bir artış gösterdiği görülmektedir (28).

Sigara alışkanlığı, günümüzde dünya nüfusunu tehdit eden en önemli "önlenebilir ölüm nedeni"dir. Koroner kalp hastalığı, başta akciğer kanseri olmak üzere birçok organ kanserleri, kronik bronşit ve serebrovasküler hastalık sigaranın neden olduğu, ölüme yolaçan ve sık görülen başlıca hastalıklardır. Dünya'da her yıl sigara ya da tütün alışkanlığı nedeniyle, yaklaşık 3 milyon kişi yaşamını yitirmektedir. Ülkemizde ise, bir yılda 35 bin olan sigaraya bağlı ölüm sayısının, önümüzdeki 15-20 yıl içinde 100 binin üzerine çıkması beklenmektedir (14,122).

Sigaranın sık içildiği toplumlarda, sigara alışkanlığı kanser ölümlerinin en önemli tek nedeni olup, erkeklerde görülen kanserlerin % 40-45'i, tüm nüfustaki kanserlerin % 30'u sigaraya bağlıdır. Akciğer kanseri ölümlerinin % 90'ı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ölümlerinin % 75-90'ı, koroner kalp hastalığı ölümlerinin % 25-30'u sigarayla ilgilidir (14).

Öte yandan, son 20 yıl içinde, sigara dumanının yalnızca sigara içen bireyi değil, aynı zamanda o ortamı paylaşan başka insanları da benzer biçimde etkilediği kesin verilerle kanıtlanmıştır. Türkiye'de sigara içme alışkanlığının çok yaygın olduğu da kolaylıkla gözlenen bir gerçektir.

Dünya'da ve ülkemizde kullanımı artış gösteren bir başka bağımlılık türü de alkol kullanımıdır. Bu artışa paralel olarak alkole bağlı bireysel ve toplumsal sorunlarda da artış olmakta, alkol alışkanlığı nedeniyle insanların beden ve ruh sağlığının bozulması yanında, alkole bağlı aile ve iş çatışmaları ortaya çıkmaktadır. ABD'de 15 milyon alkolik olduğu, yılda, alkolün etkisiyle 25 bin kişinin trafik kazasından, 20 bin kişinin intihar ya da cinayetten, 25 bin kişinin alkole bağlı organik hastalıklardan öldüğü tahmin edilmektedir (75).

Yıllık alkol tüketiminin yüksek olduğu Fransa, İspanya, Almanya gibi ülkelerde, sağlık işlerine ayrılan bütçenin yaklaşık yarısı alkole bağlı bedensel ve ruhsal sorunların ve hastalıkların tedavisine harcanmaktadır (75).

Sigara ve alkol kullanımı gibi, eski bir geçmişe sahip olan, özellikle son 25 yıldır dünyamızda, son 10 yıldır ülkemizde giderek büyüyen bir halk sağlığı sorunu haline gelen bir diğer bağımlılık çeşidi de psikoaktif madde kullanımı özelinde uçuşu madde kullanımı ve bağımlılığıdır.

"Bu maddelere başlamanın büyük oranda, çocukluk ve delikanlılık çağında gerçekleştiği düşünülürse konunun ne kadar önemli olduğu ortaya çıkar. Çünkü bu kişiler henüz fizyolojik, nörolojik ve psikolojik gelişmelerini tamamlama çağındadırlar ve uçuşu madde kullanımı bu sistemlerin gelişimini olumsuz etkilemekte ve bozabilmektedir" (43).

Amerika ve Avrupa'da uçuşu maddelerin kötüye kullanımının, kendini bir halk sağlığı problemi olarak 1970'li yılların başında hissettirmeye başlamasından sonra, uzmanlar bu konuda, geniş çaplı çalışmalar başlatmışlar; epidemiyolojik, profilaktik, tedaviye yönelik veriler elde etmişlerdir (12).

Ülkemizde ise uçuşu madde kullanımı konusunda yapılmış çok az sayıda bilimsel çalışmaya rastlanılmaktadır. Bu çalışmalar klinik düzeyde olup, toplum taraması tipinde bir çalışmaya da ulaşamamıştır.

Önemli bağımlılık sorunları arasında olan sigara, alkol ve uçuşu madde kullanımı, aşağıda ayrı ayrı ele alınıp, birer halk sağlığı sorunu olarak ayrıntılarıyla irdelenecek ve konuyla ilgili bilgi birikiminin sunulmasına çalışılacaktır.

HALK SAĞLIĞI YAKLAŞIMIYLA SİĞARA SORUNU

Tütün; "Nicotiana Tabacum" ve "Nicotiana Rustica" denen bitkilerle, bu bitki yapraklarının kurutulup işlendikten sonra kullanıma hazır hale getirilmiş şekline verilen isimdir. Tütünün değişik kullanılış biçimleri arasında enfiye, tütün çiğneme, nargile, pipo, puro ve sigara bulunmaktadır. Ancak, günümüzde tütünün en yaygın tüketim biçimi "sigara"dır. Öteki tütün tüketim biçimleri göz yumulabilecek düzeyde az olduğundan, "tütün" denildiğinde akla daha çok sigara gelmektedir. Sigara içme ya da daha genel söyleyişle tütün kullanımı, çok yaygın bir bağımlılık çeşidi olmasının yanısıra, tütünde ve dumanında bulunan maddelerin insan sağlığı üzerine yaptığı son derece önemli zararlı etkiler nedeniyle Dünya'nın ve Türkiye'nin en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir.

TARİHÇE

Tütün dumanının insanların yaşam serüvenine katılışının ve onların sağlıklarında meydana getirdiği olumsuz ve kötü yankının oldukça ilginç bir öyküsü vardır. Amerika'nın keşfinden yüzyıllar önce orada yaşayan insanların tütünü bildikleri ve kullandıkları, yapılan arkeolojik kazı ve buluntularından anlaşılmaktadır. Amerika yerlilerinin haz, keyif, hatta mutluluk verdiğini sandıkları ve dumanını soludukları tütünün kutsal olduğuna, dumanını so-lumanın tanrıların hoşuna gittiğine inandıkları bildirilmektedir (2,11).

Kristof Kolomp ve arkadaşları tütünle karşılaşan ilk Avrupalılardır. Tütün, ilk kez ka-şiflerce Avrupa'ya getirilişinden sonra, gemiciler ve tüccarlar yoluyla da Avrupa'ya sürekli olarak girmeye devam etmiştir. Bundan sonra tütünün Avrupa'da tanınmaya başladığı ve 1 yıl sonra da ilk kez İspanya ve Portekiz'de tütün ekiminin başladığı görülmektedir. Tütün, İs-panya ve Portekiz'den sonra Fransa ve İngiltere'ye daha sonra da bu ülkelerden tüm dünyaya yayılmıştır. 16.yüzyılda ise dünyanın, iklimi uygun tüm bölgeleri artık tütün üretir duruma gelmiştir (11,124).

1880'lerde sigara üreten bir makinanın bulunması, sigaranın giderek yaygın tütün kulla-nım biçimi olmasını sağladı. 1918'de başlayan sigara sanayiinin gelişmesiyle, tütün alışkan-lığı tüm dünyaya yayıldı (14).

Tütünün ilk kullanılmaya başlandığı çağlardan bu yana, insan üzerine zararlı etkileri olduğu o dönemlerde de gözlenmiştir; ancak sigara-sağlık ilişkisinin bilimsel olarak kesin-leşmesi 1950'lerden itibaren olmuştur. Bu dönemlerde değişik ülkelerde, değişik zaman ve tiplerde yapılan bilimsel araştırmalar birbirlerini desteklemiş ve sonunda sigara (tütün), akci-ğer ve diğer bazı organların kanserleri, koroner kalp hastalığı, kronik bronşit ve amfizem başta olmak üzere bir dizi hastalığın nedeni olarak kabul edilmiştir. Yine bu araştırmalar sonunda tütünün kimyasal bileşimi ve bu bileşimdeki maddelerin insan organizması üzerin-deki etkileri belirlenmiş ve sigaranın, bu maddelerden biri olan nikotin aracılığıyla bağımlı-lık yarattığı saptanmıştır (124).

Sigarayla ilgili ortaya çıkan bu bilgiler, gelişmiş ülkelerde sigara içmenin önemle mü-cadele edilmesi gereken bir halk sağlığı sorunu olarak nitelendirilmesine yolaçmıştır. 1963'te İsveçli bilim adamlarının hükümete sundukları bildiriyle de, ilk kez bu ülkede bir sigarayı kontrol programı başlatılmıştır. Diğer gelişmiş ülkeler de bu örneği izlemişler ve bu ülkeler son 30 yılı sigara ile yoğun bir mücadeleyle geçirmişlerdir (105).

Türkiye'de ve diğer gelişmekte olan ülkelerde ise sorunun ciddiyetinin anlaşılamamış olması, bilimsel ve etkili kontrol önlemlerinin yetersizliği ve yeni pazar arayan gelişmiş ülke sigara üreticilerinin yoğun reklam kampanyaları sonucu sigara tüketimi gün geçtikçe artmıştır.

SİGARANIN İNSAN SAĞLIĞINA ETKİLERİ

Sigarada Bulunan Zararlı Maddeler

Sigara dumanında 4000 kadar parçacık halinde zararlı madde türü, 500'den fazla gaz türü vardır. Sigara dumanı iki tiptir. Birincisi içe çekilen duman (main stream smoke), ikincisi ise sigaranın yanan ucundan çıkan duman (side stream smoke)'dır. İçe çekilen duman takriben 900°C'de oluşan bir yanma olayının ürünüdür. Oysa sigaranın içe çekme aralıkları sırasında yanmakta olan ucu 600°C'lık bir ısıdadır. Bu ısı tütün ve kağıdın yanması ile ortaya çıkan maddeleri daha az tüketebildiği için, yanan uçtan çıkan dumanda toksik madde konsantrasyonu daha yüksektir. Tiryakinin dışa üflediği duman ise vücut tarafından filtre edildiğinden, çevredeki insanlara, nisbeten daha az zararlıdır. Sigaranın yanan ucundan çıkan dumanda içe çekilen dumana göre karbonmonoksit 5 misli, zifir ve nikotin 3 misli, benzo(a)pyrenler 4 misli, amonnia 46 misli fazladır. Yine nitrozaminler, benzen, uçucu pridinler, uçucu aminler, aromatik aminler ve nitrojen oksitler de sigaranın yanan ucundan çıkan dumanda daha yüksek oranda bulunmaktadır (123).

Sigara içme işleminin hızlandığı yanma olayı sırasında, her saniyede 6 milyar parçacık oluşmaktadır. Bunların büyüklükleri 0.1-0.6 mikron arasındadır. Oysa içme aralıkları sırasında yandan çıkan dumanda bulunan parçacıklar sadece 0.1 çapında olan parçacıklardır. Yani daha küçük parçacıklardır ve bu daha küçük parçacıklar solunum sisteminin derinliklerine işleyebilme yeteneğine sahiptir (123).

Solunan havadaki asılı parçacık sayısı gerek oda gibi iç ortamların gerekse dış havanın kalitesini ölçme birimidir. Normal bir çalışma odasında solunulabilen parçacık sayısı 20 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ civarındadır. Odada sigara içilmesi halinde bu rakam 200 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ 'e yükselmekte, odada çok sigara içilmesi halinde 500-1000 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ 'e kadar çıkabilmektedir (14,123). Sigara bu özellikleri nedeniyle içenlerle birlikte sigara içmediği halde içenlerle aynı ortamlarda bulunanların sağlığını da etkileyebilmektedir.

Sigara dumanında bulunan zararlı maddeler;

- a- Kanser yapıcı maddeler,
- b- Tahriş edici maddeler,
- c- Karbonmonoksit,
- d- Nikotin, olmak üzere dört grupta toplanabilir.

Kanser Yapıcı Maddeler: Tütün dumanı filtreden geçirildiğinde bir kısmı filtrede kalan koyu kahverengi, katımsı madde tütün zifi (tütün katranı, tar)'dir. Sigaranın zifirinde hem kanser sürecini başlatıcı hem de bu süreci hızlandırıcı maddeler vardır.

Sigara zifirinde başta, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, nitrosaminler ve β naphthylamine gibi kanser sürecini başlatan (cancer initiators) kanserojen maddeler; fenoller, yağ asitleri ve bunların esterleri gibi kanserin gelişim sürecini hızlandıran maddeler (cancer promoting agents) olmak üzere 4000 kadar kimyasal madde bulunduğu saptanmıştır. Sigaranın içerdiği toksik ve kanserojen maddelerin bazıları Tablo 1 ve Tablo 2'de sunulmuştur.

Kanser yapıcı maddeler, bazı kişilerde bulunan aryl-hydrocarbon hydroxylase adı verilen bir enzimle daha güçlü kanserojenlere metabolize olabilmektedir. Bu kişilerin sigara nedeniyle kansere yakalanma riskinin çok yüksek olduğu öne sürülmektedir. Tütün zifi kullanılarak yapılan hayvan deneylerinde, hayvanlarda kanser oluşturabilmektedir (124).

Tahriş Edici Maddeler: Bunlar, bronşların mukus ifrazını arttıran ve bronşları döşeyen titretili epitelin, muküsü yukarı ve dışa doğru iten hareketini, dolayısıyla koruyucu etkisini azaltan maddelerdir. En önemlisi akrolein olmak üzere 10 kadar kimyasal bileşik bu gruba girmektedir. Sigara içenlerde solunum yolu enfeksiyonlarının daha sık görülmesinden ve kronik bronşitten tahriş edici maddeler sorumludur. Kanseri yapıcı maddeler gibi bunlar da tütün zifirinde bulunmaktadır (124).

Karbonmonoksit: Karbonmonoksit, sigara dumanının gaz fazında bulunur. Hemoglobine affinitesi oksijenden 200 defa daha fazla olan karbonmonoksit, sigara ve tütünün tam yanmaması sonucu oluşur. Akciğer alveollerinde hemoglobinle birleştiğinde karboksihemoglobin ortaya çıkar. Tiryakilerin kanlarındaki hemoglobinin % 10'u karboksihemoglobin şeklindedir. Yani oksijen taşıma yönünden inaktiftir. Sigara tiryakisinin efor kapasitesini düşüren karbonmonoksit, aterosklerotik değişikliklerden ve kalp-damar hastalıklarının oluşumundan sorumlu maddelerden biri olarak da görülmektedir. Karbonmonoksit, damarların kolesterol permeabilitesini arttırmaktadır. %0.18 karbonmonoksit içeren hava, tavşanlara solutulduğunda, tavşanın koroner damarlarında, insanın koroner hastalığında bulunan patolojik bulgular ortaya çıkmaktadır. Fetusun sigaradan olumsuz etkilenmesi de yine karbonmonok-

Tablo 1- Sigaranın İçerdiği Toksik ve Kanserojen Maddelerin Bazıları

	Bir adet sigaradaki miktar	Yanan uçtan çıkan dumandaki madde miktarının içe çekilen dumandaki madde miktarına oranı
Gaz Fazı		
Carbon dioxide	10 - 80 mg	8.1
Carbon monoxide	0.5 - 26 mg	2.5
Nitrogen oxides (NO2)	16 - 600 µg	4.7 - 5.8
Ammonia	10 - 130 µg	44 - 73
Hydrogen cyanide	280 - 550 µg	0.17 - 0.37
Hydrazine	32 µg	3
Formaldehyde	20 - 90 µg	51
Acetone	100 - 940 µg	2.5 - 3.2
Acrolein	10 - 140 µg	12
Acetonitrile	60 - 160 µg	10
Pyridine	32 µg	10
3-Vinylpyridine	23 µg	28
N-Nitrosodimethylamine	4 - 180 ng	10 - 830
N-Nitrosoethylmethylamine	1.0 - 40 ng	5 - 12
N-Nitrosodiethylamine	0.1 - 28 ng	4 - 25
N-Nitrosopyrrolidine	0 - 110 ng	3 - 76
Parçacık Fazı		
Total	0.1 - 40 mg	1.3 - 1.9
Nicotine	0.06 - 2.3 mg	2.6 - 3.3
Toluene	108 µg	5.6
Phenol	20 - 150 µg	2.6
Catechol	40 - 280 µg	0.7
Stigmasterol	53 µg	0.8
Total phytosterols	130 µg	0.8
Naphthalene	2.8 µg	16
1-Methylnaphthalene	1.2 µg	26
2-Methylnaphthalene	1.0 µg	29
Phenanthrene	2.0 - 80 ng	2.1
Benz(a)anthracene	10 - 70 ng	2.7
Pyrene	15 - 90 ng	1.9 - 3.6
Benzo(a)pyrene	8 - 40 ng	2.7 - 3.4
Quinoline	1.7 µg	11
Methylquinoline	6.7 µg	11
Harmane	1.1 - 3.1 µg	0.7 - 2.7
Norharmane	3.2 - 8.1 µg	1.4 - 4.3
Aniline	100 - 1200 ng	30
o-Toluidine	32 ng	19
1-Naphthylamine	1.0 - 22 ng	39
2-Naphthylamine	4.3 - 27 ng	39
4-Aminobiphenyl	2.4 - 4.6	31
N'-Nitrosonornicotine	0.2 - 3.7 µg	1 - 5
NNK+	0.12 - 0.44 µg	1 - 8
N'-Nitrosoanatabine	0.15 - 4.6 µg	1 - 7
N-Nitrosodiethanolamine	0 - 40 ng	1.2

Kaynak: U.S. DHHS The Health Consequences of Smoking: Cancer: A Report of Surgeon General, 1982.

Tablo 2- Sigarada Bulunan Kansere Yapıcı Maddeler

	Bir gram işlenmiş tütündeki miktar	Sigara başına içilen dumandaki miktar	Uluslararası Kansere Araştırmaları Kurumu'na kabul edilen kanser yapıcı kanıtların var olup olmadığı	
			Hayvanlarda	İnsanlarda
Polisiklik Aromatik Hidrokarbonlar				
Benz(a)anthracene	0.1 - 90 ng	20 - 70 ng	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
Benzo(b)fluoranthene		4 - 22 ng	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
Benzo(j)fluoranthene		6 - 21 ng	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
Benzo(k)fluoranthene		6 - 12 ng	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
Benzo(a)pyrene		20 - 40 ng	Yeterli düzeyde	Muhtemelen
Chrysene		40 - 60 ng	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
Dibenz(a,h)anthracene		4 ng	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
Dibenz(a,i)pyrene		1.7 - 3.2 ng	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
Dibenzo(a,l)pyrene		Var	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
Indeno(1,2,3-c,d)pyrene		4 - 20 ng	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
5-Methylchrysene		0.6 ng	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
Aza-arenes				
Quinoline	ND - 215 ng	1 - 2 µg	Bilgi yok	Bilgi yok
Dibenz(a,h)acridine		0.1 ng	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
Dibenz(a,j)acridine		3 - 10 ng	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
7H-Dibenzo(c,g)carbazole		0.7 ng	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
Nitrozaminler				
N-Nitrosodimethylamine	ND - 360 ng	0.1 - 180 ng	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
N-Nitrosoethyl methylamine		3 - 13 ng	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
N-Nitrosodiethylamine	ND - 6900 ng	ND - 25 ng	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
N-Nitrosopyrrolidine		1.5 - 110 ng	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
N-Nitrosodiethanolamine	0.3 - 89 µg	ND - 36 ng	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
N'-Nitrosomornicotine		0.12 - 3.7 µg	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
4-(Methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanone	0.2 - 7 µg	0.08 - 0.77 µg	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
N'-Nitrosoanabasine	0.01 - 1.9 µg	0.14 - 4.6 µg	Sınırlı düzeyde	Bilgi yok
N'-Nitrosomorpholine	ND - 690 ng		Yeterli düzeyde	Bilgi yok
Aromatik aminler				
Toluidine	1.6 - 7.4 µg	30 - 200 ng	Yeterli düzeyde	Az düzeyde
2-Naphthylamine		1 - 22 ng	Yeterli düzeyde	Yeterli düzeyde
4-Aminobiophenyl		2 - 5 ng	Yeterli düzeyde	Yeterli düzeyde
Aldehitler				
Formaldehyde	1.4 - 7.4 mg	70 - 100 µg	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
Acetaldehyde	0.2 - 2.4 µg	18 - 1400 mg	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
Crotonaldehyde		10 - 20 µg	Bilgi yok	Bilgi yok
Organik bileşikler				
Benzene	60 - 147 µg	12 - 48 µg	Yeterli düzeyde	Yeterli düzeyde
Acrylonitrile		3.2 - 15 µg	Yeterli düzeyde	Sınırlı düzeyde
1,1-Dimethylhydrazine			Yeterli düzeyde	Bilgi yok
2-Nitropropane		0.73 - 1.21 µg	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
Ethylcarbamate	310 - 375 ng	20 - 38 ng	Yeterli düzeyde	Bilgi yok
Vinyl chloride		1 - 1.6 ng	Yeterli düzeyde	Yeterli düzeyde
İnorganik bileşikler				
Hydrazine	14 - 51 ng	24 - 43 ng	Yeterli düzeyde	Az düzeyde
Arsenic	500 - 900 ng	40 - 120 ng	Az düzeyde	Yeterli düzeyde
Nicel	2000 - 6000 ng	0 - 600 ng	Yeterli düzeyde	Sınırlı düzeyde
Chromium	1000 - 2000 ng	4 - 70 ng	Yeterli düzeyde	Yeterli düzeyde
Cadmium	1300 - 1600 ng	41 - 62 ng	Yeterli düzeyde	Sınırlı düzeyde
Kurşun	8 - 10 µg		Yeterli düzeyde	Az düzeyde
Polonium-210*	0.2 - 1.2 pCi	0.03 - 1.0 pCi	Bilgi yok	Bilgi yok

* Polonium-210, radyoaktif bir maddedir.

Kaynak: US Department of Health and Human Services: The Health Consequences of Smoking: Cancer: A Report of the Surgeon General. Washington, DC, US Government Printing Office, 1982.

sitle ilgili gibidir (124).

Nikotin : Nikotin ya da kimyasal adıyla " β -piridil- ∞ -N- metil pirolidin", tütün yapraklarında, malik ve sitrik asitle kombine durumda, % 2-8 oranında bulunur. Bir sigarada bulunan nikotin miktarı, markadan markaya değişmek üzere 1-2 mgr. civarındadır (70).

Çok değişik etkilere sahip bir madde olan nikotin; santral ve otonom sinir sistemlerinde ve nöromüsküler kavşakta bulunan nikotinik tipteki kolinerjik reseptörleri uyarmakta, yüksek dozlarda ise nikotinik kolinerjik reseptörler bulunan yapıları felç etmektedir (69).

Nikotin; sempatik ve paresempatik gangliyonlarda ve bu gangliyonlara embriyolojik yönden eşdeğer bir organ olan sürrenal medullada bulunan kolinerjik reseptörler üzerine etkilidir. Fakat parasempatik sistemde nöroeffektör kavşaktaki reseptörler üzerine, bu reseptörlerin müskaridik tipte oluşu nedeniyle etkisizdir. Sürrenal medulladaki reseptörler üzerine etkisi buradan adrenalin ve noradrenalin salınmasına yolaçmaktadır. Bu nedenle sigara içme nabızın ve kan basıncının artmasına yolaçarken, periferik vazokonstriksiyona ve buna bağlı cilt sıcaklığında azalmaya ve cilt renginde solmaya yolaçmaktadır. Bu etki, sigara içmeyenler sigara içtiğinde ya da sigara içenlerde bir yokluk döneminden sonra daha belirgindir (69,70).

Sigara içmenin; nikotin etkisiyle, sürrenal medulladan ve sempatik sinir uçlarından katekolamin salgılamasına yolaçtığı gösterildiği gibi, nörohipofizden de doza bağımlı bir şekilde ADH hormonu salgılamasına neden olduğu da gösterilmiştir. Nikotinin ACTH hormonunu salıvermesini arttırdığı da bildirilmektedir. Söz konusu nöroendokrin etkilerin dopaminerjik ve noradrenerjik sinir uçlarındaki presinaptik nikotinik reseptörlerin uyarılmasından kaynaklandığı öne sürülmektedir. Nikotinin prostoglandinlerin sentez ve salıverilmesini uyarıcı etkisi de gösterilmiştir. Öte yandan yine bir prostoglandin ve antiaterosklerotik bir hormon olan prostasiklin (PGI_2)'nin oluşumunun nikotin tarafından inhibe edildiği de bulunmuştur. Sigara içenlerde nikotin ile ilgili etkiler nedeniyle trombositlerin birbirlerine ve damar duvarına yapışma yeteneğinin arttığı ve kandaki yağ asitleri konsantrasyonunun yükseldiği gösterilmiştir. Aritmi yapıcı potansiyeli de öne sürülen nikotin, tüm bu nedenlerle karbonmonoksitle birlikte koroner kalp hastalığının oluşumunda etkili faktörlerden sayılmaktadır (70).

Çok yanlı etkileri olan nikotin, alınan doz arttıkça toksik etkili bir maddedir. Bir pürodaki nikotin erişkin bir insanın damar içine zerk edilirse öldürücü olur. Erişkin için peroral letal dozu 40-50 mgr.dır (57).

Nikotin ve Bağımlılık

Madde bağımlılığı (drug dependence), 1964 öncesinde tutsaklık (addiction) ve alışkanlık (habituation) veya diğer adıyla psikolojik bağımlılık (psychological dependence) şeklinde ikiye ayrılırdı. Bu ayırım yetersiz ve hatalı bulunarak 1964'te terkedilmiştir. Bu ayırımın yapıldığı 1964 öncesinde sigara bir alışkanlık olarak kabul edilirdi. Çünkü tutsaklığı, alışkanlıktan ayıran üç ölçüt açısından değerlendirildiğinde; sigara, o dönemin bilgileriyle tutsaklığın koşullarını sağlamıyordu. O dönemde tutsaklık (addiction) kararı için gereken üç ölçüt şunlardır (33,135):

1- Fizik bağımlılığın (physical dependence) varlığı: Madde kullanımı kesildiğinde rahatsızlık verici yoksunluk belirtilerinin (abstinence syndrome, withdrawal syndrome) ortaya çıkması ve bu maddeye karşı kişide toleransın (tolerance) gelişmesi fizik bağımlılığın göstergeleridir. Tolerans kişinin aynı etkiyi sağlayabilmek için giderek daha fazla madde kullanması durumudur. Tutsaklığın temelinde rahatsızlık verici yoksunluk belirtilerinden kurtulmak için madde kullanımının sürdürüldüğü fikri vardı.

2- Kullanılan maddeye bağlı zararın kullanan kişiyle sınırlı kalmaması, toplumu etkilemesi.

3- Kompulsif madde kullanımının kuvveti: Kompulsif (compulsive) madde kullanımı, engellenmesi güç bir istek nedeniyle süren madde kullanımıdır.

1964 öncesinin bilgileriyle sigara, bu şartları sağlamadığı için tasnifte yerini alışkanlık (habituation) olarak almıştı. Oysa bugünün bilgileri sigaranın bu şartları sağladığı şeklindedir. Şöyle ki: 1964 sonrası dönemde sigara kullananların, sigarayı bir süre kesmeleri halinde rahatsız edici yoksunluk belirtilerinin (aşırı sigara içme arzusu, çabuk sinirlenme, huzursuzluk, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, hareketsiz duramama, kalp atım hızında azalma) ortaya çıktığı gözlenmiş ve bu belirtiler 1979'da tütün yoksunluğu (tobacco withdrawal) adıyla ruhsal hastalıklarla ilgili tasnifte yerini almıştır. Tekrar sigara alındığında kaybolan bu belirtilerin, kişiye nikotin verilerek de kaybolduğunun gözlenmesi nedeniyle daha sonra tütün yoksunluğu adı nikotin yoksunluğuna (nicotine withdrawal) çevrilmiştir (6,7). Sigaranın ve nikotinin etkilerine karşı toleransın geliştiği de gösterilmiştir. Bu bilgiler sigara kullanımının fiziki bağımlılık yapıcı özelliğini gösterir; Yol açtığı toplumsal zararın büyüklüğü ve önemi kolayca algılanılabilen sigara kullanımında, kompulsif davranışın kuvveti de alkol ve eroindeki kadar güçlü gözükmetedir. Bu bilgiler 1964 öncesinde bilinseydi sigara, o tasnifte tutsaklık (addiction) olarak yer alırdı.

1964 öncesi tasnifte; kokain, amfetamin gibi maddeler de fizik bağımlılık yapmadıkları için alışkanlık grubunda bulunuyordu. Oysa bu maddeler için kompulsif kullanımın kuvveti, eroin ve alkol gibi tutsaklık yaptığı tartışmasız kabul edilen maddelerden az değildi. Yine toplumsal zarar bu maddeler için de önemliydi. Bu gerçekler, "tutsaklık-alışkanlık" ayrımı şeklindeki tasnifin sarsılmasında önemli rol oynadı. Bu arada kompulsif madde kullanımının; beynin, pekiştirme (reinforcement) ile ilgili bölgesinin farmakolojik olarak uyarılmasından kaynaklandığı mutabakatı doğmuştu. Hayvan deneylerinde böyle bir beyin bölgesinin olduğunun ve bu bölgeyi bir manivelaya basarak uyarma imkanı verilen farelerin saatte 2000 kere bu manivelaya bastıkları ve hiç hareket edemeyecek kadar hiç kesintisiz 15-20 saat kendilerini uyarmayı sürdürdüklerinin gözlenmesi bu istikametteki gelişmelere zemin hazırlayan önemli bir katkıydı (38).

Yukarıda belirtilen nedenlerle "tutsaklık (addiction)-alışkanlık (habituation) ayrımı terkedilmiş bunların yerine tek bir terim benimsenmiştir, bağımlılık (dependence) terimi. Böylece bağımlılığın değerlendirilmesinde fizik bağımlılığı merkeze alma eğilimi de aşılmıştır.

Bağımlılık yeni yaklaşımla şu şekilde tanımlanmaktadır (148): "Kullanılan madde ile canlı organizma arasındaki etkileşimden kaynaklanan ve organizmada madde kullanımına yönelik engellenemez bir arzunun oluşması başta olmak üzere bazı davranış değişiklikleri ve diğer bazı değişikliklerle karakterize ruhsal (psychic) bazan da fiziki bir durumdur. Madde kullanımı sonucu oluşan ruhsal değişiklikleri yeniden yaşamak, bazan da maddenin kullanılması durumunda ortaya çıkabilecek yoksunluk belirtilerinden sakınmak için, madde kullanımına karşı oluşan engellenmesi güç arzu bazan sürekli, bazan da aralıklarla ortaya çıkar. Tolerans olabilir de, olmayabilir de".

Organizmada yoksunluk belirtilerinin oluşmasına ve toleransa yol açabilen fakat kompulsif kullanmaya neden olmayan cyclazocine ve nalorphine gibi maddelerin varlığı yeni tanımla uyumlu olup, eski kavramların terkedilmesindeki yerindeliğini destekler (135).

Bağımlılık Ölçütleri ve Sigara:

Bağımlılık kararını vermede kullanılan ve kaynağını yukarıdaki tanımdan alan üç ölçüt vardır (135);

1-Belirli bir kalıp içinde süren ve kompulsif karakterli olan madde kullanımı.

2-Bu şekilde kullanılan maddenin, psikoaktif yani merkez sinir sistemini etkileyerek ki-

şı davranışını değiştirebilme özelliğinin bulunması.

3-Kullanılan maddenin davranışlar üzerinde olan etkisinin kişi tarafından ödül (reward) olarak algılanması ve madde kullanma davranışının yeniden ödül almaya yönelik olarak pekişmesi (reinforcement), diğer bir deyişle maddenin davranışlar üzerine olan ve ödül olarak algılanan etkisinin bir pekiştireç (reinforcer) olarak işlev görmesi.

Belirli bir kalıp içinde süren ve kompulsif karakterli olan madde kullanımı olma yönünden sigara tiryakiliği: Burada söz konusu olan, belirli bir kullanım süresini takiben kişide oluşan engellenmesi, direnilmesi güç bir arzu ile süren madde kullanımının varlığı ve kişi madde kullanımını terk etmek istese de hatta terketmeyi denese de kullanma arzusunun devam etmesidir. Yani bir bakıma bu maddenin, bu maddeyi kullanma davranışını kontrol altına almasıdır. Madde bağımlılarının bu maddeleri kullanma davranışları, bu maddenin kontrolü altında geliştiğinden değişik kişilerde belirli bir benzerlik ve düzenlilik gösterirler.

Sigara bağımlılarının benzer kullanım özelliklerinin başlıcaları şunlardır (135):

a-Başlamayı izleyen dönemde günlük kullanılan miktar giderek artar, ta ki kişiden kişiye değişen belli bir miktara ulaşıncaya kadar;

b-Tiryakiler uyanmayı izleyen kısa bir süre içinde ilk sigaralarını içerler; sonra gün boyunca belirli bir düzenle ve belirli miktarda kullanmayı sürdürürler.

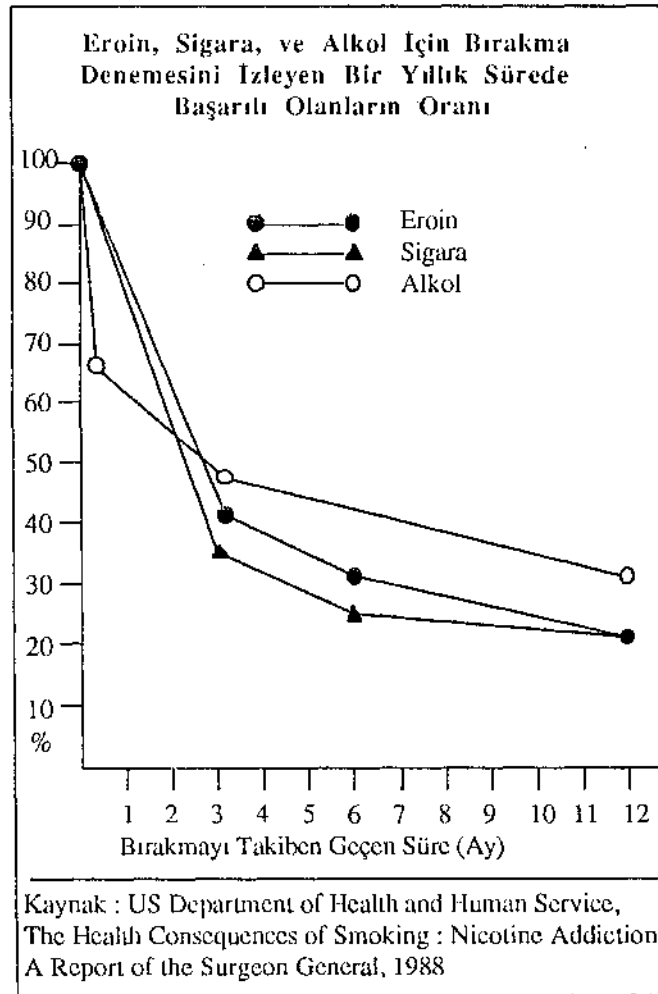
Şekil-1'deki ilişki ve gırtlak (larynx) kanseri olup gırtlakçı çıkartılmış bazı hastaların, nefes borusuna boyun derisinden açılmış trakeostomi deliğinden sigara içmeyi sürdürmeye kalkmaları; sigaranın yol açtığı kanser ve kalp hastalığı gibi hastalıklar nedeniyle ameliyat olan hastaların % 50'sinin ya daha hastaneden taburcu olmadan önce ya da taburcu edilmelerini izleyen kısa dönemde sigara içmeye yeniden başlamış olmaları; sigara tiryakilerinin çoğunun bırakmak istemeleri ya da bırakmayı denemiş olmaları gibi bazı gözlemler sigaranın kompulsif kullanımını oldukça açık bir şekilde yansıtmaktadır.

A.B.D.'de 1986 yılında erişkinler üzerinde yapılan araştırmaya göre içenlerin % 65'i en az bir kere bırakmayı denemiştir (135):

Aşağıdaki iki grup halinde sunulan bazı araştırma bulguları; kompulsif olan ve belirli özellikler gösteren sigara kullanma davranışının, vücutta arzulanan belirli bir kan nikotin düzeyinin sağlanması temelinde oluştuğunu düşündürmektedir. Bu özellik eroin, alkol gibi prototip bağımlılık yapıcı maddelerin de temel özelliğidir.

a-Sigara kullanma kalıbına yapılan müdahale ile ilgili bazı araştırma bulguları ve gözlemler: Sigara kullanan deneklerde deney başında içirilen sigara miktarı ile onu izleyen bir

saat içinde deneklerin kendiliklerinden içtikleri sigara miktarı arasında ters ilişki gösterilmiştir. Bir çalışmada günde ortalama 37 sigara içmekte olan tiryakilerin günde içtikleri miktar beş sigaraya düşürülmüştür. Bu durumda deneklerin içe çekme sıklığını ve derinliğini arttırma yoluyla sigara başına soludukları nikotin miktarını üç misli yükselttikleri gözlenmiştir. Bir deneyde de deneklere yaktığı sigaradan belirli sayıda içe çekme imkanı verilmiştir. Bu deneyde her sigara yakıldığında bazı denekler sadece bir kere içe çekebilirken bazıları 12 kere, diğerleri de 1 ila 12 arasında kendilerine bildirilen sayıda içe çekebilmişlerdir. Bu denekler bir süre izlenmişler ve izleyen yeni sigara yakma davranışları arasındaki süreler kaydedilmiştir. Bu deneyde izin verilen içe çekme sayısı arttıkça yeni sigara yakma için geçen süre uzadığı gözlenmiştir (135).



Şekil 1- Sigara, alkol ve eroinin bırakılmasında başarı oranları

b-Nikotin ve nikotinin etkilerini bloke eden maddelerin verilisinin, sigara içme davranışını etkileyişine dair bazı araştırma sonuçları (135): Bir çalışmada ağız yoluyla veya damar yoluyla nikotin verilen tiryakiler, bu nikotini aldıktan sonra 90 dakika izlenmişlerdir. Verilen nikotin dozu arttıkça izleyen 90 dakikada içilen sigara sayısı azalmıştır. Nikotinin beyindeki etkilerini bloke eden, engelleyen mecamların gibi ilaçların sigara içenlere verilmesi halinde ise bu kişilerin içtikleri sigara miktarı artmıştır. Nikotinin etkilerini sadece beyin dışı yerlerde bloke edebilen maddelerin (pentolinium ve hexamethonium gibi) verilmesi ise sigara içme miktarını ve hızını etkilememiştir.

Bir maddenin morfin , kokain ve alkol gibi bağımlılık yapıcı özelliklerinin olup olmadığının araştırılmasında kullanılan aşağıda belirtilen 4 çeşit test, bağımlılığın 2. ve 3. ölçütleriyle de ilgilidir:

1-Maddenin vücuda girdiğini kişi ayırt edebilmelidir. Maddenin alındığında ayırt edilmesini sağlayan özgün etkileri (interoceptive stimulus effects) olmalıdır.

2-Maddenin merkez sinir sistemi üzerine ödül olarak algılanan etkileri olmalı ve bu etkiler kullanma davranışının tekrarlatıcısı, kuvvetlendiricisi olarak, bilimsel deyişimle pekiştireç (reinforcer) olarak işlev görebilmelidir.

3-Madde alındığında doğal uyaran (unconditioned stimulus) olarak işlev görebilmeli yani bazı davranımlara yol açabilmeli ve daha sonra bu maddeyi çağrıştıran yani bu maddeyle önceden eşleştirilmiş uyarılara (conditioned stimulus) karşı da aynı davranımlar oluşabilmelidir.

4-Maddenin kesilmesi veya yüksek dozda verilmesi rahatsız edici olarak (punishers, aversive stimuli) işlev görebilmelidir (135).

Sigaradaki nikotin, hem hayvanlar hem de insanlar üzerinde yapılan, tüm bu testlerde; sınavı, bağımlılık yapıcı bir madde olarak geçmiştir. Nikotinin özgün etkilerinin, merkez sinir sistemindeki nikotinik reseptörlerin uyarılmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Bu etkilerin hoş gittiği ve hoş giden etkileri ölçen bir ölçek "morphine benzedrine-group (MBG) scale" ile ölçülebildiği de gösterilmiştir. Nikotin MBG ölçeğiyle saptanan puanı doza bağlı olarak yükseltmiştir (33,135).

Yukardaki 4 çeşit test işlemlerinden sadece birinde pozitif sonuca ulaşılması ancak 1980 sonrası çalışmalarda olabilmektedir. Nikotinin davranışı pekiştirici etkisinin gösterilmesiyle ilgili testlerde 1980 sonrası farklı bir yaklaşım kullanılmış, devamlı pekiştirme tarifesi yerine aralıklı pekiştirme tarifesi seçilmiştir. Bu yeni yaklaşımla yapılan deneyler, kararlı bir şekilde nikotinin pekiştireç (reinforcer) özelliğini göstermiştir.

Yukarda yer alanlar özetle, düzenli sigara kullanımının alkol, eroin, kokain gibi bir madde bağımlılığı olduğunu göstermektedir.

Sigara kullanımının güçlü bir bağımlılık olmasının getireceği iki temel sonuç vardır:

1-Henüz yeterli eğitimi almamış ve bilinçli karar verme çağına gelmemiş gençlerin ve çocukların, sigara kullanımını cazip eşleştirmelerle, teşvik eden sigara reklam ve tanıtım çalışmalarının etkisinden kurtarılmalrı gerekir. Bunun tek yolu her türlü sigara reklamının yasaklanmasıdır. Sigaranın 18 yaş öncesi gençlere satışının yasaklanması da bir diğer önlemdir.

2-Sigara kullanımı güçlü bir bağımlılık olduğuna göre bırakmak isteyen fakat kendi başına bırakamayanlara destek olunmalıdır. Türkiye'de bu konuda ilk adımlar yakın tarihlerde atılmaya başlanmıştır.

SİGARANIN HASTALIKLARLA VE ÖLÜMLE İLİŞKİSİ

Günümüzde insan sağlığını tehdit eden en önemli çevresel etkenin sigara alışkanlığı olduğu ve bu alışkanlığın birçok hastalığın oluşumuna zemin hazırlaması yanında çeşitli sistemlerde de olumsuz etkiler yaptığı ve aynı zamanda önlenabilir en önemli ölüm nedeni olduğu bilinmektedir. Sigara, birçok kanser türü ve solunum, kardiyovasküler ve gastrointestinal sistemler ile ilgili hastalıkların oluşmasında ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerde, gebelik döneminde bebeğin fiziksel ve mental gelişmesinin engellenmesinde primer bir etkiye sahiptir. Sigaranın yol açtığı hastalıklar sonucu meydana gelen ölümlerin sigaradan kaynaklanma yüzdeleri Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3- ABD'de Sigara İle Bağlantılı Hastalıklardan Olan Ölümlerin Sigaradan Kaynaklanma Yüzdeleri (1985)		
Ölüm Nedeni	Erkek %	Kadın %
Koroner kalp hastalığı (35-64 yaş)	45	41
(65+ yaş)	21	12
Serebrovasküler hastalık (35-64 yaş)	51	55
(65+ yaş)	24	6
Akciğer kanseri	90	79
Ağız, dudak, yutak kanserleri	92	61
Gırtlak kanseri	81	87
Yemek borusu kanseri	78	75
Pankreas kanseri	29	34
Mesane kanseri	47	37
Böbrek kanseri	48	12
Kronik obstruktif akciğer hastalığı	84	79
Kaynak: U.S. DHSS: Smoking and Health in the Americans, DHSS Publication No(CDC) 92-8419		

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi ülkelerinde her yıl 40.000 kadın ve 360.000 erkek olmak üzere 400.000 kişi sigaranın neden olduğu kanserler yüzünden ölmektedir. Bu sayıya, sigaranın yol açtığı kalp, akciğer hastalıkları ve diğer hastalıklar nedeniyle olan ölümler de eklendiğinde her yıl sigara nedeniyle, yalnız Avrupa Bölgesi'nde bir milyona yakın kişinin ölmekte olduğu sonucuna varılmaktadır. ABD'de bu rakam 434.000'dir (Tablo-4). Erkeklerdeki sigaraya bağlı kanser ölümleri içinde en sık rastlanılan kuşkusuz akciğer kanseridir (230.000/360.000). Kadınlardaki 40.000 dolayında tahmin edilen kanser ölümlerinin de 30.000'i akciğer kanseri nedeniyle olmaktadır (24).

Uzmanlar 1950 yılından bugüne kadar olan ölümleri inceleyerek 2050 yılına kadar sigaraya bağlı ölüm sayıları konusunda tahminler geliştirmişlerdir. Eldeki verilere göre 1950-1975 yılları arasındaki 25 yıllık sürede dünyada sigaraya bağlı ölümlerin sayısı 10 milyon kadardır. Bu sayı, 1975-2000 yılları arasındaki 25 yıllık sürede 50 milyon dolayına çıkmaktadır (24).

İleriye dönük tahminlerde ise (sigara içme oranlarının aynı kalacağı varsayıldığında) 2000-2025 yılları arasında 120 milyon, 2025-2050 yılları arasındaki 25 yıllık sürede ise 250 milyon insanın sigara yüzünden öleceği hesaplanmaktadır. Bir başka ifade ile 1950 ile 2050 yılları arasındaki 100 yıllık dönemde toplam olarak 430 milyon kişi sigaraya bağlı nedenlerden ölmekte ve 25'er yıllık dönemler halinde incelendiğinde de sigara nedeniyle olan ölümlerde 100 yıllık sürede 25 kat artış meydana gelmektedir. Öyle görülüyor ki, sigara erken ve korunulabilir ölümlerin en önde gelen nedenidir. Sigara nedeni ile olan ölümlerin boyutunu ifade edebilmek için şu benzetme yapılmaktadır; yılın her günü 6 jumbo jet dolusu insan, sigara yüzünden hayatını kaybetmektedir (24).

Sigaranın çeşitli kanser türlerinin gelişmesine olan etkisi, sigara dumanında bulunan çeşitli mutajenler ve karsinojenlerden kaynaklanmaktadır. Bunların başlıcaları benzapiren, di-benzantrazen, nikotin, tütüne özgü nitrosaminler, katekol, nikel, kadmium ve polonyum 210'dur (26,153).

Sigaranın neden olduğu kanserler akciğer, ağız (dudak, dil, larinks, tükrük bezleri, ağız tabanı, nazofarinks, hipofarinks, özofagus); katkıda bulunduğu kanserler mesane, böbrek ve pankreas; ilişkili olduğu kanserler ise mide, serviks kanseri ve lösemidir (94).

Sigaranın tüm kanserlerin % 30'uyla ilişkili olduğu ve akciğer kanserinin % 80-90'ından sorumlu olduğu belirtilmektedir. Gelişmiş ülke erkeklerinde görülen kanser ölümlerinin % 40-50'si sigaraya bağlıdır. Bu oran kadınlarda % 10 dolayındadır; ancak hızla yükselme

Tablo 4- ABD'de Hastalıklara Göre, Sigaranın Ölüme Yol Açma Rölatif Riski ve Sigaraya Bağlı Ölüm Sayıları (1988)

Ölüm Nedenleri*	Erkek			Kadın			Sigaranın toplam yıllık ölüm sayısı
	Rölatif Risk			Rölatif Risk			
	Halen içenler	Eskiden içmiş olanlar	Sigaranın yol açtığı ölüm sayısı	Halen içenler	Eskiden içmiş olanlar	Sigaranın yol açtığı ölüm sayısı	
Yetişkin Hastalıkları(≥35 yaş)							
Kanserler							
Dudak, ağız boşluğu, farenks (140-149)	27.5	8.8	4 942	5.6	2.9	1 460	6 402
Özofagus (150)	7.6	5.8	5 478	10.3	3.2	1 609	7 087
Pankreas (157)	2.1	1.1	2 775	2.3	1.8	3 345	6 120
Larenks (161)	10.5	5.2	2 401	17.8	11.9	589	2 990
Trakea, akciğer, bronşlar (162)	22.4	9.4	78 932	11.9	4.7	33 053	111 985
Serviks uteri (180)	-	-	-	2.1	1.9	1 246	1 246
Mesane (188)	2.9	1.9	2 951	2.6	1.9	963	3 914
Böbrek ve diğer üriner sistem (189)	3.0	2.0	2 729	1.4	1.2	363	3 092
Kalp-Damar Sistemi Hastalıkları							
Hipertansiyon (401-404)	1.9	1.3	3 441	1.7	1.2	2 254	5 695
İskemik kalp hastalığı (410-414)							
35-64 yaşındakiler	2.8	1.8	29 263	3.0	1.4	9 105	38 368
≥ 65 yaşındakiler	1.6	1.3	41 821	1.6	1.3	27 990	69 811
Diğer kalp hastalıkları (390-398, 415-417, 420-429)	1.9	1.3	27 503	1.7	1.2	14 638	42 141
Serebrovasküler Hastalıklar 430-438)							
35-64 yaşındakiler	3.7	1.4	5 121	4.8	1.4	4 504	9 625
≥ 65 yaşındakiler	1.9	1.3	11 554	1.5	1.0	5 134	16 688
Ateroskleroz (440)	4.1	2.3	4 644	3.0	1.3	3 612	8 256
Aort Anevrizması (441)	4.1	2.3	5 798	3.0	1.3	1 435	7 233
Diğer Arter Hastalıkları (442-448)	4.1	2.3	1 874	3.0	1.3	1 111	2 985
Solunum Sistemi Hastalıkları:							
Pnömoni, influenza (480-487)	2.0	1.6	11 580	2.2	1.4	8 098	19 678
Bronşit, amfizem (491-492)	9.7	8.8	9 670	10.5	7.0	5 269	14 939
Kronik obst. akciğer hastalığı (496)	9.7	8.8	29 838	10.5	7.0	16 884	46 722
Diğer solunum sistemi hastalıkları (010-012, 493)	2.0	1.6	828	2.2	1.4	690	1 518
Çocuk Hastalıkları (bir yaşından küçük)							
Erken doğum, düşük doğum ağırlığı (765)	1.8		344	1.8		261	605
Respiratuar distres sendromu (769)	1.8		351	1.8		233	584
Yenidoğanın diğer solunum hast. (770)	1.8		384	1.8		277	661
Ani çocuk ölümü sendromu (798)	1.5		422	1.5		280	702
Yanık Ölümleri			850			453	1 303
Sigara içmeyenlerde pasif içiciliğe bağlı akciğer kanseri ölümleri							
			1 330			2 495	3 825
TOPLAM			286 824			147 351	434 175

* Hastalıkların uluslararası sınıflaması 9. dizine göre yapılmıştır.

Kaynak: U.S. Department of Health and Human Services, Smoking and Health in the Americas, A 1992 Report of the Surgeon General, in collaboration with the Pan American Health Organization, Pan American Health Organization, p.106, 1992.

eğilimindedir. Örneğin ABD'de 1986 yılında kadınlardaki akciğer kanseri hızı, meme kanseri hızına yetişerek eşitlenmiştir. Artık bu ülkede akciğer kanseri, kadınlarda da birinci kanser ölümü nedenidir (14).

Sigaranın neden olduğu hastalıklarla ve ölümle sigara arasında saptanan ilişki; günlük içilen sigara miktarı arttıkça, başlama yaşı düştükçe ve içme süresi uzadıkça daha kuvvetli olmaktadır. 20 yıl boyunca günde bir paketten fazla sigara içen bir kişinin akciğer kanserine yakalanma riski içmeyenlere göre 20 kat fazladır. İçilen yıl sayısı arttıkça risk daha fazla artmaktadır. Örneğin, 40 yıl boyunca içilen günde bir paket sigara, 20 yıl boyunca içilen günde 2 paket sigaradan daha fazla risk oluşturmaktadır (50). Sigara içme özelliği de ilişkinin kuvvetini etkilemektedir. Filtreli sigara içilmesi, içilen sigaranın zifir miktarının düşük olması da hastalığa yakalanma riskini azaltmaktadır (124).

Sigaranın morbiditeye etkisi bazı etkileşimlerle sıçramalı bir şekilde artmaktadır. Kişinin hem sigara kullanması hem de alkol kullanan biri olması ağız ve özafagus kanserine yakalanma riskini, faktörlerin tek tek yarattıkları riskin toplamından çok daha yükseltmektedir. Yine yüksek dozlu oral kontraseptif kullanma ile sigara içme arasında damar hastalıklarına yakalanma riskini sıçramalı tarzda arttıran bir etkileşim gösterilmiştir (124).

Sigara, kalp damar hastalıklarının da ana etkenlerinden birisidir. Sigara kullanımı, içilen sigaranın miktarı, dumanın içe çekilme derecesi, filtre kullanıp kullanılmadığı, sigaraya başlama yaşı, sigara içme süresi gibi etmenlere bağlı olarak, koroner kalp hastalığı ve komplikasyonları riskini % 24-200 arasında artırmaktadır. Hipertansiyon ve hiperkolesterolemi gibi iki başka ana etmenle birlikte risk sinerjik olarak artmaktadır. Kalp damar hastalıklarının yol açtığı ölümler açısından genç erişkin yaş grubundaki tiryakiler en yüksek riski taşımaktadırlar. 45 yaşın altında görülen koroner kalp hastalığı ölümlerinin % 80'i sigara ile ilişkilidir. DSÖ hesaplamalarına göre; gelişmiş ülkelerdeki erkek ölümlerinin (35-69 yaş) üçte biri sigaraya bağlıdır. Bu ölümlerin % 40'ı ise dolaşım sistemi hastalıkları sonucu oluşmaktadır (94).

Sigara kronik obstrüktif akciğer hastalıklarının da (KOAH) önemli bir nedenidir. Tüm kronik obstrüktif akciğer hastalıklarının % 80-90'ı sigaraya bağlıdır. Gelişmiş ülkelerde bu hastalığa bağlı ölümler 500 bine yakındır (94).

Sigaranın tüm sistemlere olduğu gibi gastrointestinal sisteme de olumsuz etkileri görülmektedir. Sigara içenlerde peptik ülser sık görülmektedir. Epidemiyolojik çalışmalarda sigara içenlerde hem duodenal ülser hem de gastrik ülser riski yüksektir. Sigara ülser iyileşmesini

geciktirir, ülserin komplikasyon riskini artırır. Ülserle bağılı cerrahi girişim sigara içenlerde daha fazladır. Duodenal ülser perforasyonlarının % 87'sinin sigara içtiği saptanmıştır. Duodenal ülserde ölüm oranı kadın ve erkekte sigara içenlerde daha yüksektir (68).

Gebelik döneminde içilmesi halinde sigaranın doğrudan olumsuz etki yaptığı yapılan araştırmalarla kesinlik kazanmıştır. Sigara içiminin gebelik sırasında düşüklere, bebeğin anne karnında veya doğumda ölümüne ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin doğmasına neden olabildiği belirlenmiştir (124). Ani bebek ölümü sendromu, hamileliğinde günde on adetten az sigara içen annelerin bebeklerinde sigara içmeyen annelerin bebeklerine göre iki misli daha fazla görülmektedir. Günde on adetten çok sigara içen annelerin bebeklerinde ise ani bebek ölümüne beş-altı misli daha çok rastlanmaktadır (119).

Pasif İçicilik (İstemsiz Sigara İçimi) ve Buna Bağlı Hastalıklar

İstemsiz sigara içimi (pasif içicilik-passive smoking), sigara içmeyen kişilerin sigara içilen ortamda istemsiz olarak çevredeki sigara dumanına maruz kalmaları ve solumaları olarak tanımlanabilir. Pasif içicilik ya da istemsiz sigara içiminin sağlık üzerine olumsuz etkileri ilk kez 1972 yılında ele alınmıştır (138). Pasif içicilerin sigara dumanından zarar gördükleri, bu kişilerin vücut sıvılarında ya da alveol havasında çeşitli tütün komponentlerinin ya da metabolitlerinin gösterilmesi ile kanıtlanmıştır. Sigara içiminin en spesifik ve duyarlı göstergesi nikotin ve onun başlıca metaboliti olan kotinindir. Nikotin ve kotinin normalde vücut sıvılarında bulunmamaktadır ve solunan sigara dumanı ile kotinin arasında çok kuvvetli bir ilişki vardır (54,94).

Geniş bir evrende yapılan sağlık taramasında, sigara içmeyenlerin % 63.3'ünün hergün sigara dumanına maruz kaldıkları saptanmıştır. Bunlardan % 34.5'inin istemsiz sigara dumanına maruziyeti haftada 10 saat, % 15.9'unun ise haftada 40 saat olarak bulunmuştur (58).

Eldeki çalışmalara göre, eşi sigara içip kendisi içmeyen kadınlardaki kanser riski artışı % 20 ile 55 arasındadır. Bazı araştırmalarda da bu riskin % 70'e kadar çıktığı saptanmıştır. Sigara içmeyenlerde ortaya çıkan tüm akciğer kanserlerinin % 20-30'unun çevresel sigara dumanından kaynaklandığı, bazı araştırmalarda bu oranın % 60'a kadar çıktığı da bilinmektedir. Yine pasif içicilik nedeniyle kalp damar hastalığı riski %30-50 oranında artabilmektedir (14).

Avrupa'da yılda 100.000 kişinin sadece pasif içiciliğin neden olduğu kalp damar hastalıkları ve kanser nedeniyle yaşamlarını kaybettikleri bilinmektedir (90). ABD'de yine pasif

içiciliğe bağlı olarak yılda 53.000 ölümün meydana geldiği bildirilmiştir. Ölümlerin 37.000'i kalp hastalığı, 3.700'ü akciğer kanseri ve 12.000'i ise diğer kanserlere bağlanmaktadır. Bu bulgulara dayanılarak pasif içicilik ABD'de aktif sigara içimi ve alkol kullanımından sonra üçüncü önlenebilir ölüm nedeni olarak gösterilmektedir (123).

Çocukların sürekli sigara içilen ortamda yaşamak zorunda kalmaları, sağlıklarını ve gelecekteki yaşamlarını olumsuz etkilemektedir. Bu çocuklarda pnömoni, bronşit ve bronşiyolit nedeniyle hastaneye yatma, diğer çocuklara göre % 27.5 ile % 32 daha fazla görülmektedir. Bunun yanında akut solunum hastalıkları, genizeti, tonsillit, kronik öksürük ve otit gibi hastalıklara; akciğer gelişiminin yavaşlamasına ve işlevinin azalmasına, pasif içici durumunda olan çocuklarda daha sık rastlanmaktadır. Bu çocuklarda ayrıca, tüberküloz ve bronşial astım riskinin de arttığı saptanmıştır (14).

Sonuç olarak, koruyucu hekimlik alanında hastalıkların azaltılması ve yaşamın uzatılmasına sigaranın kontrolü kadar etki yapabilecek başka bir önlem daha yoktur. Nedeni ise sigaranın hem içenlere hem de çevresindekilere yaptığı büyük zararlarıdır.

Sigarayı Bırakmanın Sağlığa Yararları

Sigaranın bırakılması her yaştaki kadın ve erkek için önemli ve hızla gözlenen yararlar sağlar. Bu yararlar, sigarayla bağlantıyı bir rahatsızlığı olanlar için de, henüz böyle bir hastalığı olmayanlar için de geçerlidir. Sigara içenlerin; kendi yaşam sürelerini uzatmak ve yaşam kalitelerini artırmak için alabilecekleri en önemli önlem sigarayı bırakmalarıdır. ABD Sağlık Bakanlığı, sigarayı bırakmanın sağlık ile ilgili yararları konusunda, o döneme kadar ortaya çıkan bilimsel kanıtları ayrıntılı bir şekilde ele almış ve geniş bir rapor hazırlamıştır. Raporun genel sonuçları aşağıda yer almıştır (137):

Sigarayı bırakanların ortalama yaşam süresi, sigara içmeye devam edenlerden daha uzundur. Sigarayı 50 yaşından önce bırakmış olanların izleyen 15 yılda ölme riski, içmeyi sürdüren denkleminin aynı sürede ölme risklerinin yarısı kadardır. Erken ölme riski tüm yaşlar için bırakanlarda, içenlerden daha düşüktür. Bırakmayı takiben geçen süre 10-15 yıl olduğunda; bırakanlar, ölüm oranları açısından hiç içmemişlerle eşit düzeye sahip olurlar. Sigarayı bırakmakla, sigaranın neden olabildiği hastalıklara (akciğer kanseri başta olmak üzere bazı organ kanserleri, koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, kronik akciğer hastalığı gibi) yakalanma riski düşer. Hamilelik öncesinde ya da hamileliğin ilk döneminde sigarayı bırakmak, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskini, hiç içmemiş annelerdeki risk düzeyine düşürür.

Bırakmanın sağlayacağı avantajlar, bırakmadan sonra ortaya çıkabilecek; ortalama 2.3 kg.lık kilo artışının ve geçici psikolojik sıkıntıların getireceği dezavantajlardan kıyaslanamayacak kadar fazladır. Oldukça farklı ölçütlerle yapılan tüm kıyaslamalarda, bırakanlar, içmeyi sürdürenlere göre daha sağlıklı bulunmaktadır. Hasta geçen gün sayısı ve yakınma sayısı, sigara içenlerde sigarayı bırakanlardan yüksek bulunmaktadır. Yine bırakanlar kendilerini içenlere göre daha sağlıklı olarak tanımlamaktadırlar.

Akciğer kanserine yakalanma riski sigarayı bırakanlarda, içmeyi sürdürenlere göre giderek düşmektedir. Bırakmayı izleyen süre 10 yıla ulaştığında bırakanların riski, içmeyi sürdürenlerin riskinin % 30-50'sine düşmektedir. Bırakmayı takiben geçen süre daha da artarsa risk düşmeye devam eder. Akciğer ve larinksteki epitel hücrelerinde gözlenen kanser yönündeki (premalign) değişikliklerin şiddeti ve yaygınlığı bırakmayı takiben düşer, azalır. Yemekborusu ve ağızboşluğu kanserleri riski, bırakmayı izleyen süre 5 yıl olduğunda yarı yarıya düşer. Mesane kanseri riski bırakmayı izleyen bir kaç yıldan sonra % 50 düşmektedir. Koroner kalp hastalığı riskinde, sigara nedeniyle oluşan yükselme, bırakmayı izleyen birinci yıldan sonra % 50 azalır. Bunu izleyen yıllarda azalma belirli bir hızla devam eder. 15 yılı takiben bırakanların riski ile içmemişlerin riski aynı düzeyde olur. Koroner kalp hastalığı teşhisi konmuş kişilerde yeniden enfarktüs geçirme ve kalp hastalığı ölümü riski, sigarayı bırakanlarda hızla düşer. Bu düşme % 50 ve daha fazla olabilir. Periferik arterlerde tıkanma riski; bırakanlarda, içmeyi sürdürenlere göre önemli ölçüde azalır. Periferik arter hastalığı olanlarda da bırakmayı takiben egzersize dayanıklılık artar, amputasyon (atardamarı tıkanan ekstremitenin kesilmesi) riski düşer, ortalama ömür yükselir. Sigarayı bırakma, iskemik (kanlanamama sonucu) inme riski ile, beyinde subaraknoid kanama riskini azaltır. Bu riskin, hiç içmeyenlerle aynı düzeyde bir riske kadar gerilemesi, bazı çalışmalara göre bırakmayı izleyen ilk beş yıl içinde, bazı çalışmalara göre ise 15 yıla kadar uzayabilecek bir süre içinde gerçekleşmektedir.

Kronik obstruktif akciğer hastalığı olanlarda, sigaranın bırakılmasını takip eden birkaç aydan sonra solunum fonksiyonları % 5 oranında düzelir. Bu kişilerde bırakma süresi uzadıkça, bu hastalık nedeniyle ölüm oranları, içmeyi sürdürenlere göre önemli ölçüde azalır. Mide ve onikiparmak barsağında ülseri bulunan tiryakilerden, sigarayı bırakanlarda hastalığın seyri, içmeyi sürdürenlere göre daha iyidir.

SİGARAYI BIRAKMA YÖNTEMLERİ (NİKOTİN BAĞIMLILIĞININ TEDAVİSİ)

Bırakmayı isteyen ve bu konuda bilgilendirilen her bağımlı sigarayı bırakılabilir. Sorun, kökleşmiş bir içme isteğinin ve sigara ile ilgili şartlanmaların söndürülmesidir. Başarı için, bırakma sürecinin zorluklarının ve bunlarla nasıl başedilebileceğinin bilinmesi özellikle önemlidir. Gerekli bilgi ile donatılmış kişi, bırakmayı takiben karşılaşacağı ve bağımlılığın doğal sonucu olan güçlükleri kendi zayıflığıyla açıklamaya kalkmaz ve kendine güvenini kaybetmez; bu güçlükleri bilinçli bir şekilde aşar. Bırakma süreci ve teknikleri konusunda bilinçlendirilmiş bağımlının bırakmada başarılı olmasını sağlayacak diğer faktörler azim, irade ve sabırdır. Konuyla ilgili bilgi ile donandıktan sonra kendi kendine bırakmayı deneme, bırakma çabasında ilk adımdır (116). Sigarayı bırakma oranlarının giderek arttığı Amerika Birleşik Devletleri'nde, kendi kendine bırakmayı deneyenlere yardımcı olmayı amaçlayan kılavuz kitapçıkların önemli bir işlev gördüğü anlaşılmıştır. Bu yolla sağlanan başarı oranı (bir yılın sonunda hala içmeyenlerin oranı anlamında) % 8-15 olarak bildirilmektedir (1,55,136).

Kendi kendine bırakamayanlar veya bırakmayı denememişler için ikinci olanak, muayene için hekime gittiklerinde hekimin devreye girmesidir. Hekimin hastasına sigarayı bırakması gerektiğini belirtmesi bile % 5-10 oranında bırakma başarıları sağlayabilmektedir. Hekimin daha etkin olarak devreye girmesi halinde başarı oranı % 20-25 düzeyine çıkmaktadır (73,89).

Nikotin bağımlılığının tedavisinde üçüncü basamak hizmet birimleri, "nikotin bağımlılığı tedavi klinikleri"dir. Bunlar sigara bıraktırma klinikleri (smoking cessation clinics) olarak da isimlendirilmektedir. Tekrarlayan denemelere ve hekim desteğine rağmen bırakamayan fakat bırakmayı isteyenler, bu birimlere sevkleri veya başvurmaları gerekenlerdir. Bu birimlerin hizmet sunması gereken diğer gruplar ise şunlardır; nikotin bağımlılığına ek olarak başka bir madde, örneğin alkol bağımlılığı olanlar, depresyonu veya psikiyatrik bir rahatsızlığı olanlar, hastalıkları nedeniyle sigarayı bir an önce bırakma mecburiyeti altında olan kişiler. Bu birimlerde bu konuda özel eğitim almış hekim ve psikologlar görev almaktadır. Bu birimlerde tedavi 8-20 hafta sürmekte, bilişsel ve davranışsal müdahaleler ile ilaçla tedavi kullanılmaktadır. Sağlanan başarı oranı % 25 ile % 60 arasında değişmektedir. Birinci basamaktan üçüncü basamağa doğru başarı oranları artarken maliyet de artmakta, hizmetten yararlanabilenlerin oranı ise düşmektedir (1,116).

Nikotin bağımlılığının tedavisinde davranışsal ve bilişsel tekniklerin kullanılması

önemli bir yere sahiptir. Fizik bağımlılığı olanlarda ilaçla tedavi de tedavinin önemli bir öğesidir. Davranışsal ve bilişsel teknikleri içinde şu yöntemler yer almaktadır (5,37,76,81,116,126,135):

1-Her sigara kullanımının bir elektrik şoku ile eşleştirilmesi, belirli bir süre için günde kullanılan sigara miktarının iki ya da üç misli arttırılması veya kişinin tahammül edilebileceği bir noktaya kadar hızlı bir şekilde sigara içilmesi (üç dakikalık hızlı sigara içme seanslarında her altı saniyede bir sigaranın içe çekilmesi) gibi sigaraya karşı olumsuz tepki geliştirmeye yönelik yöntemler.

2- a) Yaklaşık on gün kadar ileri bir tarih için bırakma gününün saptanması ve bırakma sözünün verilmesi; bu süre bırakmaya hazırlık dönemidir.

b) Bırakma nedenlerin öncelik sırasıyla yazılması ve zaman zaman gözden geçirilebilecek şekilde üstte taşınması.

c) Sigarayı bırakma kararı dahil bırakmada başarı anlamındaki her önemli gelişme (bırakma kararını uygulamaya sokma, bırakmada ilk başarılı gün, hafta, ay, yıl gibi) için kişinin kendini ödüllendirmesi, başarısızlıklar için ceza uygulamaları.

d) Bırakmaya hazırlık döneminde kişinin kendi içme davranışını kaydederek gözlemesi, bu bilgiler bırakmayı takiben ortaya çıkacak içme isteğinin, ne zaman, nerede, hangi durumlarda ve hangi kuvvette ortaya çıkacağını tahmininde işe yaramaktadır. Bu uygulama, otomatik içilen sigaraların bilincine varılmasını sağlayabileceğinden, kişinin günlük sigara içme miktarını da düşürebilir.

e) Koşullanmaların söndürülmesi. Her sigara bağımlısı için sigara ile eşleşmiş bir çok nesne ve durum söz konusudur. Bu nesne ve durumlar koşullu uyaran ve ayırıcı uyaran olarak görev yapabilmekte ve içme isteği uyandırabilmektedir. Bunların bir bölümü bırakma dönemi öncesinde, hazırlık döneminde zayıflatılabilir veya söndürülebilir.

f) Sigara ve ilgili nesnelerin evden ve iş yerinden uzaklaştırılması. Bırakma öncesi içilen son sigaradan sonra sigara paketi, küllük ve benzeri tütün alımına aracılık eden her türlü gereç evden ve iş yerinden uzaklaştırılmalıdır.

g) İçme isteğini savuşturma teknikleri: İçme isteği geldiğinde kişi bunun geçici bir durum olduğunu ve bu isteğin birazdan geçeceğini aklına getirebilir; bu arada en önemli bırakma nedenlerini düşünebilir. İçme isteği dalgasının bu şekilde zihinsel bir manevrayla savuşturulması bilişsel savuşturma tekniği olarak isimlendirilmektedir. İçme isteğinin savuşturulması fiziki bir etkinlik aracılığıyla da sağlanabilir. Derin nefes egzersizi, birkaç dakikalık kültür fizik, bir kağıda bir takım şekiller çizme, kısa bir yürüyüşe çıkma gibi etkinlikler içme isteğinin savuşturulmasında iş görebilmektedir. Sigarayı çağrıştıran nesne, durum ve

yerlerden mümkün olduğunca kaçınma da bırakma döneminde içme isteğinin sıklığını azaltma açısından önleyici bir yaklaşımdır.

h) Sosyal destek: Aile üyelerinin ve yakın arkadaşların bırakma dönemindeki destekleyici davranışlarının bırakma başarısını arttırdığı öne sürülmektedir. Hekimin bırakma da devreye girmesi, grup tedavilerinin uygulanması durumları sosyal desteğin ev ve arkadaş çevresi dışında da sağlanabildiği durumlardır.

ı) Gevşeme eğitimi: Kişiyi sıkan veya geren durumlar artık sigara içerek değil; derin nefes egzersizi, gevşeme egzersizi gibi tekniklerin kullanılması ile aşılabacaktır. Bu nedenle bırakma hazırlığı döneminde kişiye stresle başa çıkma yolları öğretilmelidir. Derin nefes egzersizi bir kaç dakikalık bir süre için dakikadaki nefes sayısının önemli ölçüde azaltılmasını içerir. Gevşeme egzersizi vücuttaki kas gruplarının teker teker önce kasılmasını sonra gevşetilmesini içerir.

j) Düzenli beden eğitimi: Bırakma dönemi düzenli beden eğitimine başlamayı içerirse önemli avantajlar sağlayabilir.

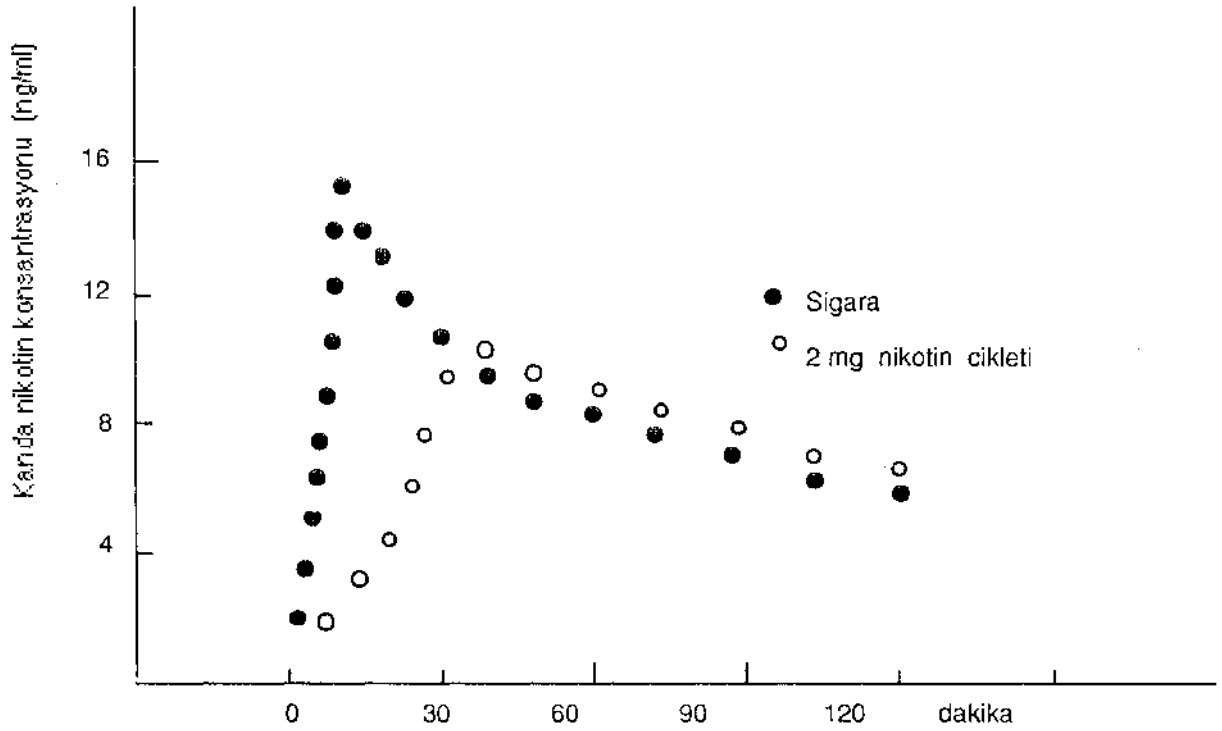
k) Yeniden başlamaya karşı önleyici yaklaşım: Bırakmış kişiler zaman zaman kendilerini zorlayan içme isteklerini hissedebilirler ve bunların birini savuşturamayıp sözlerini bozabilirler. Böyle durumlar için kişiler kendilerini zorlayacak durumları saptama ve saptadığı durumlar için savuşturma düzenleri geliştirme konusunda eğitilmelidir.

Nikotin bağımlılığının ilaçla tedavisi; nikotin preparatları (nikotin polakrileks cikletleri, nikotin flasterleri) ile tedavi ya da antidepressif tedavi yoluyla sağlanmaktadır.

Nikotin bağımlılığı fizik bağımlılık düzeyinde olanlarda sigaranın kesilmesini takiben ortaya çıkan yoksunluk belirtileri daha sık ve daha kuvvetli içme isteğinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu durum fizik bağımlılığı olanlar için bırakmada önemli bir olumsuzluktur. Ağız yoluyla veya cilt yoluyla verilen uygun dozdaki nikotinin pozitif pekiştirici (uyarıcı ve/veya rahatlatıcı) etkilere neden olmaksızın yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkışını önlediğinin gösterilmesi nikotin bağımlılığı tedavisinde önemli bir olanak sağlamıştır. Ağızdan veya deri yoluyla verilen nikotinin sağladığı kan nikotin düzeylerinin zaman içerisindeki değişimi tütün dumanının solunması yoluyla alınan nikotine göre önemli derecede farklıdır (116). Şekil 2, sigara içiminin ve nikotin polakrileks (polacrilex) cikleti çiğnenmesinin başlangıcından itibaren kan nikotin düzeylerini yansıtmaktadır (135).

Sigara içilmesi kan nikotin düzeyini hızla yükseltmekte ve sigara içiminin bitmesi ile kan nikotin düzeyi pik yaparak düşmektedir. Sigaranın pozitif pekiştirici etkisinin bu pik ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir. Ciklet veya transdermal nikotinin böyle bir pike yol açmadığı

Şekil 2- Bir sigara ve bir nikotin cikletini takiben kan nikotin düzeyindeki değişimler



Kaynak: U.S. Department of Health and Human Services (1988). The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of The Surgeon General. CDHHS Publication. No: CDC 88-8406, Washington DC, U.S. Government Printing Office.

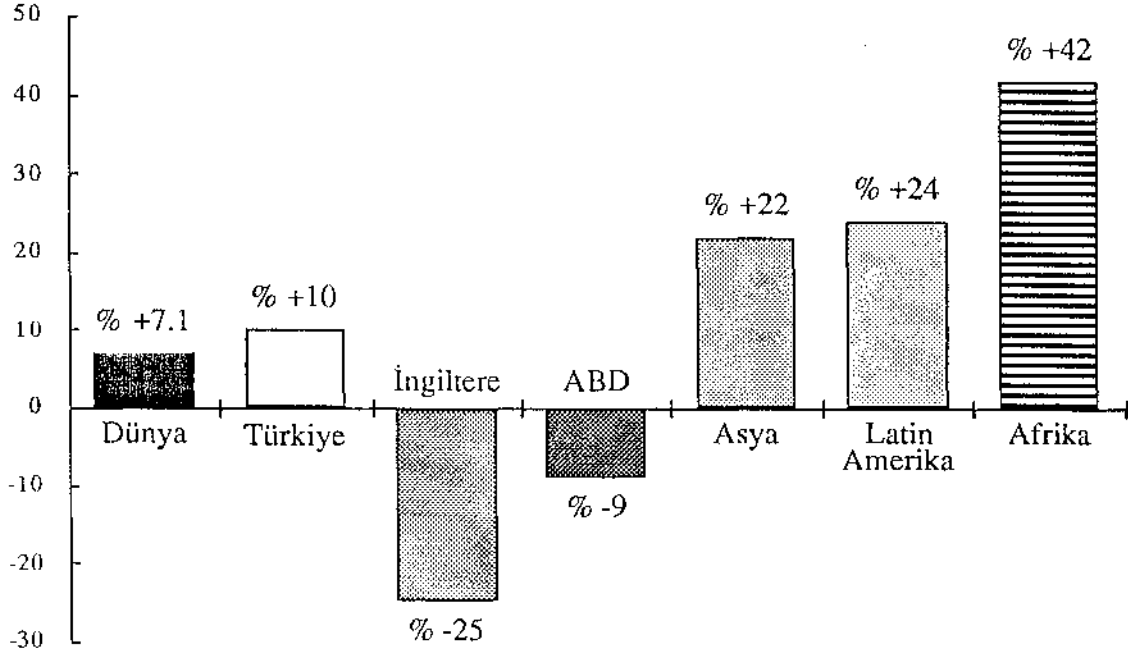
için pozitif pekiştirici bir etkiye yol açmadığı fakat sağladığı kan nikotin düzeyi nedeniyle yoksunluk belirtilerinin oluşmasına fırsat vermediği bildirilmektedir. Söz konusu nikotin preparatları sayesinde bırakmanın ilk aylarında kişi; nikotini, sigara yerine bu preparatlardan sağlamakta, bu sayede sigara içmediği halde yoksunluk belirtilerini hissetmemektedir. Bu dönem; kişi için, bağımlılığın psikolojik ögesinin tedavi edildiği bir dönem olmaktadır. İzleyen dönemde kullanılan günlük nikotin miktarı dönemler halinde giderek azaltılmakta, sonunda tamamen kesilmektedir (116).

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE SİGARA TÜKETİM TRENDİ

Dünya genelinde 1970-1985 yılları arasında sigara tüketimi % 7.1 artmıştır. Asya'da bu artış % 22, Latin Amerika'da % 24 ve Afrika'da % 42 olurken, ABD'de % 9 ve İngiltere'de % 25 oranında bir azalma saptanmıştır. Türkiye'de ise % 10 oranında bir artış sözkonusudur. Gelişmiş ülkelerdeki yıllık azalma oranı % 1.1, gelişmekte olan ülkelerde yıllık artış oranı % 2.1'dir. 1988 yılı için oranlar gelişmiş ülkelerde % 1 azalma, gelişmekte olan ülkelerde

ise % 2.3 artma şeklindedir (Şekil 3) (36).

Şekil 3- 1. Dünya, 3. Dünya Ülkeleri ve Gelişmiş Ülkelerde Tütün Tüketim Trendi (1988)



Kaynak: Crofton J. (1991). "Tobacco and Third World". *Respiratory Medicine and the Third World*; 3: 164-169.

Gelişmiş ülkelerde bugün sigara içme hızı, erkek nüfusun üçte biri ile yarısı arasında değişmektedir. Bu ülkelerin çoğunda, kadınların yaklaşık üçte biri (% 20-40) sigara içmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise erkek nüfusun % 40-60'ı sigara içmekte, buna karşılık kadınlardaki oran % 2-10 arasında değişmektedir (Tablo 5).

1974 ile 1985 yılları arasında; başarılı mücadele programları uygulayan ülkelere ABD'de erkeklerde sigara içme oranı % 43.4'den % 33'e, İngiltere'de % 52'den % 36'ya, Norveç'te % 54'den % 40.3'e düşürülebilmiştir (97). Avrupa ülkelerinde azalma özellikle yaşlı erkeklerde daha belirgindir. Kadınların içme oranı erkeklerden düşük gibi görünse de genç kadınlar akranları erkeklere benzer veya daha yüksek oranlarda sigara içmektedirler (Tablo 6).

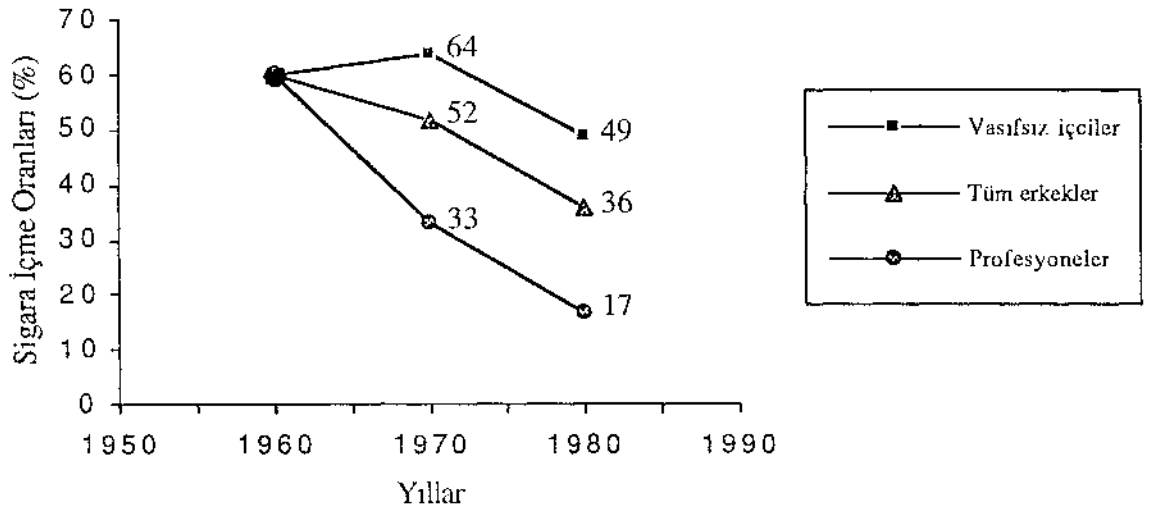
Sigara içme oranlarını başarıyla düşürebilmiş ülkelerdeki trend incelendiğinde, eğilimin sosyo ekonomik durumla bağlantısı dikkati çekmektedir. Şekil 4'de (87) görüldüğü gibi İngiliz erkeklerinde üst sosyo ekonomik grubu temsil eden profesyonellerin içme oran-

Tablo 5- Ülkelere Göre 15 Yaş ve Üstü Nüfusta Sigara İçme Oranları (%)

Ülke	Erkek	Kadın	Ülke	Erkek	Kadın
Türkiye	63	24	Polonya	60	34
Batı Almanya	43	27	İngiltere	35	31
ABD	33	24	Yunanistan	61	26
Avustralya	33	31	İspanya	53	28
Belçika	44	28	Lüksemburg	38	30
B. Krallık	36	32	Portekiz	46	12
Çekoslovakya	65	40	Pakistan	44	6
Danimarka	46	45	Hindistan	52	3
Finlandiya	33	18	Çin	59	13
Fransa	44	29	Endonezya	75	5
Hollanda	47	37	Nepal	79	58
İrlanda	38	31	Yeni Gine	85	80
İsveç	24	28	Etopya	28	3
İsviçre	46	29	Mısır	33	2
İtalya	39	26	Senegal	43	35
Kanada	32	27	Kuveyt	52	12
Macaristan	50	25	Tunus	58	6
Malta	56	20	Peru	34	7
Norveç	39	31	Arjantin	58	18

Kaynaklar: 1- Piar, Sigara Alışkanlıkları ve Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması, 1988. 2- Pierce, JP., International Comparisonsof Trends in Cigarette Smoking Prevalance, AJP, 1989, Vol.79, No:2, 152-158. 3- WHO Regional Office for Europe, A 5 Year Action Plan: Smoke-Free Europe 2, 1988. 4- Bosanquet N., Europe and Tobacco, BMJ, 304; 370-372, 1992. 5- Cancer Research Campaign, Factsheet 5.6, 1992. 6- Crofton J., Tobacco and Third World. Respiratory Medicine and the Third World. 3: 164-169. 1991.

Şekil 4- İngiliz Erkeklerin Yıllara Göre Sigara İçme Oranları



Kaynak: OPCS (1985). *Cigarette Smoking: 1972 to 1984*. OPCS Monitor General Household Survey. Reference GHS 85/2. 1-9. London.

Tablo 6- Avrupa Topluluğu Ülkelerinde Yaş Gruplarına Göre Sigara İçme Oranları (%)

Cinsiyet	15 - 24	25 -39	40 -54	55 +
Erkek	39	53	47	37
Kadın	34	40	26	17

Kaynak: Cancer Research Campaign, Factsheet 5.6, 1992

**Tablo 7- ABD'de 18+ Yaş Grubunda 1985 Yılında
Eğitim Düzeyine Göre Sigara İçme Oranları (%)**

Cinsiyet	Liseden az	Lise	Üniversite	Mezuniyet sonrası
Erkek	40.1	36.6	22.6	17.3
Kadın	31.4	31.0	17.1	15.1

Kaynak: The U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking, Nicotin Addiction, A Report of Surgeon General, 570-571, 1988.

Tablo 8- ABD'de 20+ Yaş Grubunda Yıllara Göre Sigara İçme Oranları (%)

Cinsiyet	1965	1976	1980	1985
Erkek	40.1	36.6	22.6	17.3
Kadın	31.4	31.0	17.1	15.1

Kaynak: The U.S. Department of Health and Human Services, The Health Consequences of Smoking, Nicotin Addiction, A Report of Surgeon General, 570-571, 1988.

Tablo 9- Bazı Ülkelerde Çocukların Sigara İçme Oranları (%), 1986

ÜLKELER		13 YAŞ			15 YAŞ		
		Hergün İçenler	Düzenli İçenler	Hiç İçmeyenler	Hergün İçenler	Düzenli İçenler	Hiç İçmeyenler
Avusturya	E	4.9	8.7	35.2	11.8	18.3	28.2
	K	4.5	7.1	41.8	13.1	20.2	28.9
Finlandiya	E	8.8	12.9	35.7	29.1	35.4	18.4
	K	5.9	8.7	53.4	20.1	27.5	25.6
Norveç	E	5.5	9.0	34.6	16.2	20.3	27.4
	K	6.6	9.2	40.6	17.6	23.9	26.1
İsveç	E	1.5	3.7	55.8	8.7	14.4	31.1
	K	2.8	5.0	56.7	10.9	16.5	38.8
Macaristan	E	3.4	6.8	47.7	20.4	26.3	25.4
	K	0.9	2.1	67.0	14.1	20.9	28.7
İsviçre	E	2.0	3.4	51.0	9.5	13.1	40.9
	K	1.1	1.9	70.3	10.5	14.9	44.4
Galler	E	4.7	7.3	53.9	13.1	15.5	38.2
	K	8.6	12.1	44.2	15.1	20.3	34.1
İsrail	E	1.5	2.1	78.3	5.7	9.2	56.4
	K	0.0	0.4	89.4	4.1	7.5	64.9

Kaynak: WHO, Planning for a Smoke-Free Generation, *Smoke-Free Europe*: 6, 1988.

larındaki düşüş çok hızlıdır. İngiliz kadınlarının sigara içme oranlarında da ilk kez 1974'den itibaren düşme eğiliminin başladığı ve % 41 olarak bildirilen sigara içme oranının 1984'de % 32'ye düştüğü gözlenmiştir. Sosyo ekonomik düzeyi yüksek İngiliz kadınlarının içme oranları ise 1974'de % 25 iken 1984'de % 15 olmuştur (86,87). Kadınlarda içme oranları erkeklerdeki düzeye varmadan daha yavaş bir hızla düşmüştür. Sigara ile mücadele çalışmaları başladığında kadınlardaki sigara salgınının henüz yayılma aşamasında olması bu durumun nedeni gibidir. Kadınlarda, önce salgının doyma noktasına varması engellenmiş ve sonra düşme eğilimi gerçekleşmiştir. Benzer özellikler gösteren ABD'nin bulguları da Tablo 7 ve Tablo 8'de verilmiştir. Böyle ülkelerin iyi eğitim görmüş kesimlerinde her iki cinsiyet için de sigara içme oranları çok düşük ve aynı gibidir. Nitekim bu ülkelerde sigarayı bırakma nedenleri arasında "sigaranın sosyal prestiji olumsuz etkilemesi" de yer almaktadır (54).

Gelişmiş ülkelerde, gençlerin de sigara içme oranlarında azalma görülmektedir. Ancak kadınlarda olduğu gibi genç kızlarda da azalma hızı yavaştır. İngiltere'de 16-19 yaş grubunda sigara içme oranları 1978-1988 yılları arasında erkeklerde % 35'den % 28'e, kızlarda % 33'den % 28'e düşürülebilmiştir (31). İsveç'te de 1971-1980 yılları arasında 13 yaşındaki erkek çocuklarda düzenli sigara içme oranı % 14'den % 5'e, aynı yaştaki kız çocuklarında ise % 16'dan % 6'ya düşmüştür (82). Tablo 9'da DSÖ tarafından 11 ülkede yürütülen "Cross National Study of Children's Health Behavior (1986)" çalışmasının bazı ülkelere ait sigara içme oranlarıyla ilgili verileri özetlenerek sunulmuştur (150).

Gelişmiş ülkelerdeki genel eğilimin tersine, Türkiye'de sigara içme hızı artmaktadır. Sigara içme sıklığının göreceli olarak daha düşük olduğu çocuklar, gençler ve kadınlar, bu alışkanlığa karşı korunması gereken risk gruplarını oluşturmaktadır.

Türkiye'de sigara içmenin yaygınlığı konusunda, ülke çapında temsil niteliği bulunan tek çalışma, 1988 PİAR araştırmasıdır. Sorun, ayrıca çeşitli yerel yerel araştırmalarla ortaya konulmaya çalışılmıştır.

PİAR'ın 1988 yılında yapılan "Sigara Alışkanlıkları ve Sigarayla Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması"na göre, 15 yaş üstü nüfusta sigara içme oranı; erkeklerde % 62.8, kadınlarda % 24.3, ortalama % 43.6'dır. 15-18 yaş grubunda sigara içme oranının % 30 olduğu saptanmıştır. Sigara içenlerin % 39'u, sigaraya 15-18 yaşlarında, % 20'si ise 11-14 yaşlarında başladıklarını belirtmişlerdir (96). PİAR araştırmasında, sigara içme ölçütü olarak "paket taşıma" alınmıştır. Oysa Dünya Sağlık Örgütü, "sigara tiryakiliği" tanımını "her-

gün, günde en az bir tane ya da daha fazla sigara içmek" biçiminde yapmaktadır (118). Bu tanımın ölçüt alınması durumunda, ülkemizdeki sigara içme oranının daha yüksek çıkacağı açıktır.

SEZER'in 1983 yılında yaptığı çalışmada, Ankara'nın lise ve dengi okul son sınıf öğrencilerinin babalarında sigara içme oranı, sosyo-ekonomik düzeye bağlı olmaksızın % 60.8, annelerinde, sosyo-ekonomik düzeyle aynı yönde artacak şekilde, düşük sosyo-ekonomik düzeyde % 15.8, orta sosyo-ekonomik düzeyde % 28.0, yüksek sosyoekonomik düzeyde ise % 51.2 olarak bildirilmiştir (113).

Tablo 10, Türkiye'de erişkinlerdeki sigara içme oranları hakkında ip uçları veren ve değişik yerlerde ve zamanlarda, değişik gruplarda yapılmış araştırma bulgularını içermektedir. Bu bulgulara göre, Türk erkekleri sosyo-ekonomik düzeye bağlı olmaksızın ortalama % 60 civarında bir sigara içme oranına sahiptirler. Türk kadınları, Türk erkeklerinden önemli

Tablo 10- Türkiye'de Erişkinlerde Sigara İçme Oranları (%)				
Çalışılan Grup	İl	Yıl	Sigara İçme Oranı	
			Erkek	Kadın
Hekim ve dış hekimleri ⁽¹⁾	Elazığ	1988	54.9	39.5
Sağlık personeli ⁽²⁾	Antalya	1994	55.6	46.2
Ebe ve hemşireler ⁽³⁾	Elazığ	1991	-	50.8
F.Ü. Öğretim elemanları ⁽⁴⁾	Elazığ	1989	46.6	41.4
Ortaokul-lise öğretmenleri ⁽⁵⁾	Edirne	1989	62.4	33.8
İlk ve ortaokul öğretmenleri ⁽⁶⁾	Tokat	1986	53.6	29.2
İlk ve ortaokul öğretmenleri ⁽⁷⁾	İzmir	1994	67.1	45.9
O.M.Ü. Tıp Fak. Çalışanları ⁽⁸⁾	Samsun	1993	53.5	44.3
Şehirlerarası otobüs şoförleri ⁽⁹⁾	İstanbul	1986	96.0	-
Kahvehaneler ⁽¹⁰⁾	İzmir	1986	79.0	-
Kaynaklar: 1- Sezer R.E. ve ark. Elazığ'da Görev Yapan Hekimlerin ve Dış Hekimlerinin Sigara Kullanımındaki Davranışları, Tutumları (Ekim 1988). I. Kısım. <i>Doğa Türk Sağlık Bilimleri</i> ; 14(2): 381-390, 1990. 2- Dedeoğlu N. ve ark. Antalya'da Sağlık Personelinde Tütün Kullanımı. <i>Sağlık İçin Sigara Alarmı</i> ; 1 (1): 7-11, 1994. 3- Sezer R.E. ve ark. Elazığ İlinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerde Sigara Kullanımı. <i>Sağlık İçin Sigara Alarmı</i> ; 1 (1): 12-18, 1994. 4- Özdemir N. Fırat Üniversitesi Akademik Personelinin Sigara Kullanımı Konusundaki Düşünce, Tutum ve Davranışları. Yüksek Lisans Tezi. Elazığ, 1989. 5- Saluk A. ve ark. Edirne Merkez Orta Dereceli Okul Öğretmenlerinde Sigara İçimi Epidemiyolojisi ve Spielberger Testiyle Ölçülen Anksiyete Puanlama İlişkisi. İkinci Ulusal Halk Sağlığı Kongresi İstanbul, 22-25 Mayıs 1990. 6- Kocabaş A. Öğretmenlerde Sigara İçme Alışkanlığı. <i>Öndokuz Mayıs Üni. Tıp Fak. Derg</i> ; 5(1): 51-61. 7- Horasan E. Öğretmenlerde Sigara İçme Durumu ve Sigarayı Bırakma Sürecine İlişkin Bazı Süreçler (1994). <i>Sağlık İçin Sigara Alarmı</i> ; 1 (2): 52-59, 1994. 8- Demircan C. Öndokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çalışanlarının Sigaraya Karşı Yasal Önlemler Konusundaki Düşünceleri. <i>Sağlık İçin Sigara Alarmı</i> ; 1 (2): 60-63, 1994. 9- Ayhan B., Güneren E. Şehirlerarası Otobüs Sürücülerinde Sigara Kullanımının Araştırılması. <i>Solunum</i> ; 11: 407-411, 1986. 10- Bayındır Ü. ve ark. Kronik Pasif Sigara İnhalasyonunun Zirve Akım Hızına etkisi. <i>Solunum</i> ; 11: 346-354, 1986.				

ölçüde az sigara içmektedirler. Fakat sosyo-ekonomik düzey yükseldikçe Türk kadınının da sigara içme oranı yükselmekte, üst sosyo-ekonomik düzeyde kadınların sigara içme oranı erkeklere yaklaşmaktadır. Bu araştırma bulgularına göre ayrıca, Türkiye erişkinlerinin şimdiki sigara içme oranları, gelişmiş ülkelerin 1960'lı yılların başındaki oranları andırmaktadır. Toplumun sigara içme alışkanlığı yönünden önem taşıyan ve özellikle gençlere örnek olma işlevleri bulunan öğretmenler ve sağlıkçılarda da sigara içme oranları yüksek durumdadır.

Ortaöğrenim öğrencileri arasında yapılmış kimi yerel çalışmalar bu yaş grupları için yüksek sigara içme oranlarını ortaya çıkarmıştır. Ortaöğrenim öğrencilerinin aynı şehirde yıllara göre sigara içme oranını değerlendirebilecek bulgular yeterli olmamakla birlikte eldeki bulgular ortaöğrenim erkek öğrencilerinde belirgin bir artışın izlerini taşımaktadır. Ortaöğrenim düzeyindeki gençlerin sigara içme oranları ile ilgili bulgular Tablo 11'de yer almıştır.

Tablo 11- Türkiye'de Ortaöğrenim Öğrencilerinde Sigara İçme Oranları (%)				
Çalışılan Grup	İl	Yıl	Sigara İçme Oranı	
			Erkek	Kadın
Lise I-III öğrencileri ⁽¹⁾	İzmir	1971	21.0	24.0
Lise I-III öğrencileri ⁽²⁾	İzmir	1981	37.7	25.5
Lise II öğrencileri ⁽³⁾	Ankara	1983	29.7	16.0
Lise III öğrencileri ⁽⁴⁾	Ankara	1983	31.8	14.4
Lise III öğrencileri ⁽⁵⁾	Elazığ	1989	41.2	9.5
Orta I - Lise III öğrencileri ⁽⁶⁾	Edirne	1989	34.3	17.7
Orta III öğrencileri ⁽⁷⁾	Elazığ	1993	23.1	3.1
Kaynaklar: 1- Akgün N. ve ark. "Lise Öğrencilerinde Sigara Kullanımı". <i>Ege Üniv. Tıp Fak. Dergisi</i> ; 10:1, 1971. 2- Akgün N. ve ark. "İzmir'de Orta Öğrenim Öğrencileri, Tıp Fakültesi Öğrencileri, Tıp Fakültesi Öğretim Üyeleri ve Yardımcıları Arasında Sigara İçimi". <i>Spor Hekimliği Dergisi</i> ; (18): 4, 147-169, 1983. 3- Bilir Ş. "Ankara Şehir Merkezindeki Liselerin İkinci Sınıf Öğrencilerinin Sigara, Alkol ve İlaç Alma Alışkanlıklarının Araştırılması". <i>Sağlık Dergisi</i> ; 53: 17-28, 1984. 4- Sezer RE. "Ankara'nın Ortaokul, Lise ve Dengi Okullarında Sigara İçme Durumu ve Sigaraya Başlama Nedenleri (1983)". <i>Doğa Bilim Dergisi</i> ; 8(3): 375-384, 1984. 5- Sezer RE. ve ark. "Elazığ'da Lise ve Dengi Okul Üçüncü Sınıf Öğrencilerinde Sigara İçme Durumu". <i>Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi</i> ; 5(2): 121-133, 1990. 6- Saluk A. ve ark. "5100 Orta-Lise Öğrencisinde Sigara Epidemiyolojisi ve Spielberger Anksiyete Puanları İlişkisi". <i>İkinci Ulusal Halk Sağlığı Kongresi</i> . İstanbul, 22-25 Mayıs 1990. 7- Horasan E., Sezer RE. "Ortaokul Son Sınıf Öğrencilerinde Sigara Kullanımı Prevalansı - Elazığ". <i>Sağlık İçin Sigara Alarmı</i> ; 2(1): 17-26, 1995.				

Yükseköğrenim öğrencileri arasında yapılan araştırmaların da sonuçları farklı değildir. Tablo 12, Anadolu'da üniversitesi olan üç şehirdeki durumu 1989 yılı itibariyle yansıtmaktadır. Üç üniversitede bulunan oranlar birbiriyle uyumlu ve yüksektir. Tablo 11 ve Tablo 12'nin bulguları birlikte ele alındığında, öğrencilerde sigara salgınının sürdüğü ve durma yönünde de bir belirtinin olmadığı düşünülebilir.

Tablo 12- Türkiye'de Yükseköğrenim Öğrencilerinde Sigara İçme Oranları (%)			
Çalışılan Grup	Yıl	Sigara İçme Oranı	
		Erkek	Kadın
Elazığ, Fırat Üniversitesi ⁽¹⁾	1989	44	16
Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi ⁽²⁾	1989	42	25
Eskişehir, Anadolu Üniversitesi ⁽³⁾	1989	48	29
Kaynaklar: 1- Bilgin N. Fırat Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara İçme Prevalansı Araştırması. Yüksek Lisans Tezi. Elazığ, 1989. 2- Şanlı E. ve ark. "Sigara Bırakma Kampanyasının Cumhuriyet Üniversitesi Öğrencileri Üzerine Etkisi". <i>C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi</i> ; 2: 3-4, 1989. 3- Özdamar K. ve ark. "Üniversite Öğrencilerinin Sigara Alışkanlığı Üzerine Bir Araştırma". <i>Doğa Sağlık Bilimleri Dergisi</i> ; 14: 669-679, 1990.			

Ülkemizde sigara alışkanlığı ile ilgili araştırmalar ülke genelini temsil edebilme gücü açısından yetersizdir. Ancak buna rağmen, Türkiye'deki sigara tüketiminin zaman içindeki değişimine ilişkin ip uçlarını verebilmektedirler. Bu araştırmalara göre Türkiye'de erişkinlerdeki sigara içme durumu gelişmiş ülkelerin sigara mücadelesi öncesi durumlarına benzermektedir. Bir bakıma Türkiye'de salgın doğal akışıyla sürmektedir. Gençlerde gözlenen sigara içme oranlarındaki artış, belki, salgının doğal akışı ile bile izah edilemeyebilir. Bunda son on yıldır gözlenen, özellikle gençleri olumsuz etkileyebilecek ve salgını körükleyecek nitelikte bazı gelişmelerinde etkisi tartışılmaz gibi görünmektedir (120).

Bu gelişmelerden ilki 1984 yılında gerçekleşmiş ve TEKEL aracılığıyla Türkiye'de ilk kez Amerikan sigaralarının ithalatına ve satışına başlanmıştır. Bu gelişmeyle ilgili kamuoyuna bildirilen gerekçe, kaçak yabancı sigara satışını ve bu yolla vergi kaçırılmasını önlemektir. Bu gelişme ile eskiden beri Türkiye pazarına girmeye çalışan ve 1980 sonrası dönemde bu konudaki çabalarını yoğunlaştıran Amerikan sigara şirketleri de hedeflerine ulaşmış oldular. Yabancı sigara ithalatı, sigara reklam ve tanıtım çalışmalarını da beraberrinde getirmiştir. Bu da Türkiye'de ilk kez gözlenen ve çocuklar ile gençlerin sigaraya başlamasında etkili olduğu bilinen bir durumdur. 1986 yılında ithal sigara tüketimini etkileyecek önemli bir gelişme daha olmuş, Türkiye'de tütün tekeline yasa ile son verilmiştir. Tütün tekeline son veren yasa ile tütün mamüllerinin üretimi, ithalatı ve satışına ilişkin usul ve esasları belirleme görevleri de Bakanlar Kurulu'na bırakılmıştır. Sigara üretimi ve ithalatı ile ilgili son gelişme ise 2 Mayıs 1991'de olmuş, çıkarılan bir Kararname ile yerli ve yabancı kişilere Türkiye'de tütün hazırlama ünitelerini de ihtiva eden entegre komple yeni tesisler kurarak tütün mamüllerini üretme hakkı verilmiştir (101). Bu şekilde üretilen tütün

mamüllerinin fiyatlandırılması, dağıtımı ve satışı serbest bırakılmış, bununla birlikte yılda 2000 ton fiili üretim rakamına ulaşmış imalatçılara, aynı marka tütün mamülünü serbestçe ithal etme, fiyatlandırma, dağıtım ve satış hakları da verilmiştir. Ayrıca kaynağı tütün ve sigara ithalatına dayandırılan bir fonun kurulması da bu Kararnamenin kararları arasında yer almıştır. "Tütün Fonu Yönetmeliği" de 3 Mayıs 1991 tarihinden geçerli olmak üzere hazırlanarak 27 Temmuz 1991 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanmıştır. Bu fon tütün ve tütün mamülleri üretimi ve ihracını destekleme amacıyla kullanılacaktır. Bu gelişmelerle Türkiye'de tütün ticareti serbestleştirilmiş ve desteklenmiştir. Kendilerine daha uygun imalat satış ve rekabet koşullarının sağlanmasını takiben sigara konglomeraları yerli ortaklar aracılığı ile yatırım projelerini hızlandırmışlardır. Bu gelişmelere paralel olarak ülkemizde sigara reklam ve tanıtım çalışmalarının dozu da artmıştır. Yapılan reklamlar özellikle gençleri etkileyebilecek mesajlar ve resimlerle doludur (114).

1984 sonrasında Türkiye, sigara ticaretinin mevzuat desteğiyle de teşvik edildiği fakat sigarayla mücadelenin zayıf kaldığı ve mevzuat ile desteklenemediği bir ülke konumundadır.

SIGARA KULLANIMI VE GENÇLER

İngiliz Kraliyet Hekimler Birliği, 1962, 1971, 1977 ve 1983 yıllarında hazırladığı raporlarla, sigara kullanımının sağlık üzerine etkilerini ayrıntılarıyla işlemiş ve sigara tüketim düzeyini azaltmaya yönelik özgün önerilerde bulunmuşlardır. Geçen 30 yıl içerisinde belirli düzeyde bir ilerleme sağlandı. Örneğin kişi başına sigara tüketimi ve erkeklerde akciğer kanseri ölümleri azaldı. Bu gelişmelere karşın kadınlarda akciğer kanseri artmaya devam etmektedir. Çocukların ve gençlerin sigaraya başlama oranlarını azaltma konusunda da son on yılda önemli bir başarı sağlanamamıştır. Bu durum; İngiltere'de, sigara kullanımı nedeniyle her yıl 110.000 kişinin 65 yaşına varamadan ölmeye devam edeceğini göstermektedir (106).

İngiliz Kraliyet Hekimler Birliği, sigara ve sağlık konusunda son raporunu 1992 yılında "sigara kullanımı ve gençler" konusuna yönelik olarak hazırladı. Raporun önsözünde, konunun "sigara kullanımı ve gençler" olarak belirlenmesinin gerekçesi şöyle belirtilmektedir (106): "Çünkü yeni tiryakiler tümüyle bu gruptan gelmekte ve sigara kullanmaya başlayan çocuklar ve gençler için sigarayı bırakmak son derece güçtür. Bunlar büyük bir ihtimalle sigara içen erişkinler olarak yaşamlarını sürdüreceklerdir. Önceki raporlarımızda sigara reklam ve tanıtım faaliyetlerinin yasaklanmasını önermemize karşın İngiltere'de sigara reklam ve tanıtım faaliyetleri devam etmektedir. Bu faaliyetleri sınırlamak amacıyla Hükümet ve firmalar arasında yapılan gönüllü anlaşmalar ise sadece bunların zararlı etkisinin sürmesine

yardımcı olmaktadır. Sigara firmaları çocuklara sigara reklamı yapmadıklarını iddia etmektedirler. Fakat İngiltere'de hergün sigara kullandığı için ölen 300 kişinin yerine yeni müşteriler koyma durumlarını sürdürmeye çalışmaktadırlar. Yeni başlayanlar ise genellikle 18 yaşın altındakilerdir. Günümüzün sigara reklamları genellikle zekice kurulmuş dolaylı reklamlar özelliğindedir. Bunların çoğu motor yarışları gibi çocuk ve gençlerin ilgisini çeken sportif olaylara yoğunlaşmaktadır. Oysa sporcunun sigara içmesi, spordaki başarısı ile bağdaşmamaktadır. Yukarıda değinilen gerçekler gençlerin gelecekteki sağlıklarını korumak amacıyla çalışan grubumuzun çalışma mantığını oluşturdu". Raporda; sorunla ilgili "bulgular" bölümü ve çeşitli kurumlara yönelik "öneriler" bölümü bulunmaktadır. Raporun sözkonusu bulguları ve önerileri, aşağıda belirli başlıklar altında verilmektedir (106).

Sigara kullanımı, fetüs ve bebekliğin erken dönemine ilişkin bulgular:

- Sigara içen hamile annelerde kendiliğinden düşük yapma oranı % 25 den daha fazla artmaktadır.
- Hamileliğinde sigara içen kadınlarda prematüre doğum oranı iki misli daha sıktır.
- Sigara içen anneden doğan bebekler ortalama 200 gram daha hafif doğarlar. Babanın sigara kullanımı da bebeğin ağırlığını önemli ölçüde azaltmaktadır.
- Sigara içen annelerde, ölü doğum yapma oranı ve doğumu izleyen bir hafta içinde bebek ölüm oranı üçtebir nispetinde yüksek olmaktadır.
- Gebelikte içilen sigaranın etkileri bebeklik dönemini aşmakta, büyümeyi ve eğitimdeki başarıyı olumsuz olarak etkilemektedir.

İstemsiz (pasif) sigara içiciliğinin çocuk sağlığı üzerine etkilerine ilişkin bulgular:

- Anne ve babası sigara içen çocuklar, yılda 60-150 adet sigara içmiş kadar nikotin almaktadırlar.
- Ani bebek ölümlerinin dörtte birinden fazlası annenin sigara kullanımı ile açıklanmaktadır. Bu, İngiltere'de hergün bir ölüm demektir.
- Anne ve babası sigara içen bebekler, ciddi solunum yolu enfeksiyonlarına iki misli daha fazla yakalanırlar.
- Astma belirtileri sigara içenlerin çocuklarında iki misli daha sıktır.
- Çocuklukta sağırliğin en sık nedeni olan "glue ear" vakalarının üçte birinden anne ve babanın sigara içmesi sorumlu tutulmaktadır.
- Günde ondan fazla sigara içen anne ve babanın çocukları içmeyenlerin çocuklarına göre daha kısadır.

- Çocukların hastalık nedeniyle okula devamsızlıklarının yedide biri istemsiz içicilik sonucu olmaktadır.
- Beş yaşın altındaki çocuklarda her yıl hastaneye yatanların en az 17.000'i anne ve babanın sigara içimi nedeniyledir.
- Çocukluk çağındaki istemsiz içicilik, erişkinlik döneminde solunum yolu hastalıklarına ve kansere yakalanmayı kolaylaştırmaktadır.
- Anne ve babanın sigara içimi önlenabilirse, bebek ölüm oranları da önemli ölçüde düşer.

Sigara içen çocukların sağlık sorunlarına ilişkin bulgular:

- Nikotin bağımlılık yapıcı bir nesnedir. Sigara içen birçok çocuk nikotin bağımlısıdır ve bıraktığı zaman yoksunluk belirtileri hisseder.
- Sigara kullanımı ile alkol, esrar, kokain gibi diğer bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı arasında da ilişki vardır.
- Sigara içen çocuklar ve gençler solunum yolu hastalıklarına daha çok yakalanırlar. Bunların okula ve işe devamsızlıkları bu nedenle daha fazla olur.
- Sigara içen çocuklar, içmeyen çocuklara göre 2-6 misli daha fazla öksürürler ve balgam çıkarırlar.
- Sigara içen astımlıların hastalık belirtileri ve akciğer fonksiyonları sigara içmeyen astımlılara göre daha kötüdür.
- Çocuklar sigara içmeye ne kadar erken başarlarsa, onların akciğer kanserine yakalanma riskleri o kadar fazla olur.
- Sigara kullanımı kalp için bir uyarıcı olup stres'in kalp üzerindeki etkisini artırır.
- Sigara içenler hem sürat koşularında hem de uzun mesafe koşularında dezavantajlıdır. Günde 20 adet sigara içen birinin bir yarım maratondaki başarısı, bu kişiden 12 yaş büyük ve sigara içmeyen bir kişinin başarısı ile denktir.
- Sigara kullanımı kanın pıhtılaşma gücünü artırır ve kan lipid düzeyini yükseltir. Bunlar kalp hastalığını kolaylaştıran etmenlerdir.
- Subaraknoid beyin kanamaları sigara içen gençlerde içmeyenlerden 6 misli daha sıktır.
- Sigaraya başlama yaşı düştükçe kalp hastalığının ortaya çıkma yaşı da düşer.
- Sigara kullanımı deri yaşlanmasını ve kırışıklıklarını artırır.
- Sigara içen kadınlarda sterilite 2-3 misli daha fazladır.
- Sigara kullanımı bağışıklığı olumsuz etkiler ve HIV enfeksiyon riskinin artışıyla bağlantılıdır.

Gençlerde sigara kullanım prevelansına ilişkin bulgular:

- İngiltere'de her gün 450 çocuk sigara kullanmaya başlamaktadır.
- İngiltere'de 15 yaşında okulu terkeden çocukların dörtte biri hergün sigara kullanmaktadır. Oysa bu dönemde bu çocuklara sigara satışı yasa dışıdır. Son on yılda sigara içen çocukların oranında çok az bir değişiklik sağlanabilmiştir. Günümüzün verileri kızların erkeklerden daha çok içtiğini düşündürmektedir.
- Çocukların üçte biri 11 yaşına vardıklarında, üçte ikisi ise 16 yaşına ulaştıklarında sigarayı denemiş olmaktadır.
- Sigara içen erişkinlerin çoğu sigaraya 18 yaşından önce başlamışlardır.
- Gençlerdeki yüksek sigara kullanım oranları ve son on yılda bu konuda önemli bir gelişme sağlanmamış olması uyarıcıdır.

Çocukları sigaraya özendiren faktörlere ilişkin bulgular:

- Gençlerin sigara kullanımı erişkinlerin sigara kullanımı ile doğrudan ilişkilidir. Erişkinlerin çocuklara kötü rol modeli olmaları önlenmedikçe çocukların sigara kullanımında önemli düşmeler beklenmemelidir.
- Genç tiryakiler, düşük benlik saygısı ile isyankarlık ve risk alma davranışlarından zevk alma özelliklerini göstermektedirler.
- Anne ve babanın sigaraya yönelik tutumları çocuğun sigara içip içmemesinde önemli bir etki yapmaktadır. Anababanın sigara davranışını kuvvetle onaylamaması durumunda çocukların sigara içmeleri yedi misli daha az olmaktadır.
- Çocuklar büyüdükçe arkadaşlarının sigara içme davranışları önem kazanmaktadır. Grup değerlerine karşı çıkmak zordur. Bu nedenle çocuklara reddetme hünerleri öğretilmelidir.
- Öğretmenlerin sigara içmemesi ve okulda sigara konusunda ilkelerin varlığı, hem okul döneminde hem de daha sonraki dönemlerde çocukların sigara tüketimlerini düşürür.
- İngiltere'de perakende sigara satışı yapan 250 bin yer vardır. Bunların yarısı çocuklara satış konusunda yasaya uygun davranmamaktadır.
- Vergilendirme yoluyla düzenli fiyat artışları, sigara tüketimini düşürürken hükümetlerin topladığı vergi miktarını artırmaktadır.
- Sigara firmaları İngiltere'de yılda en az 72 milyon İngiliz sterlini reklam harcaması yapmaktadır. Bu reklamlar sigaranın; başarı, cazibe, hız ve erişkin tipi davranış gibi değerleri simgelediği görüşünü yaşatmaya çalışmaktadır.
- Sigara fiyat artışları tüketimin azaltılması yönünden çocuklarda erişkinlere göre daha etkilidir. Oysa ortalama gelire göre bir paket sigaranın fiyatı son otuz yılda yarıya inmiştir.

Çocuklarda sigara kullanımını düşürecek önlemler:

- Özellikle kızlar olmak üzere çocuklar sigara reklam ve tanıtma çalışmalarından önemli ölçüde etkilenmektedirler. Sigara içirmeye yönelik pazarlama baskılarına direnme yeteneği onlara öğretilmelidir.
- Kızların okul döneminde sigara içmeye başlamalarıyla bağlantılı olarak kadınlarda ortaya çıkmakta olan sigaraya bağlı hastalıkların salgınlarını önlemek üzere acil önlemlere gereksinim vardır.
- Sigarayla savaşım için geliştirilmiş birçok müdahale stratejisi vardır. Uygulanmaları halinde bunlar, çocuklardaki sigara kullanımının azaltılmasında önemli etki sağlayabilirler.
- Bu stratejiler; gençlerin kişisel özelliklerinin güçlendirilmesini, destekleyici bir çevrenin sağlanmasını, toplumsal eylemlerin kuvvetlendirilmesini, sağlık hizmetlerinin ve halk sağlığı politikalarının gözden geçirilmesini ve bunlarla ilgili yeniliklerin gerçekleştirilmesini kapsamalıdır.
- Sigara ile savaşım için çıkartılmış kapsamlı bir yasanın varlığı ve bu yasanın sigara reklam ve tanıtımını da yasaklamış olması durumunda gençlerin sigaraya başlamaları önemli ölçüde azaltılabilir.
- Halk sağlığında önemli düzeyde iyileşmeler sağlanabilmesi için hem İngiltere'de hem de Avrupa Topluluğunda birbiriyle uyumlu yeni politikaların ve stratejilerin geliştirilmesine ivedi olarak gereksinim bulunmaktadır.
- Çocukların sağlığı için toplumdaki tüm kişi ve kurumlar sorumluluk taşımaktadır. Her bireye çocuklara iyi bir örnek oluşturma görevi düşerken aşağıdaki gruplara da konumları ve özellikleri gereği önemli sorumluluklar düşmektedir.

Anne ve babalara yönelik öneriler:

- Bebeklerinin zarar görmelerine fırsat vermemek için anababalar, hamilelik sırasında ve sonrasında sigara kullanımını bırakmalıdırlar. Gerek hamilelikte gerek bunu izleyen dönemde sigarayı bırakabilmek için destek, kılavuzluk ve tavsiye aramalıdırlar.
- Anne ve babalar, hamilelik sonrası da sigara kullanmaktan uzak durmalıdırlar. Çünkü sigara kullanımı çocuklarının sağlığına zarar verebilir ve onların ilerde sigara içme olasılıklarını artırabilir.
- Anababalar; çocuklarına, sigara kullanmalarını onaylamadıkları mesajını açık bir şekilde vermelidirler.
- Okulda ve toplumda yapılacak sigaraya karşı eğitim programları anne ve babalar tarafından desteklenmelidir.
- Anababalar, çocuk sağlığını koruma konusunda sorumluluklarını yerine getirmele-

rinde, okul yöneticilerini ve yönetim kurullarını, sağlık yetkililerini ve konseylerini teşvik etmelidirler.

- Çocuklara yönelik yasa dışı sigara satışı ve reklam yapanları yetkililere bildirme konusunda da anne ve babalar duyarlı olmalıdırlar.

Okullara ve eğitim yöneticilerine yönelik öneriler:

- Okullar ve eğitim yöneticileri, sigara içmeye yönlendiren sosyal değerlere ve arkadaş baskısına direnmede ihtiyaç duyulacak özellikleri kazanmaları için gençlere yardımcı olmalıdırlar. Bu amaca ulaşılması için yeni yöntemler kullanılmalıdır.

- Sınıftaki öğrenmeyi pekiştirme amacıyla anababaların bu eğitime katılımları sağlanmalıdır.

- Sigara kullanımının sağlık ve kondisyon üzerine olan kısa ve uzun vadeli zararlı etkileriyle ,kişinin görünüşüne, bütçesine, ekonomiye ve tüm topluma yönelik olumsuz etkileri konusundaki bilgiler öğrencilere kazandırılmalıdır.

- Sigarayı bırakmak isteyen öğretmenlere yardım olanağı sağlanmalıdır.

- "Sağlık Eğitimi" konusunda öğretmen eğitimi geliştirilmelidir.

- Okullar ve gençlik kulüpleri sigarayı yasaklayan kurallar koymalı ve bunları uygulamalıdırlar.

- Okulda ve toplumda yürütülen sigaraya karşı etkinliklere gençlerin katılımı teşvik edilmelidir.

Kitle iletişim araçlarına yönelik öneriler:

- Kitle iletişim araçları, çocuk sağlığını koruma ve geliştirme konusunda sorumluluk taşımalıdırlar.

- Sigara reklamlarının ve kötü rol modellerin gençlerin sigaraya başlamasında etkili olduğu kabul edilmelidir.

- Kitle iletişim araçları ister açık ister gizli nitelikli olsun sigara reklamlarını kabul etmemelidirler.

- Sigara yanlısı algılanabilecek mesajların kitle iletişim aracında yanlışlıkla yer almasına fırsat verilmemeli, gençlerin içmemeye özendirilmesine yönelinmelidir.

- Sigara konusunda eğitim programları desteklenmeli, sigara içmeyenler ve sigarayı bırakanlar olumlanmalıdır.

Kamu Sağlık Hizmetleri'ne ilişkin öneriler:

- Kamu Sağlık Hizmetleri, sigarayla mücadele çalışmalarına öncülük etmelidir. Sigarayla mücadele çalışmalarının eşgüdümünde de kamu sağlık hizmetlerine önemli sorumlu-

luklar düşmektedir. Öncülük etme ve eşgüdüm sağlama sorumluluklarının ne ölçüde yerine getirebildiğini gösterebilecek mekanizmalar geliştirilmelidir.

- Gençlerin sigara içme durumları düzenli aralarla izlenmeli, benzeri çalışmaların okullar tarafından da yapılması için okullar teşvik edilmelidir.

- Hamilelerin sigara içme oranları düzenli aralıklarla izlenmelidir.

- Tüm sağlık personelinin sigara kullanımını önleme ve sigaranın bırakılmasında yardımcı olma görevleri vardır. Bu görevlerin yerine getirilmesi sağlanmalı ,ne ölçüde yerine getirildiği izlenmelidir. Bu çalışmalarda çocuklara, hamilelere ve anababalara özel bir önem verilmelidir.

- Sağlık birimlerinde sigara içilmemesi ve bu konuda sağlık personelinin iyi örnek oluşturması sağlanmalıdır.

- Sigara içmekte olan sağlık personeli bırakmaya özendirilmeli, bırakmaya çalışanlar yardım programlarıyla desteklenmelidir.

- Sigaranın zararlı etkilerinden arındırılmış bir toplum için halk sağlığı savunuculuğu rolüne önem verilmelidir.

Yerel yönetimlere yönelik öneriler:

- Konsey toplantılarında sigara içilmemesi kuralını koymak ve uygulamak,
- Yöresinde sigara reklam ve tanıtımını önlemek için tüm gücünü kullanmak,
- Ticari standartlarla ilgili resmi görevlileri; a-Çocuklara sigara satışını engelleyen mevzuata uyulmasını sağlama ve uymayanları kovuşturma, b-Sigara reklamlarıyla ilgili kural dışı durumları izleme ve işleme koyma konularında teşvik etmek,
- Çevre sağlığı memurlarını, işyerlerinde ve toplu bulunan yerlerde sigara kullanımına sınırlamalar getiren kararları özendirmeleri için görevlendirmek,
- Kendi çalışanlarının sigaranın zararlı etkilerinden korunmasına yönelik etkili önlemler almak, sigarayı bırakmak isteyen elemanlarının özel yardım programlarından yararlanmasını sağlamak.

Perakende sigara satışı yapanlara ve perakendeci örgütlerine yönelik öneriler:

- Çocuklara sigara satılmamalıdır.
- Çocuklara sigara satışı yapılmadığını belirten bir uyarı, dikkati çekecek biçimde satış yerinde yer almalıdır.

Sağlığı Geliştirme (Health Promotion) Kurumlarına yönelik öneriler:

- Sigarayla ilgili bilginin, eğitim ve sağlık yetkililerine, okullara, anababalara ve çocuklara ulaşması sağlanmalıdır.

- Konuyla ilgili gençlerin ve erişkinlerin katılımlarını sağlayan (Duman Avcıları "Smokebusters" Projesi gibi) örgütlü etkinlikler kurulmalı, uygulanmalı ve değerlendirilmelidir.

- İşyerlerinde ve toplu bulunan yerlerde sigara içiminin engellenmesi konusunda toplumsal eylemler teşvik edilmeli , bu yolla sigara kullanmamanın norm olarak benimsenmesini sağlayacak bir kamuoyu oluşmasına katkı sağlanmalıdır.

- Yerel ve genel yöneticileri etkilemek üzere toplumu harekete geçirmek.

- Sigaranın zararlı etkilerinden arındırılmış bir toplum için, gerek planlı olarak gerekse fırsatları kullanarak kitle iletişim araçlarından yararlanılmalıdır.

- Planlama ve öncelikleri saptama sürecinde çocukların ve gençlerin sağlığına karşı sorumluluk ön planda tutulmalıdır.

- Konuyla bağlantılı araştırma ve geliştirme çalışmaları sürdürülmeli bu alana yatırım yapmaya devam edilmelidir.

Ulusal Hükümet'e yönelik öneriler:

- Sportif olayların desteklenmesi de dahil doğrudan ve dolaylı her çeşit sigara reklam ve tanıtım çalışması yasa ile yasaklanmalıdır.

- Özellikle gençleri sigara almaktan caydırmak için daha çok vergilendirme yoluyla sigara fiyatları giderek arttırılmalıdır.

- Sigara mücadelesini ve araştırmalarını finanse etmek üzere sigaraya özel bir vergi konmalıdır.

- Sigara satın alabilme yaşı 18'e yükseltilmelidir.

- Çocuklara satışı yasaklayan mevzuatın uygulanması için konunun üzerine ısrarla gidilmelidir. Eğer var olan önlemler etkisiz ise sigara satışı için yeni lisans düzenlemeleri getirilmelidir.

- Sigara paketleri ve diğer tütün mamülleri ambalajları üzerindeki uyarıcı yazılar; daha etkili, daha göz alıcı ve gençlere hitap edici olarak düzenlenmelidir.

- Sigara yapımcılarının tanımlanmış standart bir paket tipini kullanmaları sağlanmalıdır.

- Tütün ve tütün mamüllerinin üretimi, imalatı ve geliştirilmesi için ulusal düzeyde ve Avrupa Topluluğu düzeyinde var olan her türlü teşvik kaldırılmalıdır.

- Toplu bulunan yerlerde; özellikle okullarda, spor yapılan yerlerde, kamu sağlık kurumlarında, eğlence yerlerinde sigara kullanımı beş yıl içinde yasa ile engellenmiş olmalıdır.

- Sigara içilmeyen bir ortamda çalışmak yasa ile sağlanması zorunlu bir hak olmalıdır.

● Etkili sigara mücadelesi politikalarını oluşturmak ve uygulamak üzere Hükümet içinde bir komite oluşturulmalıdır.

Doktorlara yönelik öneriler:

● Doktorlar başkalarının yanında sigara içmeyerek iyi örnek olmalı, bırakmakta güçlük çeken tiryaki hekimler ise bırakmak için yardım aramalıdır.

● Doktorlar kendi işyerlerinde etkili sigara kontrol önlemlerinin uygulanmasına önem vermelidirler.

● Sigara içen anababalarına bırakmalarını sempatik bir biçimde önermeli, çocuklar dahil sigara içmeyen tüm kişileri bu özelliklerini korumaya özendirmelidirler.

● Kötü rol modeli olanlara ve sorumsuz davranan kişi ve kuruluşlara açıkça karşı çıkılmalıdır.

● Sigara ve sağlık konusunda parlamenterleri, yerel yöneticileri ve yerel meclis üyelerini yazı ile bilgilendirmelidirler.

● Ulusal düzeyde örgütlenmiş tıp ve sağlık kuruluşlarının sigara mücadele çalışmalarına destek verilmelidir.

● Çalışılan bölgede bu konuda gelişmeler sağlamak üzere bir eylem grubu oluşturulmalıdır.

SİGARA SORUNUYLA MÜCADELE

Tütün içiminin kısa zamanda bütün dünyaya yayılması ve zararlarının belirlenmesi sonucunda tütünle bilimsel bir mücadelenin gereği ortaya çıkmıştır ve Dünya'da sigara salgını ile mücadele otuz yılı aşkın bir birikime sahiptir. 1963'te ilk bilimsel ve etkili mücadeleyi başlatan İsveç'i daha sonra Norveç ve Finlandiya takip etmiş ve bu mücadele tüm gelişmiş ülkelere yayılmıştır. Günümüzde gelişmiş ülkelerde, sigarayla planlı ve sistemli bir şekilde mücadele sonucu sigara içme oranları önemli düzeyde düşürülmüş ve bu konuda önemli bir bilgi birikimi sağlanmıştır.

Sigara ile yapılacak bir mücadele programının kapsayacağı ilk etkinlik "eğitici etkinlikler"dır. Sigara konusunda topluma yönelik örgün ve yaygın eğitim şeklinde bir sağlık eğitimi ve kitle iletişim araçlarının sigara aleyhine olan politikaları toplumda sigarayla ilgili kültürel yapının değişmesinde önemli etkiler yapabilir.

Sigara kontrol programında yer alacak diğer etkinlik "mevzuat düzenlemeleri"dir. Roemer (1982), Dünya'da sigarayla ilgili mevzuat düzenlemelerini aşağıdaki gibi on başlık altın-

da toplamıştır (105):

- 1-Sigara reklamlarının yasaklanması veya sınırlandırılması,
- 2-Uyarıcı yazıların reklamlarda ve paketlerde yer alması, yine sigaraların zifir ve nikotin miktarlarının açıklanması,
- 3-Sigara başına, sigaranın ihtiva edebileceği nikotin ve zifir miktarlarının sınırlanması,
- 4-Erişkinlere satışın bazı yer ve koşullarda yasaklanması,
- 5-Toplu bulunan yerlerde sigara içiminin yasaklanması veya sınırlandırılması,
- 6-İşyerinde sigara içiminin yasaklanması veya sınırlandırılması,
- 7-Gençleri sigaradan koruyucu mevzuat,
- 8-Sigara konusunda zorunlu sağlık eğitimi ,
- 9-Ekonomik düzenlemeler,
- 10-Geniş kapsamlı ve çok amaçlı mücadele yasaları.

Araştırmalar da, sorunun tanımlanması, sorunla ilgili neden-sonuç ilişkilerinin ortaya konması, kontrol faaliyetlerinin etkinliğini ölçme yönünden kontrol programlarının önemli etkinliklerindendir. Aynı şekilde "sigarayı bırakmak isteyenlere tıbbi yardımın sağlanması" ve "sigaraların içerdiği zararlı madde miktarlarının, özellikle zifir miktarının düşürülmesi" de önemli etkinlik alanlarıdır.

ALKOL KULLANIMI VE BAĞIMLILIĞI

Arapça kökenli olan alkol (alcohol) sözcüğü bir belirtme takısı olan "al" ile kaş boyası olarak kullanılan rastık tozu (antimuan madeni tozu) anlamına gelen "kohl" sözcüklerinden oluşmuştur (75).

Alkol, çok eski çağlardan beri keyif verici, yatıştırıcı, uyuşturucu ve ilaç olarak kullanılmıştır. Tarih boyunca toplumların ve kişilerin alkole karşı tutumları çok değişik olmuştur. Bir yandan dinsel törenlerde kullanılırken, bir yandan dinler tarafından yasaklanmıştır. Fakat her çağda ve birçok toplumda alkolün ılımlı miktarda kullanımı az çok kabul görmüş; aşırı ve uzun süreli kullanımlar ise onaylanmamış, kötü bir davranış olarak görülmüştür. Müslümanlıkta alkol yasaklanmış ise de bu toplumlarda da alkol kullanımının başarı ile önlendiği söylenemez.

Bugün, yeryüzünün hemen her ülkesinde yaşayan toplumlar ve bu toplumları meydana getiren bireyler için alkol önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle de dünya toplumlarını tehdit eden önemli sorunlardan birinin de alkol olduğu bir gerçektir. Bağımlılıkla ilgili sorunlar, sağlık sorunları, boşanmalar, suç işleme, trafik kazaları, intiharlar, kişisel ve sosyo-ekonomik sorunlar, iş yaşamını bozma gibi sorunlar yarattığı için, aşırı alkol kullanımı önemli bir halk sağlığı sorunudur.

ALKOLÜN BİYOKİMYASI VE METABOLİZMASI

Alkoller, kimyasal olarak, diğer üç bağı dolu olan bir karbon atomuna bağlı bir ya da daha fazla hidroksil (OH) bağlanması ile oluşan organik bileşiklerdir (139). Doğadaki bir çok bitki serbest ya da bağlı olarak alkol içerir. Doğada bulunan en önemli alkoller arasında metanol ya da metil alkol, etanol ya da etil alkol ilk sırada yer alır (75).

İçkilerde kullanılan alkol, etil alkoldür. Renksiz, özel kokusu ve özel tadı olan, uçucu bir maddedir. Çeşitli tahıl, meyva ve köklerindeki karbonhidratların fermentasyonu (mayalanması) ile elde edilir. Saf etil alkolün (C_2H_5OH), insan vücudunda yandığı zaman gramı başına 7 kalori verdiği kabul edilir. İnsana ağızdan veya damardan verildiği zaman vücut ağırlığının kilogramı başına saatte 100 mg'ı elimine edilir. Bu eliminasyonun çok büyük bir kısmı oksidasyonladır. Az bir miktarı solunumla ve idrarla atılır. Bu miktar alınan alkolün % 10'undan fazla değildir (17).

Alkolün Emilimi: Alkol, doğrudan mide duvarından emilerek kana karışabilen az sayıdaki maddelerden biridir. Alkollü bir içki alındığında, alınan içkideki alkol yoğunluğuna,

midenin başka yiyeceklerle doluluk durumuna göre değişmek üzere, genellikle bunun % 20'si mideden, geri kalan % 80'i ince barsaklardan kana emilir. Alkolün mideden emilimi normalde barsaklardan emiliminden daha yavaş olmakla birlikte mide boşken bu süreç hızlanır. Yağlı yiyecekler midenin boşalmasını geciktirerek, yüksek alkol konsantrasyonlu içkiler ise pilorospazm, gastrik atoni ve gastrik dilatasyon yaparak alkol emilim hızını azaltır (30). Yağlı, karbonhidratlı ve proteinli besinlerin alkolün ince barsaktan emilimini de azalttığı, bu besinleri içeren bir yemekle birlikte alkol alındıktan sonra yapılan ölçümlerde kan alkol düzeylerinin beklenenin yarısı kadar çıktığı belirtilmektedir (61).

Alınan alkolün türü ve konsantrasyonu ne olursa olsun sindirim sisteminden kana emilim 1.5-3 saatte tamamlanır. Emilim süresince arteriyel kanda venöz kana oranla % 60 kadar yüksek alkol bulunur. Emilim ve diffüzyon tamamlandıktan sonra bu fark ortadan kalkar (30,61).

Alkolün Vücutta Yıkımı ve Atılması: Sindirim sisteminden kana emilen alkol, portal dolaşımla karaciğere gelir. Burada, enzim alkoldehidrogenaz (ADH) ve koenzim nikotinamid adenin dinükleotid (NAD) tarafından asetaldehid ve asetata dönüştürülür. Asetat bir enerji kaynağı olarak kullanılır, su ve karbondioksit dönüşür (152).

Kana geçen alkolün % 90'ı karaciğerde metabolize edilir. Geri kalan % 10'un yarısı akciğerler yoluyla yarısı da böbreklerden değişmeksizin atılır. Tükürük ile atılan miktar mideye geri döndüğünden, ter ve dışkı ile atılan miktar da çok düşük olduğundan dikkate alınmamaktadır. Karaciğer, alınan alkol miktarı ne olursa olsun, ancak saatte 10-15 mililitre kadar alkolü metabolize edebilmektedir. Bu yaklaşık bir kadeh viski kadardır. Yıkım hızını aşan miktardaki alkol ile alkol yıkım ürünleri önce pulmoner dolaşımla akciğerlere, sonra da kalpten tüm doku ve organlara dağılır (152).

Kan Alkol Düzeyi: Emilim, yıkım ve atılma dönemlerini etkileyen faktörler nedeniyle kan alkol düzeyi yavaş yavaş yükselir. Maksimum düzeye ulaştıktan sonra dokulara diffüzyon döneminde, 10-15 dakika süren hafif bir düşme görülür. Bundan sonra tüm alkol vücuttan atılıncaya kadar sabit hızla çizgisel bir düşüş görülür. İnsanda alkol düzeyinin belirlenmesi için en uygun materyal kandır. Kan alkol düzeyleri 100 mililitrede miligram (mg) cinsinden belirtilir. 100 ml'de 50 mg, kişinin alkol aldığını kabul etmeyi gerektirir. 550 mg kan alkol düzeyine rağmen hayatta kalabilen vakalar bildirilmesine karşın, 400 mg öldürücü düzey olarak kabul edilmektedir (152).

ALKOLLÜ İÇKİLER

M.Ö. 4000 yılından beri, insanların beyin faaliyetlerini yumuşatmak, gerçekleri işine geldiği gibi algılayarak avunmak, kolay mutlu olmak yolunu aramak için bazı keyif verici maddelere başvurduklarını gösteren kanıtlar vardır. Bu maddelerden en eskisi ve ilki alkoldür (75).

Alkollü içkiler zaman içinde ve günümüzde bazı toplumlarda ve bazı zamanlarda yasaklanmıştır. Bu yasaklar çok uzun ömürlü olamamıştır. ABD'de en çok gangsterlerin işine yarayan, onların aşırı kazançlar sağlamalarına yol açan ünlü içki yasağını ve Cumhuriyetimizin ilk yıllarındaki "Meni Müskirat" yasası dönemini bu yasaklar arasında sayabiliriz (112). Alkollü içkilere karşı en etkili savaş dinsel yasaklarla yapılmıştır. İslam dininin alkollü içkileri yasaklaması birçok toplulukların uzun süreler, kısmen de olsa, alkolden uzak kalmasını sağlamıştır. Günümüzde İslam ülkelerinden bazıları bu dinsel yasağı yasalaştırmışlardır. Bütün bunlara karşın alkollü içkiler günümüzde, özellikle gelişmiş toplumlarda gerçekten aşırı ve tehlikeli biçimde tüketilmekte ve geleneksel birikimin yanı sıra çağdaş teknoloji ve kimya biliminin de katkısıyla iyice lezzetli hale getirilmiş alkollü içkiler çekici ambalajlar içinde tüketiciye sunulmaktadır.

Alkollü içkiler; düşük alkol yoğunluklular yani "fermante içkiler", yüksek alkol yoğunluklular yani "distile içkiler" diye ikiye ayrılmaktadır. Alkollü içkilerin karbonhidratların fermantasyonu ile oluştuğu yukarıda belirtilmişti. Basit şekerler kolay fermante olur, onun için tahıldan üretilen alkollü içkilerde tahıldaki nişastayı şekerlere parçalamak için malt kullanılır. Malt arpanın ekşitilmesiyle elde edilir. Alkol oluşmasını sağlayan mayanın üremesi ortamdaki miktarı % 15 civarına gelince durur. Bu olaya "fermantasyon" denir. Fermante içkiler arasında olan birada % 3-6, şarapta % 10-12 oranında alkol bulunur. Daha sert içki elde etmek için etil alkol sıvı imbikten geçirilir. Etil alkol 78°de buharlaşır. Isı 78°ye çıkarıldığı zaman etil alkol imbikten buharlaşır ve bu yolla saf olarak elde edilir. Su ise 100°de buharlaştığı için kalır. Bu olaya da "distilasyon" denilmektedir. Distile içkiler arasında da % 45-50 alkol oranıyla rakı, viski, konyak, votka ve cin gibi içkiler yer alır. Alkollü içkilerde etil alkol yanında izoamil alkol gibi bazı volatil (uçucu) yüksek alkoller de bulunabilir. Bunların merkez sinir sistemi üzerine ayrıca depressif etkileri vardır. Alkollü içki alanın nefesindeki koku da uçucu maddelerden kaynaklanmaktadır. İçkiyi dinlendirerek bunlar azaltılabilir (15,112).

ALKOL KULLANMA ALIŞKANLIĞI VE ALKOL BAĞIMLILIĞI

Alkol bağımlılığı yavaş ilerleyen bir süreçtir. Bağımlılığın meydana gelmesi her ne kadar kişinin aldığı içki miktarına ve sıklığına, bedensel ve psikolojik özelliklerine bağlı bir olguysa da, içkiciliğin bağımlılık sınırlarına gelebilmesi için her bireyin geçirmesi gereken bazı aşamaları vardır. Sosyal içkicilik, aşırı içkicilik gibi dönemlerden içki içmenin çeşitli bedensel, psikolojik ve toplumsal zararlar vermeye başladığı alkolün kötüye kullanımı devresine geçilir. Bu devrelere özgü olan çok karakteristik özellikler yoktur. Alkol bağımlısı sayısı kadar bağımlılığın meydana geliş şekli ve nedeni vardır. Alkol bağımlısı oluncaya kadar geçen aşamalarda kesin sınırları çizmek ve hangi devrenin kaçınıcı içkide, ne zaman başlayabileceğini belirlemek güçtür (67). Ancak yine de bu devreleri karakterize eden bulgular ortaya konulabilir.

Sosyal İçkicilik

Arada bir yapılan arkadaş toplantıları, kokteyller, çeşitli kutlama törenleri gibi vesilelerle içkiyi çevreye uyum sağlamak için içen kişi sosyal içkicidir. Ancak sosyal içkiciliğin zararlı hale gelmemesi ona devamlılık kazandırmamakla mümkündür. Çünkü alkolün alışkanlık yapan etkisi nedeni ile haftada bir kez olmak üzere on hafta arka arkaya içki içen kişilerde beyinde bağımlılığın ilk nüveleri atılmaktadır. Devamlı olarak alınan on kez alkolden sonra kişi alkolün sempatzımı olarak bir arayış içine girmekte, bu alışkanlığı bilinci ile bir yerde kesemediği takdirde başlangıçta "sosyal içkicilik" sınırlarında görünen içkici, kazandığı devamlılıkla alkol toleransını artırmaktadır. Arada bir alınan içkinin sosyal içkicilik sınırlarını aşarak, devamlılık kazanması, aşırı içkicilikte kalmaz ve alkol bağımlılığına ulaşılması her kişi için farklı özellikler göstermektedir. Bu kişisel özellikler, biyolojik ve çevresel koşullara göre kişinin alkol bağımlısı haline gelme olasılığını çoğaltır veya belli bir düzeyde tutabilir; ama alışkanlığın meydana gelme olasılığını yok edemez. Hemen herkesin içkiye alışabileceği düşünülmelidir (67).

Akşamcılık (Aşırı İçkicilik)

Sosyal içkiciliğin ne kadar sürede akşamcılığı hazırlayacağı hakkında bir genelleme yapılamazsa da, 10 defa arka arkaya alınan içkiden sonra, kişi alkol alma davranışını bırakmıyorsa alkolü eskiye göre daha fazla arayacak, daha fazla ihtiyaç duyacaktır. İlk 10 denemede, alkolün rahatlık, gevşeme sağlayan etkilerinden hoşnut olmuştaki, aynı etkiyi daha sık yaşamaya başlamışsa, büyük bir olasılıkla bu alışkanlık başlangıçta haftanın belirli günlerin-

den yavaş yavaş her akşama kaymaya başlayacaktır. Sosyal içkicilikte ancak bir vesile ile alkol alınırken bu içme fırsatları daha fazla çoğaltılmaya, içkiye ayrılan zaman süresi daha çok uzamaya başlar. Evvelce, değişik ortamlarda değişik içkiler denenirken, kuvvetli olan ve tadı beğenilen tek içki içilir. Alıştığı türdeki içkinin dışında içki almak, kendini rahatsız edebilir, alıştığı içki kadar tad vermeyebilir.

Sosyal içkicilikte, çevreye uyum sağlamak, bir eğlenceye katılmak için alınan içki, artık içkinin etkilerini yaşamak için alınmaya başlanmışsa, akşamcılık, aşırı içkicilik devreye giriyor demektir. Sosyal içkicilikte içkinin etkisiyle daha konuşkan, daha girgin, daha keyifli ve sosyal etkinliklerden zevk alan bir kişi iken, akşamcılık döneminde, içki içme saatleri yaklaştıkça tedirginlik duymaya, o saatler içinde, aileleri ve arkadaşlarının gerçekleştirmek istedikleri etkinliklere boş vermeye başlarlar. İçkisiz bir toplantıda, dikkatini toplayarak, düşüncelerini açıklamak güç gelebilir. Kendisi için önemli olan her konuda, bir girişim yapabilmek için, alkole ihtiyaç duyar. Alışkanlığın artması ile sorumsuzluklar da artacak, bu sorumsuzluğun sonucu olan davranışlarla kişi kendisini toplumdan soyutlanmış bir şekilde bağımlılık sınırlarına gelmiş bulacaktır (67).

Alkol Bağımlılığı (Alkolizm)

A.B.D. Ulusal İlaç ve Alkol Bağımlılığı Konseyi'nin tanımına göre; "Alkol bağımlılığı, gelişimi ve belirtileri, genetik, psikososyal ve çevresel etmenler tarafından etkilenen, birincil ve kronik bir hastalıktır. Çoğu zaman ilerleyici ve ölümcüldür. İçki içme üzerindeki denetimin bozulması, zihnin alkolle meşgul olması, olumsuz sonuçlara karşılık alkol kullanımı ve düşünme bozukluklarıyla nitelenmekte ve çoğunlukla kişi alkolik olduğunu reddetmektedir. Bu semptomlar sürekli ya da periyodik olabilir" (83).

Bir başka tanıma göre "Alkol bağımlılığı, alkolü kontrollü içmek veya bırakma isteğine rağmen bırakamama aşamasına gelinmesi, alışkanlığın onsuz yaşanamayacak boyutlara varmasıdır" (67).

Bir kişinin alkol bağımlısı (alkolik) olup olmadığı aşağıda belirtilen kriterler kullanılarak saptanmaktadır (38):

1- İşlevsel Bozukluk: Alkol bireyin ailesel, sosyal ve mesleki faaliyetlerini önemli ölçüde aksatır.

2- Alkolün Etkisinin Gittikçe Azalması: Aynı sarhoşluk derecesini elde etmek için kişi gittikçe daha çok alkole gereksinime gösterir. Böyle bir kişi büyük miktarlarda alkol aldığı

halde, diğerkimşelerden daha farklıdır ve pek sarhoşluk belirtisi göstermez.

3- İçkiyi Bırakınca Görülen Yoksunluk Belirtileri: Alkolik kişi alkol bulamadığı zaman ya da kendi isteğiyle alkollü içki içmediği zaman genellikle şu belirtileri gösterir: Titreme, mide bulantısı, terleme, kaygı nöbetleri, ateşlenme nöbetleri, düşünce karışıklığı, sanrılar ve varsanılar. Kişinin alkoliklik derecesine göre belirtilerden birkaçı veya tümü gözlelenebilir. Kişi ağır bir alkolik değilse, biraz terleme ve titreme ile içkiyi bırakabilir. Ağır alkolik olanlar yukarıda verilen belirtileri bütün şiddetiyle gösterirler. Ağır alkoliklerin bu davranışlarına "delirium tremens" adı verilir. Bir kimse delirium tremens türünden şiddetli belirtiler gösteriyorsa, bu kişinin bu devre içinde ölme olasılığı oldukça yüksektir. Bu nedenle alkolden çekilme süresinde böyle şiddetli belirtiler gösteren kişilerin hemen doktor bakımı altına alınması gerekir.

4- Bedensel Hastalıklar: Alkoliklerin bedensel hastalıklarının kaynağının çoğu karaciğerle ilgilidir. Bu hastalıklar sarılık, siroz ve safra kesesinin iltihaplanması olarak kendini gösterir. Ayrıca bu hastalıklara ek olarak sinir sisteminin işlevinde de bir çok bozukluklar ortaya çıkar. Alkolikler, doktorun kendilerine alkölü bırakmaları gerektiğini ve hastalıklarının temelinde alkolün yattığını söylemelerine rağmen alkölü bırakamazlar. Alkolü bırakamama alkolik olmanın en belirgin özelliğidir.

5- Alkolün Neden Olduğu Bellek Kayıpları: Alkoliklerde, alkolün neden olduğu geçici bellek kayıpları görülür. Bu kişiler günlük hayatlarını normal olarak sürdürebilirler; örneğinpilot uçağı hava alanına indirir, operatör doktor ameliyatını yapar, marangoz üzerinde çalıştığı mobilyayı tamamlar. Ancak bellek kaybını içeren devre geçtikten sonra bu kişiler yaptıklarıyla ilgili bir şey hatırlayamazlar.

6-Miktar / Sıklık Göstergesi: Sık sık ve büyük miktarlarda içen kişinin alkolik olma ihtimali, seyrek ve az içen birinden daha yüksektir.

7- Alkolün Kullanıldığı Zaman: Alkol bağımlılığının kriterlerinden biri de, gündüz alkol alınmasıdır. Gündüz alkol alan kimselerin büyük çoğunluğu alkoliktir.

ALKOL BAĞIMLILIĞININ NEDENLERİ

Alkol bağımlılığında tek neden aramamak ve çok etkenli bir bozukluk olduğunu kabul etmek gerekir. Yapılan araştırmalara dayanarak henüz yeterince kanıtlanmamış bile olsa, alkol bağımlılığında ileri sürülen nedenler a) biyolojik nedenler, b) psikososyal ve ekonomik

nedenler olarak iki başlık altında ele alınmaktadır.

Biyolojik Nedenler:

Alkolizmde kalıtsal bir etkenin varlığı kabul edilmektedir. Aile araştırmalarında alkoliklerin babalarının % 50'si, erkek kardeşlerin % 30'u, yakın akrabaların % 15-25'i alkolik bulunmuştur. Normal ailelerden gelen kişilerde bu rakam % 3'tür. Alkolizmin belirli aile üyelerinde yaygın olması iki biçimde yorumlanabilir. Ya biyolojik faktör, yani kalıtım alkolizmin nedenidir ya da çocuğun büyüdüğü ailesel çevrede alkolik kişilerin bulunması yeni yetişenlere kötü örnek olur ve öğrenme yoluyla alkolizm aile içinde sürer (38,93). Bu ki faktörden hangisinin daha kuvvetli olduğunu bulabilmek için özdeş ikizler üzerine yapılan araştırmalar ip uçları vermektedir.

Özdeş ikizler üzerine yapılan araştırmalar kalıtım faktörünün önemli olduğunu göstermektedir. Özdeş ikizlerden biri alkolikse, diğ erinin alkolik olma ihtimali % 54'tür; özdeş olmayan farklı yumurta ikizlerinde bu ihtimal % 28'dir (65). Başka bir araştırmada, evlat edinme yoluyla bebekken ev değ iştiren çocuklar üzerinde inceleme yapılmış, evlat edinilen çocuğun biyolojik babasını görmediği ve onun etkisi altında yetişmediği halde, eğer biyolojik babası alkolikse alkolik olma ihtimali % 18 bulunmuştur. Babası alkolik olmayan ve bebekken evlat edinilen diğ er çocukların alkolik olma ihtimali sadece % 5'tir (60). Bu rakamlar sadece erkek çocuklar için geçerlidir, kızlar için genetik faktör zayıftır.

Araştırmalar, alkolizm adaylarının daha alkol kullanmaya başlamadan önce alkole karşı yüksek dayanma gücü gösterdiklerini, bu kişilerin fazla miktarda içseler bile otonomik belirtiler (yüz kızarması, çarpıntı, bulantı, kusma vb.) ve sarhoşluk belirtilerinin daha az olduğunu göstermektedir. Bu kişiler bu nedenle daha kolay ve daha çok içebilmektedirler. Kaliforniya'dan bir araştırma grubunun (109,110), babası alkolik olan 30 genç ve babası alkolik olmayan eşleştirilmiş 30 kişilik kontrol grubu üzerinde yaptıkları araştırmada bu gençlere belirli dozlarda alkol verilmiş ve babaları alkolik olan gençlerde alkolün etkileri kontrol grubuna oranla belirgin derecede az bulunmuştur. Ayrıca kontrol grubuna alkol verilince yükselen serum prolaktin düzeylerinin, alkoliklerin çocuklarında daha az yükseldiği ve çok daha kısa zamanda normale döndüğü gözlenmiştir. Bu da alkoliklerin çocuklarında etanol etkisi ile değ işen nöro-endokrin dengeyi, kontrol grubuna göre daha kısa zamanda düzenleyen mekanizmaların olabileceğini düşündürmektedir. Alkolden fazla etkilenmeyen ya da etkileri kısa sürede sönen bir yapıdaki kişinin rahatlıkla alkol alacağı ve zamanla bağımlı olabileceği açıktır (93).

Bazı ırklarda (Japonlar, Koreliler, Taiwanlılar ve Amerikan Kızılderilileri) alkole karşı doğuştan bir dayanıksızlığın olduğu bilinmektedir. Örneğin Japon ve beyaz ırk bebeklerine alkol verilerek yapılan bir araştırmada Japon bebeklerinde yüz kızarması, bulantı, kusma ve başka otonom sinir sistemi belirtilerinin beyaz ırk bebeklerine oranla çok fazla olduğu görülmüştür. Yetişkin Japonların az dozda alkol ile daha çabuk ve ağır sarhoş oldukları bilinmektedir. Doğu Asyalılar da alkolizm sıklığı oldukça düşüktür. Buna karşılık daha çok sosyal nedenlerle Amerikan kıızılderililerinde alkolizm oranı yüksektir (52).

Psikososyal ve Ekonomik Nedenler:

Yapılan düzenli, kontrollü araştırmalar alkolizme özgü bir hastalık öncesi kişilik yapısı göstermemektedir. Ancak prospektif tip çalışmalarda, alkoliklerin, henüz alkole başlamadan önce ve çocukluklarında hiperaktif, tutarsız, amaç ve değerlere fazla duyarlı olmayan, sosyopatiye eğilimli olduklarına ilişkin veriler ağır basmaktadır. Belli bir kişilik örüntüsünden çok etnik tutumların ve ailede alkolik bulunuşunun rolü daha önemli bulunmuştur. Sarhoşluğu hoşgörü ile karşılayan, fakat çocukluk ve delikanlılık çağında az veya hafif içki içilmesini hoşgörmeyen etnik gruplarda alkolizm daha yüksek oranda görülmektedir (142).

Din ve töreleri ile alkolü onaylamayan toplum kesimlerinde alkolizm oranı düşüktür. Sosyo-ekonomik bakımdan üst tabakalarda daha sık görüldüğü kesindir. Refah düzeyi yüksek toplumlarda alkolizm en önde gelen sağlık sorunlarından biridir (93).

Alkolün kolay ve ucuz elde edilebilirliği ile fazla alkol tüketimi ve dolayısıyla aşırı alkol kullanımı arasında ilişki vardır. Alkolün tümünden yasaklanması, bir toplum içinde alkolizmi önlemiyorsa da elde edilmesini güçleştiren önlemler alkolü aşırı kullanma oranını düşürebilmektedir (93).

Yukarıda belirtilen etkenlerin yanısıra toplumsal ve bireysel stres etkenleri de alkol alma eğilimini arttırabilmektedir. Alkol bazı kişilerde en çabuk etki yapan bir yatıştırıcı, rahatlatıcı olarak kullanılabilir. Aslında aşırı alkol kullanan kişilerin çoğunda stres, içmek için bir gerekçe olarak kullanılmaktadır. Ancak henüz alkol alışkanlığı başlamadan geçirilmiş stres olayları, yatkın kişilerde önemli bir başlama nedeni olabilmektedir. Her stres altında kalan kişi alkolik olmadığına göre, kişide biyolojik ya da psikolojik yatkınlığın bulunması gerekmektedir (93).

ALKOL BAĞIMLILIĞININ SONUÇLARI

Bedensel ve ruhsal hastalıkların yanında, kişiler arası ilişkilerin bozulmasında, aile içi sorunların artmasında çocuklar üzerinde yaptığı olumsuz etkilerle, toplumsal sefalet ve önemli ekonomik kayıplarda, yasal sorun ve intihar olaylarının büyük bir çoğunluğunda, trafik ve iş kazalarında alkol en başta gelen bir sorumlu durumundadır.

Alkol alındıktan çok kısa bir süre sonra kana karışır, buradan da diğer vücut sıvılarına ve dokulara geçer. Başlangıçta keyif verme etkisi varken kullanımın devamlılık kazanması ile ciddi fiziksel, bedensel bozukluklar ortaya çıkmaya başlar (47).

Alkol Bağımlılığına Bağlı Organik Akıl Bozuklukları

Alkolün en önemli etkisi merkezi sinir sistemine yaptığı etkidir. Merkezi sinir sistemine yaptığı zarar kendisini algılama ve hafıza kusurlarıyla ortaya koymaktadır. Algı yanılgıları ya var olmayan bir şeyin algılanması ya da var olan bir şeyin yanlış algılanması şeklinde kendini gösterir. Örneğin, alkol bağımlısının ciltte böcek yürüyormuş gibi dokunma halüsinasyonları, yılanlar, böcekler karşındaymış gibi görme halüsinasyonları olabilir. Bu algı bozuklukları tedavi edilmediği takdirde akıl hastalıklarına yolaçabilir. Alkol kullanımına bağlı olarak çıkan hafıza kusurları da, kişinin yaşı ve zekası ile hiç orantılı olmayan belirtilerdir. Aynı şekilde yargılama, öğrenme gibi akli görevler ağır bir şekilde zayıflamakta, kişilik yapısı değişmektedir (67).

Alkol Sarhoşluğu (Intoxication): Sarhoşluk her zaman yeni ve büyük miktarda alkol alımı sonucunda ortaya çıkar. Alkol sarhoşluğu kısa bir süre önce alınmış olan alkol nedeniyle uyumsuz bir davranışın görülmesidir. Kişinin alışılmış davranışları ya abartılmış ya da değişmiş bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Alkol sarhoşluğu, alınan içkinin miktarına, cinsine, alınma hızına bağlı olmakla beraber, içki içilmesinin bitiminden sonra birkaç saat ile onbeş saat kadar sürmektedir (67).

Kandaki alkol düzeyi yüzde mg. olarak belirtilir ve alkolün kandaki düzeyini belirlemek için kullanılan terim "alkolemi"dir. Kandaki alkol düzeyi % 30 mg. olunca sarhoşluk belirtileri görülür. % 200 mg.da herkes sarhoştur. Kandaki alkol düzeyiyle alkole bağlı ruhsal belirtiler arasındaki ilişki Tablo 13'de özet olarak verilmiştir (75).

Tablo 13- Kandaki Alkol Düzeyiyle Alkole Bağlı Ruhsal Belirtiler Arasındaki İlişki	
Yüzde Mg. Olarak Kandaki Alkol Düzeyi	Alkole Bağlı Ruhsal Belirtiler
10 - 20 mg	Düşünce de açıklık, iyimserlik, neşe, aşırı konuşma, kendine güven, atılganlık.
20 - 40 mg.	Neşe durumu artar, kimi kez aşırı neşe, taşkınlık ve keyif hali olur. Bu dönemde bedensel yorgunluk, bitkinlik, halsizlik durumu da azalır. Hafif ağrılar ortadan kalkar. Başdönmesi, sıcaklık, kızarma, terleme olabilir.
40 -60 mg.	Konuşma bozulur. Düzenli hareketler azalır. İstemli hareketler zorlaşır. Konuşma ve hareketlerde taşkınlık ve tuarsızlık ortaya çıkar.
60 - 80 mg.	Konuşma ve düzenli hareketlerdeki bozukluk artar. Oturma ve yürümede dengesizlik görülür. Taşkınlık ve tutarsızlık artar. Saldırgan belirtiler ortaya çıkar. Alınganlık, bağırıp çağırma, küfür, vurup kırma, kavga, tahrip olur.
80 - 100 mg.	Üstbenliğin denetimi azalır ya da bütünüyle ortadan kalkar. Kişi kırıcı, kavgacı ve saldırgandır. Ruhsal durum çocuksudur. Zaman zaman gereksiz üzüntü, sıkıntı, ağlama, kendisini suçlama, kıskançlık, yaşamından yakınma biçiminde belirtiler olur. Kalp vurum sayısı ve solunum azalır. Görme bulanıklaşır.
100 - 200 mg.	Üstbenliğin denetimi bütünüyle kalkar. Saldırganlık, sapık cinsel eğilimler ortaya çıkar. Konuşma, görme, yürüme güçlüğü ve çift görme, dengesiz yürüme, sendeleme, yalpalama görülür. Bilinç bulanır. Bulantı, kusma olur.
200 - 300 mg.	Başlangıçta aşırı kaygı ve sıkıntı, bilinç bulanıklığı, öfke, kızgınlık görülür. Bulantı, kusma ve kalp vurum sayısı artar ve bozulur. Ağır ve derin horultulu uyku dönemi başlar. Kan basıncı düşer. Zaman zaman şiddetli taşkınlık ve saldırganlık ortaya çıkar.
300 - 500 mg.	Bilinç tümüyle kaybolur.
500 - 800 mg.	Koma, solunum felci ve kusmuğun aspire edilmemesi nedeniyle ölüm görülür
Kaynak: Köknel Ö. (1983). <i>Alkolden Eroine Kişilikten Kaçış</i> . Alın Kitaplar Yayınevi, Bilimsel Sorunlar Dizisi. İstanbul.	

Alkolün Kişiy e Özel Sarhoşluğu (Idiosyncratic Intoxication): Pek çok kişide alkol sarhoşluğuna neden olabilecek bir miktarın çok altında alkol içildiği halde içilirken ve içilmiş olmasından çok kısa bir süre sonra kişinin alışık olmadığı bir davranış bozukluğunun ve sonrasında da unutkanlık devresinin görülmesi alkolün kişiy e özel sarhoşluğu olarak tanımlanır (67).

Alkol Yoksunluğu: Günlerden beri veya daha uzun süreden beri içki içmekte olan kişinin herhangi bir nedenle alkol miktarını azaltması veya hiç almamasından saatler sonra ortaya çıkan ve şiddet bakımından çok değişik görünümleri olan bir sendromdur. Sık görülen alkol yoksunluğu belirtileri; nörolojik belirtiler, otonomik belirtiler ve ruhsal belirtiler olarak üç grupta ele alınmaktadır. Alkol yoksunluğunun nörolojik belirtileri; ellerde, dilde, göz kapaklarında titremeler, dizartrik konuşma, derin tendon reflekslerinde artma, kaslarda miyoklonik kasılmalar, kollarda bacaklarda spazmodik atmalar, grand mal epilepsi nöbetleri, başağrısıdır. Otonomik belirtiler arasında taşikardi, terleme, kan basıncının yükselmesi ya da düşmesi, bulantı, kusma, ağız kuruluğu, halsizlik sayılabilir. Alkol yoksunluğunun ruhsal belirtileri ise bunaltı, uyku bozukluğu, korkulu düşler, kısa süreli görme, işitme, dokunma varsanılarıdır (67,75,93).

Alkol Yoksunluğu Deliriumu (Delirium Tremens): Delirium Tremens, titreme ve ateşle seyreden ciddi ve bazen öldürücü bir durumdur. Kronik alkol bağımlılarının ancak % 1'inde görülmektedir. Uzun süre bağımlılık düzeyinde alkol alındıktan sonra, alkol alımının ani kesilmesi üzerine 2-3 gün sonra ortaya çıkar. Hayal görülmeye başlanır. Hastanede bulunan alkol bağımlılarının % 5'inin ve yalnız başlarına müdahale edilmeyen Delirium Tremens hastalarının % 20-25'inin sonuçta öldükleri bildirilmektedir. Sakinleştirici ilaçlar, yoğun bakım, gıda kontrolü ile sıvı elektrolit dengesinin sağlanması önemli önlemlerdir. Delirium Tremens alkolün doğrudan beyin üzerine zehirleyici etkisi değildir. Günlerce ve haftalarca sarhoşlukta sonra arınma dönemindeki alkol bağımlılarında görülmektedir (67,75,93).

Alkol Hallusinozisi: "Alkol bağımlılarında, alınmakta olan alkolün azaltılmasını veya bırakılmasını izleyen dönemde, açık bir şuurluluk halinde canlı bir takım işitme varsanılarının devamlı ve belirgin bir şekilde görülmesi "alkol hallusinozisi" olarak tanımlanır" (67). Sesler genellikle hasta ile konuşmakta, genellikle korkutucu veya hakaret edici ya da tehdit edicidir. Sendrom, kanda alkol seviyesinin gittikçe düşmekte olduğu uzun sürmüş bir sarhoşluğun sonuna doğru başlayabileceği gibi, çoğu kez alkol alınmasının kesilmesinden sonra ilk 48 saat içinde görülür. Tehdit edici, hakaret edici, kötü şeyleri yapması için emir vermekte olan sesleri duyan hastabu seslerden kurtulmak için polise gidebilmekte ve silahlanmaktadır. Alkol hallusinozisi, genellikle 10-15 yıl aşırı alkol kullanmadan sonra ve ilk defa 40 yaşlarında görülür. Süre, haftalar ve aylarca devam edebilir (67,75,93).

Alkol Amnestik Sendromu (Korsakoff Psikoza): Uzun süre ağır alkol kullananlarda "thiamine" eksikliğine bağlı bir kronik beyin sendromudur. Bu hastalıkta yakın ve orta geçmişe ilişkin bellek bozukluğu ve bellek boşluklarını doldurmak için "masal uydurma" (con-

fabulation) tipiktir. Kişi çok eski geçmişi oldukça iyi anımsar. Yakın geçmişte olan olayları çabuk unuttur; fakat hesap yapma, sayı sayma, yargılama ve soyut düşünme bozuk olmayabilir. Bellek boşluklarını doldurmak için kişi gereksiz uydurmalar yapar. Daha önce gördüğü kimseleri görmediğini, hiç tanımadığı kişileri daha önce görmüş olduğunu ve başka hiç olmamış olayları olmuş gibi anlatır. Bu duruma gelmiş vakaların % 25'i hiç bir düzelme göstermez. Kişide ayrıca polinevrit, serebellar ataksi ve tremor, siroz belirtileri bulunabilir (67,75,93).

Alkol Bağımlılığı ile Birlikte Görülen Bunama: Uzun süre ağır alkol kullanan kişilerde, alkolü bıraktıktan en az üç hafta sonra da bunama belirtileri devam ediyorsa ve bunamayı açıklayacak başka neden yoksa alkol bunamasından söz edilebilir. Hastada ağır bellek yıkımı, yargılama bozukluğu, soyut düşünme yetisinde yitim, kişiliğin yozlaşması belirtileri vardır. Alkol uzun süre bırakıldığında bunamada belirgin düzelmeler olabilir (67,75,93).

Alkolün Etkisi İle Ortaya Çıkan Bedensel Bozukluklar

Alkolle ilgili genel sağlık sorunları, alkol tüketimi arttıkça artış göstermektedir. Tablo 14'de haftada tüketilen alkol miktarıyla ilgili olarak genel risk düzeyleri verilmiştir (111). Düzenli ve ölçülü bir şekilde içilen içkinin vücuda kalıcı bir etkiye bulunma gücü az olmaktadır. Ancak uzun sürede büyük miktarda alındığında, alkol tehlikeli olarak, yaşamın değerini ve süresini azaltabilir. Bu etki alkolün doğrudan toksik etkisi yanında, dolaylı olarak protein ve vitamin eksikliği ile ilgilidir. Uzun süre devam edilen aşırı alkol kullanımında beyinde ve beyincikte yer yer mikroskopik kanamalar, periferik sinirlerde yaptığı yıkıntı nedeniyle el, kol, ayak ve bacaklarda ağrı, duyum bozukluğu, zayıflama ve güç yitimi, daha ağır durumlarda felçler ve koordinasyon bozukluğu, epilepsi nöbetleri görülür. Alkol bağımlılarının zatürre

Tablo 14- Cinsiyete ve Tüketilen Alkol Miktarına Göre Sağlık Sorunları Riski		
Alkol Alımı (Ünite/hafta)		Sorun Riski
Erkek	0-21	Düşük
Kadın	0-14	Düşük
Erkek	22-50	Artmakta, özellikle de sigara kullananlarda
Kadın	15-35	Artmakta, özellikle de sigara kullananlarda
Erkek	>50	Yüksek (kesinlikle tehlikeli); sigara kullananlarda çok yüksek
Kadın	>35	Yüksek (kesinlikle tehlikeli); sigara kullananlarda çok yüksek
Kaynak: Secretary of State for Health of the Nation: A Strategy for Health in England. London, 1992.		

ve diğer enfeksiyon hastalıklarına karşı zayıf oldukları ve bu zayıflığın alkolün bağışıklık mekanizmasını doğrudan etkilemesinden kaynaklandığı bildirilmektedir (67). Alkol bağımlılarında sık görülen sağlık sorunları Tablo 15'de gösterilmiştir (93). A.B.D.'de 20.000 kişinin alkol kullanımına bağlı organik hastalıklardan dolayı öldüğü bildirilmektedir (15). Alkol tüketiminin yalnızca İngiltere ve Galler'de her yıl yaklaşık 28.000 ölüme yol açtığı bildirilmektedir. Tahminlere göre İngiltere alkol nedeniyle her yıl 8 milyon iş günü kaybına uğramaktadır. Ayrıca Avrupa'da bütün ölümlerin % 3'ünün aşırı alkol tüketimiyle ilişkili olduğu bildirilmektedir. Yine Avrupa'da kansere bağlı tüm ölümlerin % 10'undan alkolün sorumlu olduğu bildirilmektedir (16).

Alkolün Karaciğere Etkisi: Alkol karaciğerde parçalandığı için karaciğer hücreleri üzerine doğrudan doğruya toksik etkisi olan bir maddedir. Alkolün karaciğere zararlı etkileri sonucu üç tablo ortaya çıkar: 1- Alkol hipatiti, 2- Karaciğer yağlanması, 3- Karaciğer sirozu. Bu tabloların ortaya çıkmasında alkolün karaciğer hücresi üzerine doğrudan zararlı etkisi ile birlikte, alkolün karaciğerde enzim, vitamin ve protein metabolizmasını olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle sistin, E vitamini ve diğer vitamin eksiklikleri, selenyum eksikliği ve diğer eser elementlerin eksikliği, az protein almak, hormonal bazı etkiler ve viral enfeksiyonlar gibi yan etkenler de vakadan vakaya değişik oranlarda katkıda bulunurlar (15,112).

Alkol hepatiti hastalık, halsizlik, iştahsızlıkla başlar. Alkolün yolaştığı hepatitte karaciğer hücrelerinde yağlanmanın her vakada görüldüğü ve santral bölgelerde hücre yıkımının söz konusu olduğu bildirilmektedir. Karaciğer yağlanması, karaciğer hücrelerinde yağ birikimi sonucu karaciğerin normalden fazla büyümesidir. Karaciğerde yağ birikimine, alkolün karaciğer hücreleri içindeki oksidasyonu bozmasının yol açtığı öne sürülmüştür (15).

Alkole bağlı karaciğer sirozunun gelişmesi için günlük alınan alkol düzeyinin 50 gm.'ın üstünde olması ve bunun 10 yıl kadar sürmesi gerektiği bildirilmektedir. Bu miktarlar ölçü olarak alınırsa günde 400-500 ml. şarap, 1500-2000 ml. bira 120-130 ml. rakı, votka ve diğer sert içkilerin, bu açıdan pek zararlı olmadığı söylenebilir (112). İçki tüketiminin yüksek olduğu A.B.D. ve Fransa gibi ülkelerde alkole bağlı siroz, en çok görülen karaciğer sirozu tipidir. İngiltere'de içki fiyatlarının çok pahalı oluşu nedeniyle alkole bağlı sirozun bütün sirozlar içinde % 30 oranında olduğu bildirilmektedir. Kadınlarda alkole bağlı karaciğer sirozu daha erken ve daha sık olmaktadır. Bir oran vermek gerekirse 10 yıldır günde 50 gm'dan fazla alkol alan erkeklerde karaciğer sirozu sıklığı % 10 civarında iken, kadınlarda bu oran % 16-18 arasındadır (112).

Tablo 15- Alkol Bağımlılarında Sık Görülen Sağlık Sorunları

Organ ya da Sistem	Temel Belirtiler	Etki Düzenegi
Kan	Anemi Trombositopeni Lökopeni	Kemik iliğinin bastırılması Folat metabolizmasının bozulması Beslenme eksikliği Folik asid Riboflavin Başka vitaminler
Karaciğer	Yağlı karaciğer Alkol hepatiti, Siroz	Karaciğer hücrelerine toksik etki ?Beslenme eksikliği yoluyla etki
Pankreas	Pankreatit (akut ve kronik)	Pankreas hücrelerine toksik etki (?)
Mide-Barsak	Özofajit Gastrit Duodenit Peptik ülser Mallory-Weiss sendromu İshal	İrritasyon etkisi ?Motilite ve salgı üzerine etki
Endokrin	Hipoglisemi	Glikoneogenezisin inhibisyonu
Kalp	Kardiomyopati Kardiomagali Kalp yetmezliği	?Miyokarda toksik etki Tiamin eksikliği etkisi
Kas	Kas zayıflığı	Kas üzerine toksik etki
Sinir Sistemi Bırakma belirtileri Tremorlar Hallusinasyonlar Konvülsiyonlar Delirium Tremens		?SSS'ne toksik etki ?Kanda alkol düzeylerinin hızlı düşmeleri
Sinir Sisteminde Özel Lezyonlar Serebellar dejenerasyon Serebral atrofi Marchiafava-Bignami Pontin myelinolisis Polinöropati	Ataksi, ayakta durma güçlüğü Serebral işlev bozukluğu Duygulanım ve düşüncede bozukluklar Psödobulber felç Uçlarda paresteziler, ayak düşmesi	?Beslenme eksikliği ?Nöronlara toksit etki Nöronlara toksit etki
Alkol ambliyopisi	Görme bulanıklığı, skotoma	
Beslenme bozuklukları (birçok sistemde) Pellegra Wernicke ensefalopatisi Beriberi Riboflavin eksikliği B ₁₂ eksikliği Folik asid eksikliği Skorbüt	İshal Dermatit Bunama VI. sinir felci, nistagmus, ataksi Dolaşım kollapsı, yüksek auma bağlı kalp yetmezliği Dermatit, kelozis, stomatit, Anemi (sideroblastik) Anemi (makrositik) Perifoliküler kanamalar Diş eti kanamaları	Niasin eksikliği Tiamin eksikliği Riboflavin eksikliği B ₁₂ eksikliği Folik asid eksikliği Vitamin C eksikliği

Kaynak: Öztürk M.O. (1992). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 4. Basım. Hekimler Yayın Birliği Yayını. Ankara.

Alkole bağı karaciğer sirozunun belirti ve komplikasyonları, diğer nedenlere bağı karaciğer sirozlarınınkinden farklı değildir. Jinekomasti, hipogonadizm, periton boşluğuna sıvı toplanması, ayaklarda ödem, varislere bağı gastrointestinal kanamalar, elektrolit bozuklukları ve hepato-renal sendrom, sarılık ve karaciğer komasıdır. Karaciğer sirozunun gerek korunmasında gerek tedavisinde en etkili önlem alkolün kesilmesidir (112).

Alkolün Kalp-Damar Sistemine Etkisi: Alkolün etkilediği en önemli organ kalptir. 1893'de Steel, alkol bağımlılarında kalp yetersizliği gelişebileceğini bildirmişti. Bu gerçek o zamandan beri birçok kez doğrulanmıştır (42). Alkol bağımlılarında kalp hastalığı üç grupta toplanabilir: 1- B grubu vitaminlerinin eksikliğine bağı olanlar (beri-beri kalbi), 2- Ritm bozuklukları (bol alkol alımını izler, sıklıkla atrial ekstrasistoller, atrial fibrilasyon, daha seyrek olarak ventriküler ekstrasistoller, hatta öldürücü ventriküler taşikardi ve fibrilasyon görülebilir), 3- Konjestif kardiomyopati. Bu tablo en önemlisidir. Alkol, aktin ve myozin bağlanmasını ve kalp kası içindeki bir çok enzimlerin aktivitesini azaltarak kardiomyopatiye yol açar. Arteriyel hipertansiyon, kalp kapağı hastalıkları gibi kalp yetersizliği gelişmesine aday kişilerin aşırı alkol alımından kaçınmaları gerekmektedir (15,112).

Alkolün Sindirim Sistemine Etkisi: Alkollü içkilerden sonra midenin boşalması gecikmektedir. Fazla miktarda alkol alınınca mide mukozasında dağınık erozyonlar, kanamalar ve kılcac damarlarda genişlemelerle kendini gösteren akut gastrit gelişir. Alkolün etkisiyle ince barsaklarda emilim bozulabilir. Alkol bağımlılarında sıklıkla görülen beslenme bozukluklarının oluşmasında kalorinin çoğunun alkolden alınması ve diğer besin kaynaklarını ihmal etme gibi etkenlerin yanında emilimin güçleşmiş olmasının da etkisi vardır. Alkol bağımlılarında kronik pantreatit sıktır. Pankreatit ilerleyince pankreas enzimlerinin salgılanması önemli ölçüde azalabilir. O zaman yağlı ishal (steatore) ortaya çıkabilir (112).

Alkol ve Kanseri: Alkol, kanserin kanıtlanmış nedenleri arasında önem açısından sigaradan sonra ikinci gelmektedir. Çeşitli kanser tiplerine ilişkin riskin, yaşam boyu hiç alkol almayanlara göre alınan alkol miktarıyla 10 misliden fazla artış göstermesi yolundaki bulgular, alkol kullanmayan toplumsal gruplarda riskin düşüklüğü ve alkölü bırakanlarda riskin azalması alkolün insanlarda karsinojenik olduğunu kanıtlamaktadır. Tablo 16, alkole bağı olarak meydana gelen kanser tiplerini göstermektedir. Alkolün tütünle sinerjik etki gösterdiğine ilişkin güçlü bulgular vardır. Oral, farengeal ve özofageal kanserlerle ilişkili çalışmalar alkol ve tütünün bir araya geldiğinde etkinin kat kat arttığını; dolayısıyla hem sigara, hem de fazla alkol kullananların, bunları kullanmayanlara göre yüksek riskte olduğunu göstermektedir (Tablo 17). Alkolün karsinojenik etkileri malnütrisyonun bazı yönleriyle de sinerji gösterir.

Tablo 16- Alkol Tüketimine Bağlı Olarak Oluşan Kanserler

Kesin olarak	Ağız kanseri Farenks kanseri Larenks kanseri Özofagus kanseri Karaciğer kanseri
Olasılıkla	Meme kanseri Rektum kanseri*
* Yalnızca bira tüketimi Kaynak: Austeker, J. (1994). Cancer Prevention in Primary Care: Reducing Alcohol Intake. <i>British Medical Journal</i> ; 308: 1549-1552.	

Tablo 17- Alkol ve Tütün Kullanımına Göre Erkeklerde Oral ve Farengel Kanserlere İlişkin Göreceli Riskler

Sigara Kullanma Durumu	Haftada Alınan Alkol Sayısı (birim)				
	<1	1-4	5-14	15-29	≥30
Kullanmayan	1.0	1.3	1.6	1.4	5.8
Bırakmış	0.7	2.2	1.4	3.2	6.4
Kullanan (≥ 20 günde içilen sigara sayısı):					
1-19	1.7	1.5	2.7	5.4	7.9
20-39	1.9	2.4	4.4	7.2	23.8
≥40	7.4	0.7	4.4	20.2	37.7
Kaynak: Austeker, J. (1994). Cancer Prevention in Primary Care: Reducing Alcohol Intake. <i>British Medical Journal</i> ; 308: 1549-1552.					

rebilir. Bu kanserlerde en yüksek risk, aynı zamanda sebze ve meyveyi az tüketen alkol bağımlılarında görülmektedir. Dolayısıyla bu kanserlerde iyi beslenen ve sigara içmeyenlerde ılımlı alkol tüketimiyle ilişkili risk küçüktür (16).

Gebelikte Alkol: Alkol erkeklerde, spermde değişiklik yaparak, kadında özellikle gebelik sırasında alınmasıyla ana rahminde cenine etkide bulunarak zarar vermektedir. Alkol bağımlılarının çocuklarında fiziki gelişme kusurları, karakter bozuklukları bulunduğu bildirilmektedir (67).

Alkol Bağımlılığına Bağlı Olarak Ortaya Çıkan Toplumsal Zararlar

Alkolün zararlı etkisi yalnızca bireysel olmayıp aileye ve topluma yansıyan olumsuz sonuçları da vardır. Birey için alkole bağlı sorunların başında kısa sürede alınan alkolün ya-

ratığı saldırganlığa bağlı suçlarla trafik kazaları bulunmaktadır. Antisosyal davranışlar, intihar, travma, düşme, boğulma gibi sorunların meydana gelmesinde de alkolün payı önemli düzeydedir. Alkol; verimli iş yaşamını bozması nedeniyle bireyi ve ailesini sosyal ve ekonomik olarak da olumsuz etkilemekte ve ülke için önemli düzeyde ekonomik kayıplara yol açmaktadır.

Yurdumuzda yapılan bir araştırmada, 3371 kişi arasında zaman zaman alkol alanların oranı % 75-85 olarak saptanmış, bunların % 6'sının hergün alkol aldıkları, aylık kazançlarının % 5-10'unu alkole harcadıklarını, alkol kullanan tüm deneklerin % 8'inde suç işleme, % 8'inde aile içi geçimsizlik, % 6'sında kavga, % 4-5'inde trafik kazasına neden olma gibi bulgular bildirilmiştir (39). Bir başka araştırmada, alkol hastalarının % 60'ının alkole bağlı olarak işe gitmedikleri, bunlardan % 21'inin ise alkol nedeniyle işten kovuldukları belirtilmiştir. Alkol hastalarının % 40'ı iş hayatında ve günlük yaşamda sık sık kaza ve aksiliklere uğradıklarını belirtmişlerdir. % 50 oranında bu hastalar, aileleri ile alkol nedeniyle sık sık kavga ettiklerini belirtmiş, % 56'sı eski dost, akraba ve arkadaşlarını alkol almaya başladıktan sonra kaybettiklerini, % 49'u ise arkadaş çevrelerini değiştirmiş olduklarını söylemişlerdir (154). A.B.D.'deki çalışmalar, yetişkinlerin % 22'sinin aile yaşamlarının alkolizmin etkisi altında bulunduğunu ve alkolün yuvalarına mutsuzluk getirdiğini göstermektedir (38).

Kolej öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada, alkol kullanımı ile antisosyal davranışlar arasında ilişki olduğu (145); başka bir çalışmada alkolizmin kaza riskini artırdığı, iş performansında azalma ve iş zamanı kaybına yol açtığı, tedavi sonrasında işten alınana verimin % 90 arttığı gösterilmiştir (98). Bazı araştırmacılar 1974 yılında A.B.D.'de alkoizm nedeniyle yılda 24 milyar dolarlık parasal bir kayıp olduğunu hesaplamışlardır. Araştırmacılar, toplam parasal kaybı şu alt bölümlerde incelemişlerdir: Üretim kaybından doğan kayıp 9.35 milyar dolar, tedavi masrafları 8.29 milyar dolar, trafik kazalarından doğan masraflar 6.4 milyar dolar (22).

Alkol ve Trafik Kazaları: Trafik kazalarında dikkatsiz ve hatalı araç kullanma kadar, alkol kullanımı da önemli bir etkiye sahiptir. Alkol görüntü keskinliğini etkilemekle beraber fazla miktarda alındığında değişik renklerin ayırımında ve görüş alanının daralmasında etkili olmaktadır. Alkolün görüş alanına olan etkisi otomobil kullanımında tehlikeli sonuçlar doğurabilir. Otomobil kullanırken gerekli olan nitelikler ve alkolün bunlar üzerindeki etkileri Tablo 18'de gösterilmiştir. 100 cc. kanda 100 mgr. alkol olduğu zaman trafik kazası yapma ihtimalinin 2.5 kat, 100 cc. kanda 150 mgr. alkol olduğu zaman 10 kat artmakta olduğu, 100 cc. kanda 100 mgr. alkol düzeyinde bile insanların dörte birinde karar verme kapasiteleri za-

rar gördüğü bildirilmektedir (15).

Tablo 18- Otomobil Kullanmaya Gerekli Nitelikler ve Alkolün Bunlar Üzerine Etkisi	
Otomobil Kullanmaya Gerekli Nitelik	Alkolün Etkisi
1- Kendine güven	Aşırı ve gereksiz artar
2- Dikkat	Azalır
3- Refleksler	Zayıflar
4- Algılama (perception) (görme ve işitme gibi)	Zayıflar, değişir
5- Sakınma (ihtiyat)	Azalır
6- Mesafe tahmini	Zayıflar
Kaynak: Atabek E. (1983). <i>Alkol ve İnsan</i> . 2. Baskı, Kelebek Yayınları, İstanbul.	

Yılda 25.000 kişinin alkolün neden olduğu trafik kazaları nedeniyle öldüğü A.B.D.'de, tüm trafik kazalarının % 55'inde sürücülerin ya da yayaların kaza anında alkollü oldukları bildirilmektedir (15). Yine bu ülkede bir direğe ya da duvara çarpma veya şeritten çıkıp yuvarlanma gibi tek arabayı içeren trafik kazalarının % 66'sı alkole bağlıdır (38).

Alkol ve Suç: Bazı kişilerde alkol, ayıkken düşünemeyecekleri şekilde kırıncı davranışlarda bulunmalarına neden olur. Cinayetlerin 1/3'ünün ve intihar vakalarının % 50'sinin alkolizmle ilgili olduğu vurgulanmaktadır (38,67). Alkol kullanımı daha küçük çapta yasal olmayan davranışlara da neden olmaktadır. Örneğin, içmek için para ihtiyaçları nedeniyle kanuna karşı geldikleri saptanmıştır (67).

DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE ALKOL KULLANIM SIKLIĞI

Alkol tüm dünyada en çok kullanılan psikoaktif maddedir ve son yıllarda dünyada ve ülkemizde alkol tüketimi hızla artmaktadır. Ülkemiz için alkol tüketimindeki artış 1974-1980 yılları arasında % 600 olarak bildirilmekteyken, bir çok ülke için bu artış % 50-200 arasında kalmış, dünya ortalaması ise % 125 olarak saptanmıştır (48). Türkiye ve bazı gelişmiş ülkelerde yıllara göre kişi başına alkol tüketim miktarı Tablo 19'da verilmektedir.

A.B.D.'de 1946-1982 arasında yapılan 12 alan çalışmasının sonuçlarına göre, erkeklerin % 70-79'u, kadınların % 56-6'si alkol kullanmaktadır (144). A.B.D.'de, 1981-1983 yılları arasında DSM-3 ölçütleri kullanılarak yapılan bir alan çalışmasına göre yetişkinlerin % 13'ü yaşamlarının herhangi bir zamanında alkol bağımlılığı ya da kötüye kullanımı sorunuyla karşılaşmaktadırlar (7). Yine A.B.D.'de yapılan epidemiyolojik bir çalışmaya göre, toplum-

Tablo 19- 1970 ve 1985 Yıllarında Türkiye'de ve Bazı Gelişmiş Ülkelerde Toplam Nüfusta Kişi Başına Düşen Alkol Tüketim Miktarı (litre/kişi başı)				
Ülke, Yıl	Yüksek Alkollü İçki	Bira	Şarap	Saf Alkol
1970				
Türkiye	0.29	1.26	0.85	0.5
A.B.D.	2.87	70.00	4.97	6.7
Fransa	2.30	41.25	109.13	16.1
Japonya	1.07	28.04	0.32	4.6
1985				
Türkiye	0.67	4.0	1.00	1.0
A.B.D.	2.72	90.3	9.15	8.0
Fransa	2.30	90.3	80.00	13.3
Japonya	2.40	38.0	0.70	5.7
Kaynak: Öztürk M.O. (1992). <i>Ruh Sağlığı ve Bozuklukları</i> . 4. Basım. Hekimler Yayın Birliği Yayını. Ankara.				

daki en yaygın ruhsal sorun alkol bağımlılığı olarak belirlenmiştir (100). İsveç, Norveç, Amerika, Fransa gibi ülkelerde de yetişkin nüfusta alkolizm oranının % 10-15 civarında olduğu ve alkolizmin bu toplumlarda şizofreni ve yaşlılık çağı ruhsal bozukluklarından sonra üçüncü sırada görüldüğü bildirilmektedir (144).

A.B.D.'de 1946 ile 1982 yılları arasında, alkol kullanım boyutlarının araştırıldığı 12 alan çalışması yapılmış ve "ağır içicilik oranı" (hemen hergün içen ve ayda 1'den çok zehirlenme düzeyine çıkanlar) toplumda % 7-18, erkeklerde % 12-34, kadınlarda ise % 2-5 civarında bulunmuştur (144).

Burgess, Los Angeles'de 3 lisede 2000 öğrenciyle yaptığı çalışmada 15-20 yaş arası gençlerde alkol kullanma oranını erkeklerde % 57, kızlarda % 43, 18-29 yaş arasında genelde % 76 olarak bulmuştur. Bu araştırmanın bulgularına göre; anne-babası alkol kullanan çocukların % 86'sı alkol kullanmaktadır. Anne-babası alkol kullanmayan çocukların alkol kullanma oranı ise % 65'tir. Çocukların % 87'si alkolü 16 yaşından önce tattığını belirtmişlerdir (29).

Robinson ve arkadaşları, 1987 yılında yaptığı çalışmada A.B.D.'de gençlerde alkol kullanma oranlarını erkekler için % 46.6, kızlar için % 44.7 olarak bulmuştur (104).

Türkiye'deki alkol kullanımı ile ilgili epidemiyolojik veriler oldukça yetersizdir. Sadece Türkiye'ye özgü olmayan bu durumun bir nedeni, bu gruba ulaşmanın güç oluşudur. Ayrıca

yapılan çeşitli çalışmalarda farklı tanı ölçütlerinin kullanılması da araştırmaların karşılaştırılmasını güçleştirmektedir. Bu alanda yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde şu bulgulara rastlanılmaktadır.

Ankara'nın Çankaya ilçesinden rastgele örneklem yöntemiyle seçilen 10 ilkokul ve ortaokulda yapılan bir araştırmaya göre, öğretmen grubunda sosyal içicilik % 10.4 oranında bulunmuş; hastanede yatan hastaların ise % 14.4'ünün sosyal içici gruba girdiği görülmüştür (92). Ekşi ve arkadaşlarının İstanbul Üniversitesi öğrencileri üzerinde yaptıkları bir çalışmada % 8.7 oranında alkol kullanıldığı belirtilmiştir (49). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir başka araştırmada ise, alkol kullanım oranı 1972'de % 17 iken, 1986'da % 62 bulunmuştur (66).

Etimesgut Sağlık Bölgesi'nde yapılan bir çalışmada, bölgeye bağlı 20 köy ile Etimesgut ve Sincan merkezinden basit rastgele örneklem yöntemi ile 200'er aile seçilerek toplam 400 aile incelenmiş, 18 yaş üstü 1278 kişi arasında alkol bağımlılığı oranının % 0.85 olduğu bulunmuştur (140). Gölbaşı Sağlık Bölgesi'nde yapılan başka bir araştırmada da kronik alkolizm oranı % 0.30 olarak bulunmuştur (141).

Sağduyu ve Rezaki, yarı kırsal bir bölgede bulunan bir sağlık ocağına ardarda başvuran 15-65 yaş arası 1307 hastayı alkol kullanımı açısından araştırmış ve bu hastaların % 14.8'inin yaşamlarında en az bir kez alkol aldıklarını saptamışlardır. Bu oran erkeklerde % 37.3'e çıkarken kadınlarda % 3.4 düzeyinde kalmaktadır. Yine bu orana 15-24 yaş grubu için baktığımızda erkekler için % 40.2, kadınlar için % 2.6 çıkmaktadır (107).

Çokan ve arkadaşları 1989 yılında, İstanbul'da düşük ve yüksek sosyo-ekonomik koşulların belirlendiği iki ayrı yerleşim bölgesinde alkol kullanma oranını araştırmışlardır. Araştırmanın sonuçlarına göre; düşük sosyo-ekonomik grupta alkol kullanım oranı % 12.66 bulunurken, bu oran yüksek sosyo-ekonomik grupta % 71.5 olarak belirlenmiştir. Alkol kullanma oranı cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınların % 30.4'ünün alkol kullandığı, bu oranın düşük sosyo-ekonomik grupta % 6.9, yüksek sosyo-ekonomik grupta % 80.7 olduğu saptanmıştır. Erkeklerin ise toplam % 51.7'si alkol almaktadır, bu oran düşük sosyo-ekonomik grupta % 38.2, yüksek sosyo-ekonomik grupta % 59.3 olduğu saptanmıştır. Üst sosyo-ekonomik grupta alkol kullanımının kadınlarda % 80.7 ile erkeklerden (% 59.3) daha yüksek olması ilgi çekicidir (40).

Altınöz ve arkadaşları ise 1990 yılında İstanbul Paşabahçe Alkol Fabrikası'nda çalışan 198 kişide alkol kullanımını araştırmış ve İstanbul Cibali Sigara Fabrikası'nda çalışan 65

kişi ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan 70 kişi de kontrol grubu olarak alınmıştır. Araştırma bulgularına göre, alkol fabrikası çalışanlarında alkol kullanma oranı erkeklerde % 46.8, kadınlarda % 16.7'dir. Bu oran sigara fabrikası çalışanlarında erkeklerde % 28.3, kadınlarda % 33.4'dür. Hastane çalışanlarında erkeklerde % 24.1 oranında alkol kullanımı sözkonusu iken, alkol kullanan kadına rastlanılmamıştır (4).

Tümerdem ve arkadaşlarının, orta ve yüksek öğrenim öğrencileri üzerinde İstanbul ve Burdur'da yaptıkları araştırmada; lise öğrencilerinde alkolle tanışma oranı İstanbul'da % 34.6, Burdur'da % 7.6, yüksek öğrenim öğrencilerinde alkolle tanışma oranı İstanbul'da % 43.6, Burdur'da ise % 31.6 olarak saptanmıştır. Aynı araştırmanın bulgularına göre, İstanbul'da lise öğrencilerin % 48'i, yüksek öğrenim öğrencilerinin ise % 52.3'ü alkol almaya "bira" ile başlamışlardır. Bu oranlar Burdur için lise öğrencilerinde % 53 ve yüksek öğrenim öğrencilerinde % 50.9'dur. Bira, lise döneminde İstanbul'da % 50.9, Burdur'da % 58.8 oranı ile halen en çok içilen içkidir (131).

Tümerdem ve arkadaşlarının 1987 yılında İstanbul'da lise öğrencileri üzerinde yaptıkları bir diğer araştırmada da öğrencilerin % 4.9'unun sürekli, % 29.7'sinin seyrek olarak alkol kullandığı, % 34.6'sının da alkolü denediği saptanmıştır (130). Ankara merkez devlet liselerinde ve özel liselerde 1984 yılında yapılan bir çalışmada bu oran % 29'dur (25). Samsun'da bu oran % 16.3, Burdur'da % 1.8'i sürekli olmak üzere % 7.6'dır (19,131). Irmak, İstanbul Tıp Fakültesi 1984-1985 öğrenim yılında 1. sınıf öğrencilerinde alkollü içkiyi sürekli kullanma oranını % 5.2 olarak bulmuştur (64). Tümerdem, 1984-1985 öğrenim yılında üniversiteli gençlerde bu oranı % 11.5 bulmuştur (132). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1., 2., 3. sınıf öğrencilerinde "her akşam alkol kullanım oranı" % 2.4, alkolle tanışma oranı % 33.2'dir (62).

Ankara'da Ostim ve Siteler'deki çıraklık eğitim merkezlerinden ve işyerlerinden yarı tesadüfi örnekleme yöntemiyle seçilen 11-12 yaş arası 1167 işçi ve çalışanların sosyo-ekonomik düzeyine uygunluk gösterecek şekilde ve aynı yaş grubundan, semt okullarından seçilen 1055 öğrenci grubunda alkol kullanım durumu araştırılmıştır. Araştırmada, çalışan gençlerin % 9.7'si alkollü içki kullandığını belirtmiştir. Alkollü içki kullanan çalışan gençlerin % 58.3'ü haftada birden az alkollü içki kullandığını, % 31.5'i haftada 1-2 kere, % 10.2'si haftada 3-4 kere alkollü içki kullandığını belirtmiştir. Hergün alkollü içki kullanan çalışan gence rastlanmamıştır. Araştırmada öğrencilerin % 4.8'i alkollü içki kullandığını belirtmiştir. Alkollü içki kullanan öğrencilerin % 90.0'ı haftada birden az alkollü içki kullandığını, ancak % 10'u haftada 1'den az alkollü içki kullandığını belirtmiştir. Haftada 3-4 kere ya da her-

gün alkollü içki kullandığını belirten öğrenci olmamıştır (91).

Alkolün bilinen zararları gözönüne alındığında, değişik yıllarda ve yerlerde yapılan ül-keiçi çalışmalarda saptanan alkol kullanım oranları yüksek durumdadır. Ancak hem kulla-nım sıklığı ve hem de miktar düşüktür. Yine de, bu maddeye alışmanın kolay olduğu dikka-te alınırsa gençlerin alkol kullanmaya başlamalarını önleyici tedbirler alınması gereklidir.

ALKOL BAĞIMLILIĞINA KARŞI KORUYUCU ÖNLEMLER

Alkol bağımlılığı bütün dünyada en önemli sağlık sorunlarından biridir. Gelişmiş ül-kelerde, gelişmemiş ülkelere göre çok daha büyük bir sorun olmakla birlikte, gelişmemiş ül-kelerde de hızlı tüketim artması ve yayılma olduğu bir gerçektir. Bu nedenle bireysel tedavi-den çok toplumsal korunmaya ağırlık verilmesi zorunludur.

Alkol bağımlılığı konusunda en önemli koruyucu önlemler şu alanlarda olabilmektedir (93): 1- Alkolün elde edilebilirliğini kısıtlamak, 2- Alkole karşı isteği azaltmak.

1- Alkolün Elde Edilebilirliğini Kısıtlamak: Alkol üretimi ve ticaretini sınırlamak, satış günlerini, saatlerini, yerlerini kısıtlamak; alım satım fiyatlarını, satılacak kişileri denet-lemek gibi önlemler bu grupta sayılabilir. Bunların etkinliği ülkeden ülkeye, toplumdan top-luma değişebilmektedir. Fakat etkin olduğu kesindir. Örneğin İsveç'te cumartesi ve pazar günlerinde satış yasağı konması o günlerde trafik kazalarını belirgin derecede azaltmıştır. Fiyatların arttırılması, satan için kâr sınırlarının düşük tutulması tüketimi azaltabilmektedir. Örneğin Türkiye'de biranın alkolsüz içki olduğunu kabul eden yasa (1973) bira üretimini ve her yerde kolay satışı sağlanarak tüketimi son derece hızlı arttırmış; bu yasanın kaldırılması ile (1984) üretim ve tüketim düşmüş; okul yakınlarındaki kahvehanelerde bira içimi dur-muştur. Kesin bir koruyucu önlem olmasa bile etkisi vardır.

2- Alkole Karşı İsteği Azaltmak:

a- Alkolün sağlığa etkilerini eğitimle topluma iletmek.

b- Alkollü içki almaya isteklendiren toplumsal değerleri ve koşulları değiştirmek ve al-kole karşı çıkan değer ve inançları pekiştirmek.

c- Alkol kullanımını arttıracak yaşam koşullarını ve toplumsal durumları düzeltmek. Çalışma, ekonomik, sosyal stres ve kültür değişikliğine bağlı olumsuz etkenleri azaltmak.

d- Risk gruplarını saptayıp yukarıdaki koruyucu ilkeleri bu gruplara daha yoğunlukla yöneltmek. Risk grupları arasında gençler, alkolik ana-babaların çocukları, aile mutsuzluğu

ve parçalanması, ruhsal sorunları olan kişiler, alkole fazla dayanıklı kişiler sayılabilir.

e- Kamu iletişim ve etkileme araçlarında (tv, radyo, basın vb.) alkol reklamlarını önlemek; alkol bağımlılığına karşı eğitici programlar sunmak. Alkole özendiren gizli reklam içeren programları denetlemek.

Görülüyor ki bu koruyucu önlemler doğrudan doğruya devlet politikası ile ilgilidir. Oysa ki ülkemiz dahil bütün dünya da devletler bir yandan içki üretip satarak para kazanmayı da bırakmamaktadırlar.

UÇUCU MADDE KULLANIMI

Son 50 yıl içinde petrokimya endüstrisi içinde olağanüstü bir gelişme olmuş, sentezlenen organik maddelerin (uçucu özellik gösteren) sayısı hızla artmıştır. Bu artışa paralel olarak ev ve endüstride yaygın olarak kullanılan uçucu maddelerin kullanımı da artmıştır ve bu maddelerin hepsinin toksik etkiler oluşturma ve kötüye kullanılma potansiyelleri vardır.

Uçucu madde kullanımı son 25 yılda, özellikle İngiltere olmak üzere bazı Avrupa ülkelerinde ve A.B.D.'de ortaya çıkmıştır. Avrupa'da ilk olgular 1970 yılında İskoçya'da görülmüştür (13). Ülkemizde olduğu gibi uçucu madde kullanımı diğer ülkelerde de adolesan grubunda, özellikle 10-18 yaşlar arasında görülmektedir (10,32,51,88,147). İnhal edildiğinde psikoaktif tesiri ortaya çıkan bu maddeleri, günlük kullanımdan sanayideki kullanıma kadar çok geniş bir spektrum içinde bir çok ürün, boya incelticiler, yapışkanlar, sigara çakmakları, temizleyici sıvılar, bazı kalemler içermekte, dolayısıyla temini çok kolay olduğundan bu yaş grubunu büyük tehdit altında bırakmaktadır (51,147).

Kullanım sonrası ortaya çıkan agresyon, hezeyan ve hallüsinasyonların suç işleme riskini artırması (77, 85), direkt ve indirekt yollardan kullanımın ölüme sebebiyet verebilmesi (51) ve belirli bir kullanım süresini aştıktan sonra bazı vücutsal harabiyetlere neden olması (45, 59,71) gözönüne alındığında bu kullanımın ne kadar önemli olduğu kolayca anlaşılmaktadır.

TANIMLAMA

"Uçucu madde kullanımı tabiri İngilizce "Volatile Substance Use" ve/veya "Inhalant Use" karşılığı olarak uçucu madde kullanımı ile ilişkili olarak ortaya çıkan ruhsal ve davranışsal bozukluklardan bir kez kullanıma kadar geniş bir spektrum içindeki tüm durumları kapsayan genel bir tanım olarak kullanılmaktadır" (88).

İngiltere'de yayınlanmış bazı yayınlarda "Volatile Substance Abuse" (Uçucu Madde Kötüye Kullanımı) tabiri tercih edilmektedir. Her ne kadar "abuse" kelimesi "kötüye kullanım, istismar" gibi bu maddelerin gerçek amacı dışında kullanımını tam olarak ifade ediyor gibi görünse de Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün önerdiği ICD10 (Uluslararası Hastalıklar Sınıflaması 10) (151) ve Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin önerdiği DSM IV (Dördüncü İstatistiki Teşhis Koyma El Kitabı) (8) "kötüye kullanımı" her türlü psikoaktif madde kullanımı ile ilgili olarak ortaya çıkan kullanım bozukluklarından birini tanımlayan bir klinik tanım olarak almıştır. ICD 10 ve DSM IV'e göre "kötüye kullanım ve/veya zararlı kullanım"

psikoaktif maddenin kullanımının fiziksel ve ruhsal sağlığa zarar verecek durumda olmasını kriter olarak almış, bağımlılık sendromundan ayırmıştır.

Uçucu madde kullanımının diğer ülkelere göre daha yaygın olduğu İngiltere'de yukarıda belirtilen tanı kriterleri yerine sıklıkla McDonald ve Heilman skalaları kullanılmaktadır (88). Her iki skala Tablo 20 ve 21'de gösterilmektedir.

Tablo 20- McDonalds Skalası (Uçucu Madde Kullanımının İngiltere'de Kullanılan Bağımlılık Dereceleri ve Özellikleri)*		
Bağımlılık Derecesi	Devre	Cevap
0	Uçucu madde kullanımı dünyasını merak	Nasıl birşey olduğunu bir kere deneyerek anlamak isterim.
1	Uçucu madde kullanımına bağlı hazı öğrenme	Bir kere denedim ve beğendim.
2	Uçucu madde kullanımına bağlı hazı arama	Kullandığım zamanki hazı hatırlıyorum ve tekrar kullanmak istiyorum.
3	Uçucu madde kullanımına bağlı hazza preoküpyasyon	Sürekli o hazı düşünüyorum ve istiyorum.
4	Uçucu madde kullanımının kendini iyi hissetmesi için gerekli olması	Uçucu madde olmadan kendimi kötü hissediyorum.
* İngiltere'deki uçucu madde kullanıcıları genellikle 4. derece bağımlılıkta iken teşhis edilebiliyorlar.		
Kaynak: Oral, G., Ziyalar, A., Tanman, Ç., İlkay, E. (1195). "Uçucu Madde Kullanımı ve Tinerici Çocuklar". <i>Sendrom</i> , Eylül 1995. 78-83.		

Tablo 21- Heilman Skalası (Madde Kullanımının Kişinin Yaşamındaki Yeri)*	
1	Sürekli olarak maddeyi almak istediğini düşündüğün oluyor mu?
2	Bu maddelere başkalarından daha dayanıklı olduğunu düşünüyor musun?
3	Daha çabuk etki için maddeyi daha fazla miktarlarda kullandığın oluyor mu?
4	Maddeyi yalnız başına kullanıyor musun?
5	Kullanım sonrası hafıza kayıpları oluyor mu? (Örneğin, eve nasıl gittiğini hatırlamadığın oluyor mu?)
6	Stres, yorgunluk ve ağrı gibi durumlarda maddeyi bunları geçirmek için kullanıyor musun?
7	Zaman zaman istediğinden daha fazla madde almak zorunda kalıyor musun? Kullanım miktarını kontrol edebiliyor musun?
8	İstedikğin zaman ulaşabilmek için maddeyi sürekli yanında taşıyor musun?
* 4 ya da daha fazla "evet" cevabı maddeye (uçucu madde, ilaç, alkol v.s.) bağımlılık olarak değerlendirilir.	
Kaynak: Oral, G., Ziyalar, A., Tanman, Ç., İlkay, E. (1195). "Uçucu Madde Kullanımı ve Tinerici Çocuklar". <i>Sendrom</i> , Eylül 1995. 78-83.	

SOLUNUM YOLUYLA KÖTÜYE KULLANILAN UÇUCU MADDELERİN SINIFLANDIRILMASI

Solunum yoluyla kötüye kullanılan uçucu maddeler çok çeşitlidir. Şimdiye kadar solunum yoluyla kötüye kullanılan 20 kadar kimyasal madde tespit edilmiştir. Bunlar arasında da özellikle toluen, klorlu hidrokarbonlar, fuel gazlar ve aerosollerin daha sık olarak kullanıldığı saptanmıştır. Solunum yoluyla kötüye kullanılan uçucu maddeler aşağıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır (12,99,129):

1- Alifatik ve Aromatik Hidrokarbonlar: N-hekzan, nafta, petrol ürünleri, benzen, ksilen, toluen, izo-butan, N-butan, propan.

2- Halojenize Hidrokarbonlar: Bromo kloro difloro metan (BCF), kloro difloro metan (halon 22), kloroform, dikloro difloro metan, dikloro metan, enfluran, halotan, tetra kloro metan, 1.1.1-triklor etan, triklor etilen, trikloro florometan (halon II), freonlar, florokarbonlar.

3- Alifatik Nitritler: Amil nitrit, izobütil nitrit.

4-Ketonlar: Aseton, sikloheksanon, metil etil keton, metil butil keton, metil amil keton.

5- Esterler: Etil asetat, amil asetat, butil asetat, propil asetat.

6- Alkoller: Metil alkol, izopropil alkol.

7- Glikoller: Etilen Glikol.

8-Eterler: Dietil eter.

9- Gazlar: Nitroz oksit.

Uçucu madde kullanıcılarının, kötüye kullandıkları, yukarıda sınıflandırılması yapılan kimyasal ürünleri, örneğin yapıştırıcıları, aerosoller, aseton içeren kozmetik ürünleri, boya çözücüler ve incelticileri (tiner v.s.) piyasadan satın alarak kolayca temin etmeleri mümkündür. Bu kimyasal maddeleri içeren ticari ürünlerin alım satımı yasal olduğundan alım satımları bir kontrole, kısıtlamaya ve yasaklamaya tabi değildir (129). Tablo 22, kimyasal uçucu madde içeren ticari ürünleri ve içerdikleri uçucu maddeleri göstermektedir. Bu maddeler içinde en sık olarak toluen içeren yapıştırıcılar ve trikloreten ve etilen içeren boya inceltici (tiner)'ler kullanılmaktadır. Ülkemizde yaygın olarak kullanılan maddeler de bunlardır (51,77,88,147).

Tablo 22- Uçucu Madde İçeren Ticari Ürünler ve İçerdiği Uçucu Maddeler

Ürün	Piyasa Adı	İçerdiği Uçucu Madde
Yapıştırıcılar		
Kontakt yapıştırıcılar	Bally-Derby	Toulen
PVC yapıştırıcılar	Japon yapıştırıcı	Trikloretilen
Bazı ağaç tutkalları	Maket yapıştırıcıları	Etilen asetat
Lastik onarım kitleri	Bazı yabancı tutkallar	Toulen ve ksilen
Aerosoller		
Oda deodorantları	Muhtelif	Propellant 11 ve 12
Deodorantlar	Muhtelif	Propellant 11 ve 12
Saç spreyleri	Muhtelif	Propellant 11 ve 12
Sprey boyalar	Muhtelif	Propellant 11 ve 12
Lokal analjezik spreyler	Muhtelif	Propellant 11 ve 12
Kozmetik ürünler		
Oje temizleyicileri	Muhtelif	Aseton ve esterler
Bazı kozmetik boya temizleyicileri	Muhtelif	Aseton ve esterler
Diğer		
Kuru temizleme maddeleri	Muhtelif	Tetrakloretilen
Yangın söndürücüleri	Muhtelif	Bromokloridiflormetan
Sigara çakmakları	Muhtelif	N-butan ve izobutan
Boya sökücüler	Muhtelif	Diklormetan ve toulen
Boya incelticiler	Tiner	1.1.1-trikloreten
Daktilo yazısı düzelticileri	Tiner	1.1.1-trikloreten
Kaynak: Oral, G., Ziyalar, A., Tanman, Ç., Ilkay, E. (1195). "Uçucu Madde Kullanımı ve Tineri Çocuklar". <i>Sendrom</i> , Eylül 1995. 78-83.		

UÇUCU MADDE KULLANIMININ ETKİLERİ

Uçucu maddelerin farmakolojik etkileri ve toksikolojik etkileri maddenin cinsine göre değişmekle birlikte, daha çok klorlu hidrokarbon (trikloreten, trikloretilen ve esterler ve aseton) ve toluenin kullanılması nedeniyle bu maddelerin etkileri üzerinde durulacaktır.

Uçucu maddelerin solunmasından çok kısa bir süre sonra merkezi sinir sistemine ulaşmasıyla kısa süreli haz verici etki oluşmaktadır. Bunu takip eden etkileri sarhoşluğa benzer şekilde öfori, disinhibisyon ve sosyabilitede artıştır. Alkolün tersine, uçucu maddeler çok sık olarak hallüsinasyonlara ve idrak bozukluklarına yol açmaktadır. Hallüsinasyonlar bir dereceye kadar kontrol edilebilir ve bir grup aktivitesine dönüştürülebilir. Uygunsuz aşırı gülmeler, emosyonel labilite, agresif ve suisidal eğilimler ortaya çıkabilir. Çoğu aynı zamanda irritan

maddeler oldukları için fasiyal eritem, perioral lezyonlar, öksürük, lakrimasyon ve tükürük salgısında artma görülür. Kusma, konfüzyon, depresyon, agresivite, ajitasyon, korkular tabloya eşlik etmektedir (147).

Bütün bu etkiler dakikalar içinde ortaya çıkar, fakat inflamasyon dışındaki etkiler kısa sürer. Tek bir inhalasyon sonrasında bile baş ağrısı, konsantrasyon güçlüğü gibi artık etkiler oluşabilmektedir (45).

UÇUCU MADDE KULLANIMININ ETİYOLOJİSİ

Uçucu madde kullanımı etiolojisinde başlıca üç faktör göze çarpmaktadır (12,56,102, 103): 1- Grup, akran yaş grubunun etkisiyle merak ve deneme amacı ile kullanım,

2- Uçucu maddelerin kolay temin edilebilmesi ucuz ve bol çeşitli olması,

3- Zayıf arkadaşlık ilişkileri ve ailede bozulmanın varlığı.

Merak ve deneme amacıyla uçucu madde kullanımı tipik olarak çocukluk ve delikanlık döneminde başlar. Çoğu halde kullanım denemek içindir ve kısa sürelidir. Ancak bu kişilerde kullanımın ağır şekilleri de gelişebilir. Araştırmalar uçucu madde kullanımının genellikle gruplar halinde olduğunu tek başına uçucu madde kullanımına son derece nadir olarak rastlanıldığını bildirmektedir (34). Mesteth, incelediği Amerikan yerlilerinin % 75'inin uçucu madde kullanımına arkadaş veya arkabalarının teşvikiyle başladığını saptamıştır (18). Beauvais ve arkadaşları, arkadaş grubunun etkisini daha iyi test edebilmek için 1400 Amerikan yerlisi üzerinde bir çalışma yapmış, çalışma grubunu; "uçucu madde kullanımını teşvik eden arkadaş grubu" ve "uçucu madde kullanımını reddeden arkadaş grubu" olarak ikiye ayırmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, arkadaş grubundan az teşvik ve şiddetli olumsuz reddedici tavır görenlerin % 19'u uçucu maddeyi denemiş ve % 3'ü son bir ay içinde kullanmaya devam etmişlerdir. Bunun tersine arkadaşlarından şiddetli teşvik ve yumuşak muhalefet görenlerin % 84'ü uçucu maddeyi denemiş ve % 41'i son bir ayda kullanmayı sürdürmüşlerdir (20).

Uçucu maddelerin kolay temin edilebilirliği, günlük hayatta sık olarak kullanılması, fiyatlarının diğer uyuşturucu maddelere oranla çok daha ucuz olması, alım satımlarının yasal olması herhangi bir kısıtlamaya tabi olmaması da, etiyojide önemli rol oynamaktadır (43).

Geleneksel değerlerden yeni değerlere geçiş, özellikle hızlı olduğu dönemlerde kişiler üzerinde stres doğurur. Bu stres sadece birey tarafından değil ailece hissedilir. Ailenin ekonomik sıkıntıları artar. Ana babanın ayrılması, boşanması, tartışma ve kavgalar sıklaşır. Bu

sıkıntılar içinde olan ebeveynler çocuklarının gerekli bakımını ve yetişmesinin kontrolünü kaybederler. Bu ebeveynler ayrıca psikoaktif madde kullanımının üstesinden gelecek değer ve inançları etkin bir şekilde çocuklarına iletemezler. Aile ve sosyal kurumların desteğinden mahrum olan bu kişiler yeni çözümler arar. Bu kişiler büyük bir çoğunlukla kendileri ile benzer durumları olan diğer kişileri arar, beraberliklerde bulunurlar. Uçucu maddeleri bir grup aktivitesi şeklinde, stresi yatıştırmak üzere kullanırlar. Bir süre sonra uçucu maddeleri kullanmayı bırakma çabaları ile birlikte tedavinin zor olduğu güçlü bir bağımlılık gelişir (43).

UÇUCU MADDELERİN KULLANIM YAYGINLIĞI

Türkiye'de kullanım yaygınlığına ilişkin veriler mevcut değildir ancak sokakta yaşayan (homeless) adolesanlarda "sokak çocuğu" ve "köprüaltı çocuğu" tabirlerinin "tinerci çocuklar" tabiriyle yer değiştirmesine sebebiyet verecek kadar yaygın olduğu bildirilmektedir. Evsiz barksız ya da evden kaçan çocuk sayısına ilişkin kesin veriler istatistiklerde belirtilmemektedir. Bu rakamın resmi makamlarca 200 ile 300 bin arasında olduğu tahmin edilmektedir. Çocuk Esirgeme Kurumu gibi kurumlarca bakım olanağı sağlanmış çocukların da zaman zaman sokak yaşamına katıldığı gözönüne alınırsa, uçucu madde kullanım miktarı ve süresi değişebilmesine rağmen bu sayının daha da fazla olabileceği düşünülebilir (88).

Bir yayına göre İngiltere'de uçucu madde kullanımına başlama yaşının büyük sıklıkla 10-14 yaş olduğu, kullananların çoğunun 10-18 yaş grubunda bulunduğu bildirilmiştir. Yine İngiltere'de 10 ortaokul çocuğundan birinin belli bir dereceye kadar uçucu madde kullandığı, fakat bunların sadece birinin uzun süre kullanıma geçtiği (uzun süreli kullanım kriteri olarak en az üç ay süreyle kullanım alınmıştır) bildirilmiştir (147).

Türkiye'de Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde 10 hastada yapılan çalışmada, yaş ortalaması 19.4 olarak bulunmuştur. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Bilim Dalı'nda takip edilen 6 hastanın yaş ortalaması ise 14.3'tür (88). İngiltere'deki kullanıcıların genellikle düşük sosyo ekonomik düzeye sahip ailelerden geldikleri ve şehirlerde bu kullanımın daha yaygın olduğu belirtilmektedir (32).

Chatwick'in İngiltere'de 16 ayrı okulda yaptığı çalışmada, uçucu madde kullanımı prevalansı % 5.9 olarak bulunmuştur (32). Cooke ve arkadaşları da, benzer şekilde 1985 yılında South Wales'teki 28 ortaokulda, uçucu madde kullanımı prevalansını geçmişte herhangi bir zaman için % 6.1, halen kullanım için ise % 0.7 olarak bulmuşlardır (35).

Lanfga'ya göre İngiltere'deki adolesanlarda uçucu madde kullanma oranı çeşitli yörele-

re ve yıllara göre değişim göstermesine rağmen kabaca % 3.5 ile % 10 arasındadır. Halen kullanma oranı ise % 0.5 ile % 1 arasındadır. Erkeklerin oranı kızlardan fazladır ve 3/4'ü 13 yaşın altındadır (77).

UÇUCU MADDE KULLANIM METODLARI

Uçucu maddelerin inhalasyon metodları kullanılan maddeye göre değişmekle birlikte, istenen haz verici etki için amaç inhalanın akciğerlerde yüksek konsantrasyonda bulunmasıdır. Bunu sağlamak için çeşitli yöntemler kullanılmaktadır (12,32,51,147):

1- Doğrudan kabından koklamak: Benzin tankı, gazlı çakmaklar, tenekeler, şişeler gibi çeşitli kaplardan direkt olarak inhale edilmektedir.

2- Plastik torbalardan, poşetlerden koklamak: Uçucu madde (genellikle kontakt yapıştırıcılar) naylon torba, poşet veya kese kağıtlarına sıkılarak torbanın ağzı, ağız ve buruna sıkıca yapıştırılıp derin, seri halde nefesler halinde inhale edilmektedir. Bazen de tiner gibi sıvı maddeler boş plastik kutulara azar azar konarak inhale edilmektedir. Plastik torbalar aerosol halindeki maddelerin içine konularak kullanılmasında da kullanılmaktadır.

3- Beze, elbiseye, üstübüye dökerek koklama: Sıvı halindeki maddeler ise, bir bez parçasının, üstününün veya elbisenin üzerine dökülerek koklamak suretiyle inhale edilmektedir. Tiner ve trikloretan içeren bir diğer ürün olan daktilo yazısı düzelticileri, ki bunlar % 63'lük bir oranla İngiltere'de en sık kullanılan maddelerdir, genellikle bu şekilde kullanılmaktadır.

4- Aerosol Kabından Koklama: Aerosoller, yangın söndürücüler ve çakmak gazları, kabından direkt olarak ağıza ve burun boşluğuna sıkılarak kullanılmaktadır.

5- Uçucu maddeleri ısıtma: Katı halde veya zor buharlaşan uçucu maddeleri ısıtarak ortaya çıkan gazı koklama şeklinde kullanım yolu da bildirilmiştir.

Inhalasyon sonrası, madde çabukça alveollerden kana geçer. Özellikle yağ hücreleri ve beyin dokusu tarafından absorbe edilir. Etkisinin çok çabuk olarak geçmesinden dolayı kronik kullanıcılar etkiyi saatlarca sürdürecektir şekilde üstüste inhale etmeyi tercih ederler (51, 147).

UÇUCU MADDE KULLANICILARININ SINIFLANDIRILMASI

Uçucu madde kullanıcıları, tecrübi kullanıcı, uzun dönem aralıklı kullanım ve uzun dö-

nem ağır kullanım olmak üzere üç ayrı sınıfta ele alınmaktadır (46,103):

1- Tecrübi Kullanım: Uçucu maddelerin ne çeşit bir şey olduğunu öğrenmek, anlamak için bir veya iki kez koklanmasıdır. Bu davranış genellikle arkadaşları taklit isteği veya akran grubunun baskısına karşı koyamama nedeni ile olur. Bunun diğer bir şekli de grup olarak kullanıp, inhalasyonu grup ortamı ile sınırlı olan küçük çocuklarda görülür.

2- Uzun Dönem Aralıklı Kullanım: Uçucu maddeyi bazan deneyenler, meraklarını giderdikten sonra da kullanmayı sürdürür. Fakat hergün kronik kullanım görülmez. Davranışları bir grup eylemidir. Burada en önemli motivasyon, akran grubuna katılma isteği ve kabul edilme ihtiyacıdır.

3- Uzun Dönem Ağır Kullanım: Bu durumda uçucu maddelerin koklanması sürekli bir davranış haline gelmiştir. Koklama eylemi bu kişiler için hayatın zevk verici, zorluklarından kaçırıcı yegane yoludur. Kokladıkları maddenin etkisiyle kendilerini zevk içinde, hayatın zorluklarından kurtulmuş hissederek. Bu hissin devamı için de koklama eylemini sürekli bir davranış kalıbı haline getirirler.

UÇUCU MADDE KULLANIMINDA RİSK GRUPLARI

1- Çocuklar ve gençler: Çocuklar ve gençlerde uçucu madde kullanma alışkanlığının bulaşıcı ve yayıcı özellik taşıdığını gözardı etmemek gereklidir. Bu gruptaki kullanıcıların çoğu 7-19 yaş grubundadır. Genç bağımlılar bu maddeleri; evlerinden (çakmak gazları, deodorantlar, aerosoller, saç spreyleri, leke sökücüler, yangın söndürücüler, daktilo yazısı düzeltme sıvıları şeklinde), dükkanlardan, temizlik malzemesi satan yerlerden, benzin istasyonlarından, nalburlardan, otomobil, motorsiklet, traktör gibi motorlu taşıtların depolarından kolayca temin edebilirler (43).

2- Zeka Sorunu Olan Kişiler: Zeka problemi olan çocuklar ve gençler de uçucu madde bağımlılığına yatkındır ve uçucu madde bağımlısı oluşları da zeka gelişimlerini tamamlamalarına engel oluşturmaktadır. Zeka problemi olan bu kişiler ucuz ve kolay temin edebilmeleri nedeniyle uçucu maddeleri daha çok tercih etmektedirler (79).

3- Kronik Hastalar: Hemodializ yaptıran kronik hastalar hemodializ cihazlarında ve deri temizliğinde kullanılan denatüre alkolü koklama alışkanlığına tutulmaktadır (95).

4- Uçucu Maddelerle Temasin Yoğun Olduğu İşlerde Çalışan Erişkinler: Uçucu madde bağımlılığı potansi yüksek olan işler şunlardır: Ayakkabı tamircileri, terlik imalatçı-

ları, marangozlar, matbaacılar, benzin istasyonlarında çalışanlar, otomobil ve bisiklet tamircileri, kuru temizlemeciler, kuaförler (kullandıkları spreyler nedeniyle), uçucu maddelerle çalışan makine bakım işçileri, boyacılar, petrol rafinerlerinde çalışan işçiler, uçucu madde satışı yapan bilumum işyerleri (43).

5- Tıbbi Personel: Tıp alanında çalışanlar; tıbbi malzemelerde kullanılan uçucu maddelere karşı büyük risk altındadır. Bağımlılık potansiyeli yüksek anestezik eter, kloroform, triklor etilen, anesteziyolojide halen kullanılmaktadır. İlk yardım odalarında ve ameliyathanelerde çalışan tıbbi personelin çok ciddi tehlikeleri olan fluothan ve halotan koklama alışkanlığına yakalanmaları çok sayıda vaka bildirimine konu olmuştur (127).

6- Mahkumlar, Yatılı Okulda Okuyan Öğrenciler: Hapishanelerde bulunan mahkumlar, şantiyelerde çalışan işçiler uçucu madde bağımlılığı riski yüksek gruplardır. Askeri okullar, kışlalar ve yatılı okullar da bu riske yüksek oranda maruzdur. Adı geçen bu yerlerdeki vakaların rapor edildiğinden daha fazla olması muhtemeldir. Bu mekanlarda kullanılan uçucu maddeler saç spreyi, deodorant gibi son derece masum kişisel eşyalardır (43).

7- Alternatif Uyuşturucu Olarak Kullananlar: Bunlar, tercih ettiği uyuşturucu maddesi bulamadığında (alkol, drug, eroin vb.) uçucu maddeleri kullanan kişilerdir. Bazı yeni ergenlik çağına girmiş ve henüz yeterli iş tecrübesi ve ekonomik bağımsızlığı olmayan kişiler uyuşturucuları ve alkolü temin etmekte güçlük çektiklerinde bu maddelere göre nispeten daha ucuz ve temini kolay olan uçucu maddeleri temin etmekte ve kullanmaktadırlar (43).

UÇUCU MADDELERİN KRONİK KULLANIMI VE TEHLİKELERİ

Kronik kullanımda tolerans gelişip gelişmediği konusunda tartışmalar bulunmaktadır. Wills'e göre tolerans gelişmektedir (147). Psikiyatri kitaplarında ise tolerans konusunda bir kayıt bulunmamaktadır (88). Kronik kullanıcıların gittikçe daha fazla miktarda uçucu madde kullanmalarının, tolerans gelişiminden mi yoksa oluşan yüksek psikolojik bağımlılıktan mı olduğu henüz belli değildir. Bununla birlikte, irritabilite, baş ağrısı ve delirium tremens benzeri yoksunluk belirtileri görülebildiği bildirilmektedir (147).

Genel olarak kronik kullanımda periferik nöropati, serebellar harabiyet, ensefalopati, renal yetersizlik, kas ve karaciğer harabiyetleri, şiddetli gastrointestinal şikayetler, insomnia, gece korkuları ve kabuslar, karaciğer fonksiyonlarında bozulma, diplopi, unutkanlık, ekstremitelerde ve ağız çevresinde pareteziler, kraniyal sinirlerde özellikle trigeminal sinirlerde harabiyet (trigeminal nevralji), gün ışığına aşırı duyarlılık gibi problemler ortaya çıkabilir (10,13,32,77).

Uçucu madde kötüye kullanımı, direkt ve indirekt yollardan ölüme neden olabilmektedir. İngiltere'deki istatistiklere göre, 1990 yılında uçucu madde kullanımına bağlı olarak 149 tane ölüm olgusunun meydana geldiği, bu rakamın 1977 yılında sadece 18 olduğu bildirilmiştir (147). Yine İngiltere'de 1981-1990 yılları arasında 18 yaş altındaki ölümlerden 605 tanesinin uçucu madde kötüye kullanıcıları arasında meydana geldiği bildirilmiştir. Yine aynı yayına göre bu ölümlerin % 70'i 14 ile 16 yaş arası grupta meydana geldiği, 15 yaş grubundaki tüm ölümlerin % 10'unun uçucu madde kullanıcılarında meydana geldiği bildirilmiştir (10,51).

Uçucu madde kullanımı sonucu meydana gelen ölümler ikiye ayrılmaktadır (10,71,77, 147):

1- Direkt etkiyle ölüm: Ani olarak ortaya çıkar ve iki yolla meydana gelebilir:

a) Inhibisyon yoluyla ölüm: Spreylerin ve yangın söndürücülerin ağıza sıkılması- nın larinksin aniden soğumasına neden olduğu ve bu şekilde inhibisyonla ölümün meydana geldiği düşünülmektedir.

b) Kardiyak nedenler: Aritmiler ve ventriküler fibrilasyonun ölüm nedeni olduğu ve bu maddelerin miyokardı adrenaline duyarlı hale getirdiği düşünülmektedir. Bu da koşma gibi bir efor sonrası inhalasyonun riski artırdığı bulgusunu doğrulamaktadır. Hipoksinin bu etkiyi artırdığı, miyokard hassasiyetinin madde kullanımından saatler sonra da sürdüğü bildirilmektedir.

2- İndirekt etkiyle ölüm:

a) Psikoaktif etkisiyle: Bütün uçucu maddeler merkezi sinir sistemi depresyonuna neden olmakta ve konfüzyonel, hezeyanlı bir halde çeşitli hallüsinasyonlar ve illüzyonlara yol açmaktadır. Uçucu madde kullanıcısının bilincinin kapalı oluşu ve yanlış idrakler, örneğin; uçabileceğini sanarak yüksek bir yerden atlamasına ve ölümüne neden olmaktadır.

b) Çeşitli kazalara yol açarak: Uçucu maddelerin hepsi aynı zamanda yanıcı ve parlayıcı maddeler olması nedeniyle sık sık kazalara neden olmaktadırlar. Uçucu madde kullanıcılarında aynı zamanda sıklıkla sigara içme alışkanlığı mevcut olduğundan, ciddi derecede yanıklar ve ölüm meydana gelebilmektedir.

UÇUCU MADDE KULLANIMINDA TANI KRİTERLERİ

Uçucu madde kullanıcılarına, klinikte veya aile ve okul içindeki muayene ve tetkiklerle erken dönemde, henüz bağımlılık oluşmadan tanı konulabilmektedir.

Ailede ve Okulda Tanı (147):

- 1- İnhalasyondan sonraki bir kaç saat içinde dahi uçucu madde kokusu, kullanıcının nefesinde ve elbiselerinde farkedilebilir.
- 2- Uçucu maddeleri toplu halde satın alma.
- 3- İntoksikasyon belirtileri.
- 4- Sık sık okuldan kaçma.
- 5- Yüzde kızarıklık, ağız ve burun çevresinde kırmızı lekeler.
- 6- Evde sık olarak uçucu maddeleri içeren ürünlerin boş kutularını veya içinde yapışkan maddeler bulunan plastik torbalar bulmak.
- 7- Baş ağrısı ve yorgunluk gibi artık belirtileri gözlemlemek.
- 8- Ruh halinde, yaşam tarzında ve iştahdaki ani değişiklikler, ev dışındaki yaşantıları saklama.

Klinikte Tanı:

İntoksikasyon belirtileri, uçucu madde kokusu yine kriter olarak kullanılır. Laboratuvar; uçucu madde inhalasyonundan sonraki 10 saat içinde kanda gaz veya kromotografiyle maddeler aranabilir. Aynı şekilde idrarda metabolitler aranabilirse de, yalnız uçucu maddelerin çok azının tanınabilir metabolitleri vardır (77). Mass spektrometre ile solunum ölçümü yapılabilir. Hızlı ve hassas bir ölçüm olduğu için kullanılabilir (71). Tenenbein ve arkadaşları Avustralya'da yaptıkları bir çalışmada uçucu madde kullanıcısı çocukların % 8'inde anormal vizüel veya odituar evoked potansiyel EEG sonuçları bulmuşlardır (56).

UÇUCU MADDE KULLANIMINDA TEDAVİ PRENSİPLERİ

Tıbbi Tedavi (43):

Tedavinin ilk basamağı, her türlü akut ve hayatı tehdit edici durumu saptamaktır. Hayatı tehdit edici bozukluklar; anoksi, solunum depresyonu, vagal inhibisyon, kardiyak aritmiler, karaciğer yetmezliği ve hipertansiyon olabilir.

Hipertansiyon eğer şiddetli ise nitroprussid veya fentolamin antihipertansif ajan olarak

kullanılmalıdır.

Kardiyak aritmiler oluşmuşsa elektrokardiyografik monitör ile yoğun bakım uygulanmalı, kardiyak aritmiler kontrol altına alınmalıdır. Eğer ventriküler taşikardi oluşursa acil elektrokardiyoversiyon bile uygulamak gerekebilir.

Anoksi veya solunum depresyonu oluşmuş ise oksijen vermek, acil yapay solunum uygulamak gerekebilir.

Kurşunlu benzin solunmasına bağlı kurşun zehirlenmeleri de acil tedaviyi gerektirir. Kurşunun vücuttan atılması için penicillamine, B.A.L. dimeresprol, calcium disodyum E.D.T.A. kullanmak gerekebilir.

Acil olmayan ancak kronik kullanımda hayatı tehdit edici organ hasarlarına sebep olabilecek, karaciğer, kemik iliği, immun sistem, göz, kulak burun boğaz, merkezi ve periferik sistem hasarları gibi durumların tedavisi için ilgili branşın desteği ile tedavi sürdürülmelidir.

Psikiyatrik Tedavi:

Akut İntoksikasyonda Acil Psikiyatrik Tedavi: Akut intoksikasyon durumlarında, ani ölümler ve kaza riski ön plandadır. Acil tedavi ile bu durumun önüne geçilmesi ve kaza ve ölüm riskinin en aza indirilmesi için intoksikasyon süresinin tamamının kontrol ve gözetimi gereklidir. Gözetim sırasında panik, saldırganlık, şuursuz hareketler, konfüzyonel durumları dikkate değerlendirilmelidir. Eğer kişinin kendisine ve çevresine tehlikeli olabilecek davranışlar bekleniyorsa, hasta uygun ilaçlarla sakinleştirilmeli, rahatlatılmalıdır (43).

Yoksunluk Semptomlarının Değerlendirilmesi ve Psikiyatrik Tedavisi: Uçucu maddelerin ağır ve uzun süreli kullanımı sonucunda fizik bağımlılık gelişebilir ve yoksunluk, kullanılan uçucu maddelerin kesilmesini takiben bir kaç saat içinde başlayabileceği gibi bir kaç gün sonra da ortaya çıkabilir. Yoksunluk belirtileri; vücutta titremeler, taşikardi, hallüsinasyonlar, baş ağrısı, yorgunluk hissi, bilinç kaybı, konfüzyon, felçler ve ajitasyon şeklinde olabilir. Tedavi sakinleşmeyi sağlayacak düzeyde verilen sedatifler ile yapılır (12,146).

İyileşme Sürecinde Tedavi:

Acil psikiyatrik ve tıbbi tedavinin yapılması ile bu maddelerin kullanılmasının bırakılması tam bir iyilik haline ulaşıldığı anlamına gelmez. Uçucu madde kullanımının kesildiği ilk günden itibaren kişinin bu maddelere başvurmaksızın yeni bir hayata adapte olmasını sağlayacak önlemlerin alınması gereklidir. Bu önlemlerin alınmaması ve aile ve sosyal çevre-

de yeterli destek sağlanmaması halinde eski alışkanlıklara dönüş kolay olabilmektedir. Bu dönemde izlenmesi önerilen program şu şekildedir (12,146):

- 1- Bağımlılığın terkedilmesi için destek ve cesaret verilmelidir.
- 2- Tüm uyuşturucu ve uçucu maddelerden uzak rahat bir çevre sağlanmalıdır.
- 3- Yeni davranışlar geliştirme yolları ve kendi kendini eğlendirme teknikleri öğretilmelidir.
- 4- Sinir ve stresle başa çıkma yolları öğretilmelidir.
- 5- Tedavi süresi boyunca yeni sosyal bir kimlik temini için çalışılmalıdır.
- 6- Ailenin diğer üyelerinde eğer madde kullanımı varsa onlar da tedavi programına alınmalıdır.
- 7- Arkadaş grubu baskısına nasıl karşı konulacağı ve nasıl "hayır" denileceği öğretilmelidir.
- 8- İyileşmenin ilk yıllarında görülebilen major depression, panik ataklar, kronik tedirginlik, hipomani veya mani, paranoya, organik beyin sendromu ve seksüel bozukluklar gibi durumlar dikkatle izlenmelidir. Kişi ve ailesi bu tür problemlerin oluşabileceğinden haberdar edilmeli, kişinin aralıklı olarak kontrol ve muayenelerine gelmesi istenmelidir.

UÇUCU MADDE KULLANIMINA YÖNELİK ÖNLEYİCİ TEDBİRLER

Uçucu madde bağımlılığının yaygınlaşmasını önlemede 1., 2. ve 3. dereceden önlemler alınmalıdır (43).

1. Derecede Önleme:

Devlet; kanun yapıcılar, kanunu uygulayıcılar bu problemin çözülmesi ve önlenmesi için gerekli kanuni tedbirleri almalıdır. Örneğin;

a) Uçucu maddeleri elde edilebilirliğinin sınırlandırılması amacıyla 18 yaşın altındaki kişilere satışın yasaklanmasının sağlanması.

b) Kullanılan uçucu maddelerin içine kullanımı caydırıcı, hardal yağı, yaban turbu esansı, kusturucu ve mide bulandırıcı ilaçların ilavesini kanuni bir zorunluluk haline getiren yasaların çıkarılması.

c) Çoğunlukla kötüye kullanılan uçucu maddelerin piyasada ticari bir ürün olarak pazarlanan kutuların üzerine ve prospektüslerine, yol açtığı sağlık problemleri ve bağımlılık yapı-

cı etkisi, kolayca okunabilecek şekilde mutlaka yazılmasını sağlayacak kanuni tedbirlerin alınması ve uygulanması.

d) Anasız, babasız, kimsesiz, sokaklarda yaşayan çok küçük yaşlardaki risk grubunu oluşturan çocukların barınmalarını, meslek öğrenmelerini, sağlayacak, "çocuk misafirhaneleri, çocuk esirgeme kurumları gibi" sosyal kurumların kurulmasını ve işleyişini kolaylaştıracak önlemlerin alınması.

e) Endüstride de yaygın olarak kullanılan ve bağımlılık geliştirme potansiyeli yüksek olan uçuucu maddelerin kullanımı denetim altında tutulmalıdır ve uçuucu maddelerle temasın yoğun olduğu işlerde hiç değilse (bağımlıların çoğunun 18 yaşın altında olduğu düşünülerek) 18 yaşın altındaki gençlerin çalışmasını kontrol eden, sınırlayan önlemler devlet tarafından alınmalıdır.

2. Derecede Önleme:

a) Radyo televizyon, gazeteler gibi basın yayın araçları ile uçuucu madde kullanımının muhtemel zararları konusunda yayınlar yapılarak, ana ve babalar, geniş halk kitleleri uyarılmalı, bilgilendirilmelidir. Ancak bu tip yayınların hiç akılda yokken bu maddeleri kullanmayı bazı kişilerin aklına getirebileceği unutulmamalıdır. Ancak bir epidemik bir durumda zaten yeterince yaygın olan kullanım dikkate alındığında bu tehlike dikkate alınmamalıdır.

b) Uçuucu madde bağımlıları ile aynı yaşta olan arkadaşları, uçuucu maddelerin zararları konusunda bilgilendirilmeli, arkadaşlarının kendilerine kullanmaları için uçuucu madde teklif ettiklerinde nasıl davranmaları gerektiği öğretilmelidir.

c) Uçuucu madde bağımlılığı yönünden yüksek risk grubu nüfusun sosyo demografik özellikleri de dikkate alınarak, evsiz barksız aileler, gecekondu muhitideki marjinal nüfus ve gençler, uçuucu madde bağımlısı çocuğa sahip aileler ile ilişkiye geçilerek, nasıl davranacakları öğretilmeli, uçuucu maddelerin yol açtığı tehlikeler anlatılmalıdır.

d) Ayrıca doktorlar, işyeri hekimleri, sanayiciler, okul yöneticileri ve öğretmenler, halk sağlığı uzmanları, sosyal hizmet uzmanları, emniyet görevlileri (özellikle polisler) uçuucu madde kullanıcıları ile direkt teması olabilecek kişiler, uçuucu madde bağımlılığı konusunda bilgilendirilmeli, eğitilmelidir.

3. Derecede Önleme:

Uçucu madde bağımlısı olan çocuklar ve gençler genellikle kendiliklerinden hastanelere ve tedavi programlarına müracaat etme eğiliminde değillerdir. Bu nedenle aktif olarak tedaviye gereksinimleri olan bu kişilerin kendiliklerinden tedaviye gelmelerini beklemek yerine onlara ulaşmanın onlarla ilişki kurmanın uygun yöntemleri aranmalıdır. Bu amaçla sosyal hizmet uzmanları, uçucu madde bağımlıları ile uçucu maddelerin kullanıldığı ortamlarda temas kurmalı, uçucu maddelerin neden olabileceği tıbbi, hukuki, psikososyal sorunlar hakkında bilgi vererek, uçucu madde bağımlılarını tedavi programlarına katılmak üzere ikna etmelidirler.

Tedavi olmak üzere hastanelere başvuran uçucu madde bağımlılarına da, tedavi oldukları süre içinde uçucu madde kullanımının muhtemel zararları hakkında bilgi verilmelidir.

AMAÇ

Elazığ Sanayi Sitesi'nde otosanayi, mobilya ve ağaç işlerinde çalışan çırakların;

- 1- Sigara içme prevalansını (yaşa, eğitim düzeyine, çalışma süresine, haftalık harçlığa göre) saptamak.
- 2- Düzenli sigara içmeye başlama yaşını saptamak.
- 3- Sigara içen arkadaş sayısının düzenli sigara içmeye yol açma düzeyini saptamak.
- 4- Fagerstörn Bağımlılık testine göre bağımlılık düzeylerini saptamak.
- 5- Beş aşamalı sigarayı bırakma sürecine göre dağılımlarını saptamak.
- 6- Alkol kullanma prevalansını (yaşa, eğitim düzeyine, çalışma süresine, haftalık harçlığa göre) saptamak.
- 7- Alkolü deneme yaşlarını saptamak.
- 8- Uçucu madde kullanma prevalansını (yaşa, eğitim düzeyine, çalışma süresine göre) saptamak.

MATERYAL VE METOD

Araştırma hem tanımlayıcı bir prevalens çalışması hem de analitik bir çalışmadır. Yüz-yüze görüşme yöntemi ile anket tekniği uygulanan çalışmada bağımlı değişkenler olarak "sigara içme durumu, alkol kullanma durumu ve uçucu madde kullanma durumu", bağımsız değişkenler olarak yaş, eğitim, çalışma süresi, meslek gibi değişkenler esas alınmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırma, Elazığ'ın otosanayi bölgesinde, otosanayi, mobilya ve ağaç işleriyle meşgul işyerlerinde çalışan 18 yaş ve altı çıraklar üzerinde yürütülmüştür. Konuyla ilgili olarak bölgede ilk işyeri tesadüfi sayılar cetveli kullanılarak seçilmiş, daha sonra sistemik olarak işyerleri birer atlanarak çalışma kapsamına dahil edilmiştir. Bu şekilde seçilen işyerlerinin ve bu işyerlerinde çalışan çırakların dağılımı Tablo 23'de verilmektedir.

Tablo 23- Örnekleme Oluşturan İşyerlerindeki Çıracak Sayısı ve Ankete Katılma Durumu			
İşyeri Türü	İşyeri Sayısı	Toplam Çıracak Sayısı	Ankete Katılan Çıracak Sayısı
Motor	89	183	168
Oto Elektrik	22	66	66
Kaporta, Boya	66	121	119
Öndüzen, Lastik,	9	20	20
Oto Yedek Parça, Aksesuar, Oto Cam, Oto Döşeme	19	27	27
Damper, Kasa, Römork, Tanker, Kaynak, Tampon	16	31	30
Şanzıman, Defransiyel, Fren, Makas	13	24	24
Torna, Tesviye,	4	5	5
Akü, Egzos, Radyatör	4	7	7
Mobilya	40	91	91
Ağaç Doğrama	17	26	26
Toplam	299	601	583

Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Araştırmada kullanılan anket formunun "sigara içme durumunun saptanması"na yönelik kısmında, Dünya Sağlık Örgütü'nün 18 yaş ve altı yaş grupları için önerdiği standart anket formlarından yararlanılmış(143,149), ancak yerel özellikler dikkate alınarak bazı değişiklikler yapılmıştır. Yine aynı kısımda bağımlılık düzeyinin saptanmasına yönelik sorularda "Fagerstörn Bağımlılık Testi"nin soruları kullanılmıştır (115). Ankette bulunan diğer sorular ise araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Araştırmada kullanılan "anket formu" ve "kodlama kılavuzu" ektedir (Ek-1, Ek-2).

Anket uygulamasına geçilmeden önce, hazırlanan anket formunun anlaşılabilirliğinin ve işlerliğinin kontrolü amacıyla 20 çırağa kılavuz uygulama yapılmıştır. Yapılan kılavuz uygulamada soruların anlaşılır nitelikte olduğu saptanmış ve mevcut anket formunda bir değişikliğe gidilmemiştir.

Araştırmanın yapılabilmesi yönünde yetkili makamlardan alınan izini takiben anket uygulamasına geçilmiş ve uygulama Ocak - Mart 1995 tarihleri arasında araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Anketin doldurulmasında yüz-yüze görüşme tekniği kullanılmıştır.

Bilginin gerçeğe uygunluğunu arttırabilmek için çıraklarla ayrı ve kapalı bir ortamda teke tek ve yüz-yüze olarak görüşülmüştür. Görüşme öncesinde araştırmanın amacı kişiye anlatılmış ve kendisinden isim ya da başka kimlik bilgileri istenmemiş ve işyerinin ticari adı alınmamıştır. Ayrıca kişiden alınacak bilgilerin herhangi bir şekilde arkadaşları tarafından, ustası tarafından ya da idari makamlar tarafından kesinlikle öğrenilemeyeceği belirtilmiş ve kişinin bu konuda ikna olduğu hissedilmeden görüşmeye başlanmamıştır. Ayrıca kişiyle görüşme öncesinde, işyeri sahibi ile de konu görülmüş ve işyeri sahibinden de görüşme için izin alınmıştır. İşyeri sahibine, kişiden alınacak bilgilerin kesinlikle kendilerine aktarılmayacağı, bu konuda ısrar edilmemesi ve görüşme izninin bu şartla verilmesi belirtilmiştir. Bu şarta karşı gelen ve çıraklarla görüşme izni vermeyen işyeri sahibi olmamıştır.

Anket uygulaması çırak başına yaklaşık 25-30 dakika sürmüştür.

Uygulama sonunda örneklem grubunun % 97'sine ulaşılmıştır. Ankete katılmayan 18 kişi uygulama günü herhangi bir nedenle işyerinde bulunamamışlardır.

Anketler hazırlanan veri kodlama kılavuzu doğrultusunda kodlanarak bilgisayarda "Mikrosoft File" programına işlenmiştir. Formların kendi içerisindeki tutarlılıkları incelenmiş, tutarsızlık nedeniyle geçersiz sayılan form olmamıştır. Daha sonra bilgisayara aktarılan verilerin hata kontrolleri de yapılarak tablolar hazırlanmıştır.

Verilerin türüne göre ya Ki-kare (X^2) veya Cochran çözümlemeleri yapılarak önemlilikleri sınanmış, ya da aritmetik ortalamaları veya yüzde oranları alınmıştır.

Tanımlar

Bu çalışmada çırakların sigara içme özellikleri şu şekilde sınıflandırılmıştır.

A- Sigara içenler

- a- Hergün içenler (daily smokers): Araştırmanın yapıldığı günlerde, günde en az bir tane olmak üzere sigara içmekte olanlar.
- b- Günde birden az, haftada en az bir tane içenler (weekly smokers): Araştırmanın yapıldığı günlerde, günde birden az, haftada en az bir tane olmak üzere sigara içmekte olanlar.
- c- Düzenli içiciler (regular smokers): Araştırmanın yapıldığı günlerde, haftada en az bir tane olmak üzere sigara içmekte olanlar.

B- Sigara içmeyenler

- a- Bırakmış olanlar (ex-smokers): Üç ay ya da daha uzun bir süre haftada en az bir tane olmak üzere sigara içmiş olup, araştırmanın yapıldığı sırada sigara içmeyenler.
- b- Denemiş olanlar: Üç ay veya daha uzun bir süre düzenli olarak içmemek şartıyla, sigara içmeyi denemiş olup, araştırmanın yapıldığı sırada sigara içmeyenler.
- c- Hiç içmeyenler (non-smokers): Hayatında bir kez bile olsa sigara içmemiş olmak.

Bu çalışmada sigara içen çırakların "nikotin bağımlılık düzeyleri" saptanırken "Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi" kullanılmıştır. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin soruları, puanlaması ve puanların değerlendirilmesi aşağıda belirtilmiştir (115).

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi:

- 1- Sabah ilk sigaranızı uyanışınızdan ne kadar sonra içersiniz?
 - a- İlk beş dakika içinde 3 puan
 - b- 6-30 dakika içinde 2 puan
 - c- 31-60 dakika içinde 1 puan
 - d- Bir saatten sonra 0 puan
- 2- Sigara içiminin yasak olduğu yerlerde içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?
 - a- Evet 1 puan
 - b- Hayır 0 puan
- 3- Gün boyunca içtiğiniz sigaralardan size en hoş geleni hangisidir? Diğer bir deyişle vazgeçilmesi en zor olan sigaranız hangisidir?
 - a- Sabahın ilk sigarası 1 puan
 - b- Diğer 0 puan
- 4- Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?
 - a- 31+ 3 puan
 - b- 21-30 2 puan
 - c- 11-20 1 puan
 - d- 10 veya daha az 0 puan
- 5- Uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık mı sigara içersiniz?
 - a- Evet 1 puan
 - b- Hayır 0 puan
- 6- Günüün çoğunu yatakta geçirecek kadar rahatsız olduğunuzda da sigara içersiniz?
 - a- Evet 1 puan
 - b- Hayır 0 puan

Değerlendirme: Toplam Puan Bağımlılık Düzeyi

0-2	puan		Çok az
3-4	puan		Az
5	puan		Orta
6-7	puan		Yüksek
8-10	puan		Çok yüksek

Bu çalışmada çırakların alkol kullanma özellikleri ise şu şekilde sınıflandırılmıştır.

A- Alkol kullananlar

- a- Günde birden az, haftada bir defadan fazla kullananlar: Araştırmanın yapıldığı günlerde günde birden az, haftada bir defadan fazla olmak üzere alkol kullananlar.
- b- Haftada bir kez kullananlar: Araştırmanın yapıldığı günlerde, haftada en az bir kez alkol kullananlar.
- c- Haftada bir defadan daha az kullananlar: Araştırmanın yapıldığı günlerde, haftada bir defadan daha az alkol kullananlar.

B- Alkol kullanmayanlar

- a- Bırakmış olanlar: Son bir yıldan beri alkol almayıp, "halen alkol kullanıyor musunuz" sorusuna "hayır" cevabı verenler.
- c- Hiç kullanmayanlar: Hayatında bir kez bile olsa alkol kullanmamış olanlar.

Çalışmada, çırakların tükettiği alkol miktarı "birim" olarak ölçülmüştür. 1 ons (ounce) pür alkol 2 birim alkole eşdeğerdir. 1 birim alkol ise 1 küçük kutu bira, 1 su bardağı şarap, 1 sek (42 cc) distile içkiye eşdeğerdir.

Bu çalışmada kullanılan "uçucu madde kullanmak" tabiri uçucu maddenin uyuşturucu amaçlı olarak kullanılması anlamında kullanılmıştır. Çırakların uçucu maddeyi uyuşturucu amaçlı olarak kullanma özellikleri de şu şekilde sınıflandırılmıştır.

A- Uçucu madde kullananlar

- a- Hergün kullananlar.
- b- Haftada bir defadan daha fazla kullananlar.
- c- Haftada bir defa veya daha fazla kullananlar.
- d- Nadiren ve daha fazla kullananlar.
- e- Düzenli kullananlar: Haftada bir defa veya daha fazla kullananlar.

B- Uçucu madde kullanmayanlar

- a- Sadece bir kez denemiş olanlar: Şimdiye kadar araştırma dönemi öncesinde sadece bir kez kullanmış ve bir daha kullanmamış olanlar.
- c- Hiç kullanmayanlar: Hayatında bir kez bile olsa uçucu madde kullanmamış olanlar.

Tablo 25 ise çırakların yaşlarına göre çalışma sürelerini göstermektedir. 10 -14 yaş grubu çırakların büyük çoğunluğunun çalışma süresi 1 yıl ve daha azdır (% 64.07). Bekleneceği üzere 15-18 yaş grubunda çalışma süresi ise % 47.73 oranıyla 4 yıl ve daha fazla grubunda kümelenmektedir.

Yaş	Çalışma Süresi				Toplam
	1 Yıl ve Daha Az	2 Yıl	3 Yıl	4 Yıl ve Daha Fazla	
10	3 % 100.00 % 1.33	- - % 0.00	- - % 0.00	- - % 0.00	3 % 100.00 % 0.51
11	18 % 90.00 % 7.96	1 % 5.00 % 1.09	- - % 0.00	1 % 5.00 % 0.56	20 % 100.00 % 3.43
12	38 % 76.00 % 16.81	8 % 16.00 % 8.70	3 % 6.00 % 3.41	1 % 2.00 % 0.56	50 % 100.00 % 8.58
13	37 % 60.66 % 16.37	17 % 27.88 % 18.48	5 % 8.19 % 5.68	2 % 3.27 % 1.13	61 % 100.00 % 10.46
14	52 % 53.61 % 23.01	20 % 20.62 % 21.74	20 % 20.62 % 22.73	5 % 5.15 % 2.82	97 % 100.00 % 16.64
15	40 % 34.48 % 17.70	20 % 17.24 % 21.74	25 % 21.55 % 28.41	31 % 26.72 % 17.51	116 % 100.00 % 19.90
16	19 % 19.00 % 8.41	17 % 17.00 % 18.48	13 % 13.00 % 14.77	51 % 51.00 % 28.81	100 % 100.00 % 17.15
17	18 % 19.78 % 7.96	7 % 7.69 % 7.61	13 % 14.29 % 14.77	53 % 58.24 % 29.94	91 % 100.00 % 15.61
18	1 % 2.22 % 0.44	2 % 4.44 % 2.17	9 % 20.00 % 10.23	33 % 73.33 % 18.64	45 % 100.00 % 7.72
Toplam	226 % 38.77 % 100.0	92 % 15.78 % 100.0	88 % 15.09 % 100.0	177 % 30.36 % 100.0	583 % 100.00 % 100.0

Yatay konumdaki yüzdeler "satır yüzdesi", dikey konumdaki yüzdeler ise "kolon yüzdesi"dir.

Tablo 26- Çırakların Yaşlarına ve Meslek Gruplarına Göre Dağılımları						
Yaş	Meslek Grupları				Toplam	
	Otosanayi		Mobilya ve Ağaç İşleri			
10	3	0.64	-	0.00	3	0.51
	% 100.00	%	-	% 0.00	% 100.00	%
11	18	3.86	2	1.71	20	3.43
	% 90.00	%	% 10.00	% 1.71	% 100.00	% 3.43
12	41	8.80	9	7.69	50	8.58
	% 82.00	%	% 18.00	% 7.69	% 100.00	% 8.58
13	47	10.09	14	11.97	61	10.46
	% 77.05	%	% 22.95	% 11.97	% 100.00	% 10.46
14	77	16.52	20	17.09	97	16.64
	% 79.38	%	% 20.62	% 17.09	% 100.00	% 16.64
15	85	18.24	31	26.50	116	19.90
	% 73.28	%	% 26.72	% 26.50	% 100.00	% 19.90
16	78	16.74	22	18.80	100	17.15
	% 78.00	%	% 22.00	% 18.80	% 100.00	% 17.15
17	72	15.45	19	16.24	91	15.61
	% 79.12	%	% 20.88	% 16.24	% 100.00	% 15.61
18	45	9.66	-	0.00	45	7.72
	% 100.00	%	-	% 0.00	% 100.00	% 7.72
Toplam	466	100.0	117	100.0	583	100.0
	% 79.93	%	% 20.07	% 100.0	% 100.00	% 100.0
Yatay konumdaki yüzdeler "satur yüzdesi", dikey konumdaki yüzdeler ise "kolon yüzdesi"dir.						

Tablo 26, çırakların yaş ve meslek grubuna göre dağılımını göstermektedir. Meslek ayırımında çırakların dağılımına bakıldığında, 13 yaş ve daha küçük yaşlarda meslekler arasında bir benzerlik göze çarpmaktadır. 13 yaş ve daha küçük çırakların oranı otosanayi çalışanlarında % 23.39 iken, mobilya ve ağaç işleri çalışanlarında % 21.38'dir. 14 yaş ve daha büyük yaşlarda çalışanların oranı otosanayi çalışanları arasında daha fazla oranda gözlenmektedir. 14-15 yaş grubu çırakların oranı otosanayi çalışanlarında % 34.76 iken, mobil-

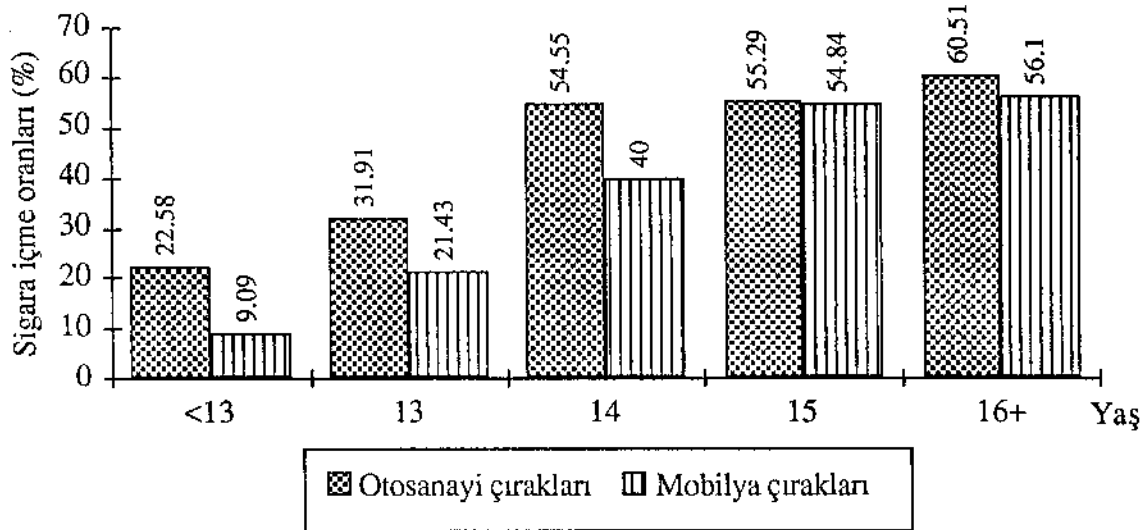
Tablo 30, 27. 28. ve 29. tabloların özetini içeren ve bu tabloların istatistiksel analize uygun hale getirilmiş şeklidir.

Tablo 30- Çıraklarda Yaşa ve Mesleğe Göre Düzenli Sigara İçme* Prevalansı						
Yaş	Otosanayi		Mobilya ve Ağaç İşleri		Toplam	
	Düzenli içenler / n	%	Düzenli içenler / n	%	Düzenli içenler / n	%
< 13	14 / 62	22.58	1 / 11	9.09	15 / 73	20.55
13	15 / 47	31.91	3 / 14	21.43	18 / 61	29.51
14	42 / 77	54.55	8 / 20	40.00	50 / 97	51.55
15	47 / 85	55.29	17 / 31	54.84	64 / 116	55.17
16	53 / 78	67.95	11 / 22	50.00	64 / 100	64.00
17	37 / 72	51.39	12 / 19	63.16	49 / 91	53.85
18	28 / 45	62.22	-	-	28 / 45	62.22
Toplam	236 / 466	50.64	52 / 117	44.44	288 / 583	49.40

* Haftada en az bir tane olmak üzere sigara içenler

Önemlilik Testleri: 1- Otosanayide çalışan çıraklarda yaş gruplarına göre sigara içme oranları açısından ilişki arandığında; χ^2 : 39.108, Sd: 6, P=0.0001, bu grupta < 13 ve 13 yaş grubu dışlanarak diğer yaş grupları içerisinde ilişki arandığında; χ^2 : 5.422, Sd: 4, P=0.2466. 2- Mobilya ve ağaç işlerinde çalışan çıraklarda yaş gruplarına göre sigara içme oranları açısından, <13 ve 13 yaş grupları birleştirilerek ve 18 yaş grubu dışlanarak ilişki arandığında; χ^2 : 2.236, Sd: 3, P=0.5248, bu grupta <13, 13 ve 18 yaş grupları dışlanarak, 14-17 yaş grupları arasında ilişki arandığında; χ^2 : 10.418, Sd: 1, P=0.0012. 3- Çırakların tümünde yaş gruplarına göre sigara içme oranları açısından ilişki arandığında; χ^2 : 47.899, Sd: 6, P=0.0001, bu grupta < 13 ve 13 yaş grubu dışlanarak diğer yaş grupları içerisinde ilişki arandığında; χ^2 : 4.192, Sd: 4, P=0.3807. 4- Meslek grupları arasında yaşlara göre sigara içme oranları açısından ilişki arandığında 14 ve daha küçük yaş grubu için; COCHRAN'ın testi ile; SND=1.69, P=0.091. 5- Meslek grupları arasında yaşlara göre sigara içme oranları açısından ilişki arandığında 15+ yaş grubu için (18 yaş grubu dışlanarak); COCHRAN'ın testi ile; SND=0.39, P=0.6966.

Şekil 5- Çırakların Yaş ve Mesleklerine Göre Düzenli Sigara İçme Durumları



Tablo 30'un verilerine; göre düzenli sigara içme oranı tüm grupta % 49.40 iken bu oran otosanayide çalışan çıraklarda % 50.64, mobilya ve ağaç işlerinde çalışan çıraklarda % 44.44 olarak bulunmuştur. Yaşlara göre de meslek ayırımında düzenli sigara içme oranları kıyaslandığında meslekler arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($P > 0.05$). Yaşın sigara içmeye etkisi değerlendirildiğinde ise yaşla sigara içme arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ancak bu anlamlılığın < 13 ve 13 yaş grubundan kaynaklandığı, 14 yaş üzerindeki yaşlar arasında sigara içme yönünden anlamlı bir farklılığın olmadığı gözlenmiştir (Tablo 30, Şekil- 3).

Çıraklarda Sigara İçme Oranları

Sigara içme oranları yukarıda yeralan tablolara dayalı olarak ve değişik tanımlara göre % 95 güven aralığı ile hesaplanmıştır. Güven aralığı hesabında aşağıdaki formül kullanılmıştır.

$$\pm 1.96 SHp = 1.96 \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}} \sqrt{\frac{N-n}{N-1}}$$

Hergün içenler (günde en az bir tane olmak üzere hergün sigara içenler): % 44.60 ± 2.8

Günde birden az, fakat haftada en az bir tane içenler: % 4.80 ± 1.2

Düzenli sigara içenler (haftada en az bir tane olmak üzere sigara içenler): % 49.40 ± 2.9

Günde 20+ adet sigara içenler (ağır içiciler): % 7.55 ± 1.52

Bırakmış olanlar (en az üç ay süreyle, haftada en az bir tane sigara içmiş olup halen içmeyenler): % 5.66 ± 1.3

Çıraklarda Yaşa ve Mesleğe Göre Hayatında Bir Kez Bile Olsa Sigara İçmemiş Olma Durumu

Tablo 31, çırakların, hayatında bir kez bile olsa sigara içmemiş olma durumlarını göstermektedir. Tablo 31'in verilerine göre çırakların % 45.21'i, 13 yaşına gelmeden henüz sigarayla tanışmamış yani henüz sigarayı deneme olarak bile içmemişlerdir. Ancak 13 yaş ile birlikte süratli bir şekilde sigara kullanılmaya veya denenmeye başlanmaktadır ve hayatında bir kez bile sigara içmeyenlerin oranı hızlı bir düşüş göstererek, 13 ve üzeri yaş grubunda % 14.51'e düşmektedir. Bu sonuç da 13+ yaş grubunda çırakların % 85.49'unun sigaraya karşı

direnemediğini düşündürmektedir.

Tablo 31- Çıraklarda Yaş ve Mesleğe Göre Hayatında Bir Kez Bile Olsa Sigara İçmemiş Olma Durumu						
Yaş	Otosanayi		Mobilya ve Ağaç İşleri		TOPLAM	
	Hiç içmeyenler / n	%	Hiç içmeyenler / n	%	Hiç içmeyenler / n	%
< 13	27 / 62	43.55	6 / 11	54.55	33 / 73	45.21
13	8 / 47	17.02	3 / 14	21.43	11 / 61	18.03
14	15 / 77	19.48	3 / 20	15.00	18 / 97	18.56
15	13 / 85	15.29	5 / 31	16.13	18 / 116	15.52
16	11 / 78	14.10	3 / 22	13.64	14 / 100	14.00
17	9 / 72	12.50	0 / 19	0.00	9 / 91	9.89
18	4 / 45	8.89	-	-	4 / 45	8.89
TOPLAM	87 / 466	18.67	20 / 117	17.09	107 / 583	18.35

Önemlilik Testleri: 1- Otosanayide çalışan çıraklarda yaş gruplarına göre ilişki arandığında; X^2 : 31.34, Sd: 6, $P=0.0001$, bu grupta < 13 yaş grubu dışlanarak diğer yaş grupları içerisinde ilişki arandığında; X^2 : 3.107, Sd: 5, $P=0.6834$. 2- Mobilya ve ağaç işlerinde çalışan çıraklarda yaş gruplarına göre, <13 ve 13 yaş grupları tek grup, 14 ve 15 yaş grupları ayrı bir grup, 16,17 ve 18 yaş grubu da başka bir grup olarak ele alınarak ilişki arandığında; X^2 : 9.142, Sd: 2, $P< 0.05$. 3- Çırakların tümünde yaş gruplarına göre ilişki arandığında; X^2 : 44.06, Sd: 6, $P=0.0001$, bu grupta < 13 yaş grubu dışlanarak diğer yaş grupları içerisinde ilişki arandığında; X^2 : 4.719, Sd: 5, $P=0.4512$. 4- Meslek grupları arasında yaşlara göre (18 yaş grubu dışlanarak) ilişki arandığında; COCHRAN'ın testi ile; $SND=0.28$, $P=0.779$.

Çırakların Çalışma Sürelerine Göre Sigara İçme Durumları

Tablo 32'nin verilerine göre çırakların çalışma sürelerine bağlı olarak sigara içme durumlarına bakıldığında, sigara içme oranlarında yıllara göre bir artış gözlenmekte ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmaktadır ($P < 0.05$). Çalışma hayatının ilk yılında %

Tablo 32- Çırakların Çalışma Sürelerine Göre Sigara İçme Durumu								
Yaş	Çalışma Süresi						Toplam	
	1 Yıl ve Daha Az		2 Yıl		3 Yıl ve Daha Fazla			
	Düzenli içenler / _n	%	Düzenli içenler / _n	%	Düzenli içenler / _n	%	Düzenli içenler / _n	%
< 13	12 / 59	20.34	1 / 9	11.11	2 / 5	40.00	15 / 73	20.55
13	7 / 37	18.92	6 / 17	35.29	5 / 7	71.43	18 / 61	29.51
14	26 / 52	50.00	11 / 20	55.00	13 / 25	52.00	50 / 97	51.55
15+	36 / 78	46.15	27 / 46	58.70	142 / 228	62.28	205 / 352	58.24
Toplam	81 / 226	35.84	45 / 92	48.91	162 / 265	61.13	288 / 583	49.40
Önemlilik Testleri: 1- 13 yaş ve altı birleştirilerek, 1 yıl ve daha az kategorisi tek grup, diğer kategoriler tek grup olarak ele alınıp çalışma sürelerine göre ilişki arandığında; X ² : 4.264, Sd: 1, P=0.0389. 2- 14 yaş grubu ve 15+ yaş grubu birleştirilerek çalışma süresine göre ilişki arandığında; X ² : 6.4666, Sd: 2, P=0.0394.								

35.84 oranında sigara içen çırakların bu oranları çalışma hayatlarının 2. yılında % 48.91'e çıkmakta ve 3 yıl ve daha fazla çalışanlarda % 61.13'lük bir orana ulaşmaktadır.

Çırakların Eğitim Durumuna ve Yaşa Göre Sigara İçme Durumları

Tablo 33 çırakların eğitim durumu ve yaşa göre sigara içme durumunu göstermektedir. Çıraklarda eğitim durumuna göre sigara içme oranlarına bakıldığında ortaokul ve daha üzeri bir eğitim alan çırakların daha yüksek bir içme oranına sahip olduğu gözlenmektedir. Ancak her iki grupta da 15+ yaş grubu değerlendirildiğinde içme oranlarının birbirine çok yakın olduğu görülmektedir. Yapılan testte de 15+ yaş grubunda eğitime göre sigara içme oranlarında istatistiki bir farklılık saptanmamıştır ($P > 0.05$).

Tablo 33- Çırakların Eğitim Durumuna ve Yaşa Göre Sigara İçme Durumu							
Eğitim Durumu	Yaş	Sigara İçenler		Sigara İçmeyenler			Toplam
		Hergün içenler	Günde birden az, haftada en az bir tane içenler	Bırakmış olanlar	Denemiş olanlar	Hiç içmeyenler	
Okur yazar veya ilkökul Mezunu	< 13	12 % 16.44	3 % 4.11	2 % 2.74	23 % 31.51	33 % 45.20	73 % 100.0
	13	13 % 21.31	5 % 8.20	6 % 9.84	26 % 42.62	11 % 18.03	61 % 100.0
	14	37 % 41.57	7 % 7.87	5 % 5.62	23 % 25.84	17 % 19.10	89 % 100.0
	15 +	160 % 55.75	12 % 4.18	14 % 4.88	66 % 23.00	35 % 12.19	287 % 100.0
	Toplam	222 % 43.53	27 % 5.29	27 % 5.29	138 % 27.06	96 % 18.82	510 % 100.0
Ortaokul Mezunu veya üstü	14	6 % 75.00	-	-	1 % 12.5	1 % 12.5	8 % 100.0
	15 +	32 % 49.23	1 % 1.54	6 % 9.23	16 % 24.62	10 % 15.38	65 % 100.0
	Toplam	38 % 52.05	1 % 1.37	6 % 8.22	17 % 23.29	11 % 15.07	73 % 100.0
Ortaokul mezunu veya üstü grupta 14 yaşın altında hiçbir kişi bulunmamaktadır. Düzenli sigara içenler bir grup içmeyenler bir grup olarak ele alınıp 15+ yaş grubunda ilişki arandığında; $X^2: 1.829$, Sd:1, $P=0.1763$							

15+ Yaş Grubu Çırakların Haftalık Harçlıklarına Göre Sigara İçme Durumu

Tablo 34, 15+ yaş grubu çırakların haftalık harçlıklarına göre sigara içme durumlarını göstermektedir. Tablo, ilk bakışta haftalık harçlığın artmasının sigara içme oranını da artırdığı izlenimini edindirmektedir. 100 bin TL ve daha az bir miktarda haftalık harçlığa sahip olan çıraklarda sigara içme oranı % 51.26 iken, bu oran 101 bin - 200 bin TL haftalık harçlı-

Çırakların düzenli sigara içmeye hangi dönemlerinde başladıklarını gösteren Tablo 36 değerlendirildiğinde, şu anda sigara içen veya bir süre içmiş olup şu anda bırakmış olan çırakların önemli bir kısmının daha çalışma hayatına başlamadan okul dönemlerinde düzenli sigara içicisi oldukları gözlenmektedir. İlkokul eğitimi almış veya ilkokulu bitirememiş çırakların % 51.45'inin, ortaokul ve daha üstü eğitim almış çırakların ise % 84.44'ünün daha okul dönemlerinde düzenli içici oldukları görülmektedir.

Tablo 36- Çırakların Eğitim Durumu ve Yaş Göre Sigaraya Başlama Dönemi								
Eğitim Durumu	Yaş	Sigaraya Başlama Dönemi						Toplam
		İlkokul Dönemi	Ortaokul Dönemi	Okul Sonrası Ara Dönem	Çalışmanın 1. Yılı	Çalışmanın 2 + Yılı	Bilinmeyen	
Okur yazar veya ilkokul Mezunu	< 13	14 % 82.35	1 % 5.88	1 % 5.88	- -	1 % 5.88	- -	17 % 100.0
	13	12 % 52.17	1 % 4.35	4 % 17.39	5 % 21.74	1 % 4.35	- -	23 % 100.0
	14	26 % 53.06	3 % 6.12	6 % 12.24	11 % 22.45	2 % 4.08	1 % 2.04	49 % 100.0
	15 +	67 % 35.83	18 % 9.62	17 % 9.09	36 % 19.25	46 % 24.60	3 % 1.60	187 % 100.0
	Toplam	119 % 43.12	23 % 8.33	28 % 10.14	52 % 18.84	50 % 18.12	4 % 1.45	276 % 100.0
Ortaokul Mezunu veya üstü	14	3 % 42.86	3 % 42.86	- -	- -	- -	1 % 14.29	7 % 100.0
	15 +	11 % 28.95	21 % 55.26	1 % 2.63	2 % 5.26	2 % 5.26	1 % 2.63	38 % 100.0
	Toplam	14 % 31.11	24 % 53.33	1 % 2.22	2 % 4.44	2 % 4.44	2 % 4.44	45 % 100.0
Ortaokul mezunu veya üstü grupta 14 yaşın altında hiçbir kişi bulunmamaktadır.								
Okur yazar veya ilkokul mezunu olanların yaş ortalaması 14.8, ortaokul mezunu ve daha üst eğitimi olanların yaş ortalaması ise 16.1'dir.								

Sigara İçen Çırakların İçme Miktarları

Tablo 37, sigara içen çırakların günde içtikleri sigara miktarını göstermektedir. Tablo 37'nin verilerine göre sigara içen çırakların tümü Dünya Sağlık Örgütü'nün gençler için tanımladığı "düzenli içici" kategorisine girmektedir. Düzenli sigara içen çırakların günlük içtikleri sigara miktarı günde 1-10 adet arasında yoğunluk göstermektedir. Düzenli sigara içen çırakların % 36.46'sı günde 1-5 adet sigara içerken, % 30.56'sı günde 6-10 adet sigara içmektedir. Düzenli sigara içenler arasında günde 20+ adet sigara içenlerin (ağır içiciler) oranı ise % 15.28'dir. Ağır içici oranı tüm çıraklar arasında ise % 7.55'dir. Sigara içen çıraklar içerisinde günde içilen ortalama sigara miktarı 7.8 adet olarak bulunmuştur.

Tablo 37- Otosanayiinde, Mobilya ve Ağaç İşlerinde Çalışan ve Sigara İçen Çıraklarda Sigara İçme Miktarları						
İçme miktarı	Otosanayi		Mobilya ve Ağaç İşleri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Haftada 1-6 tane içenler	25	10.59	5	9.61	30	10.42
Günde 1-5 tane içenler	92	38.98	13	25.00	105	36.46
Günde 6-10 tane içenler	73	30.93	15	28.85	88	30.56
Günde 11-19 tane içenler	13	5.51	8	15.38	21	7.29
Günde 20+ içenler	33	13.98	11	21.15	44	15.28
Toplam	236	100.0	52	100.0	288	100.0
Otosanayi çıraklarında günde içilen ortalama adet:7.4, Mobilya ve ağaç işleri çıraklarında günde içilen ortalama adet: 9.5, tüm çıraklar içerisinde günde içilen ortalama adet: 7.8'dir. X^2 : 9.519, Sd: 4, P=0.0494						

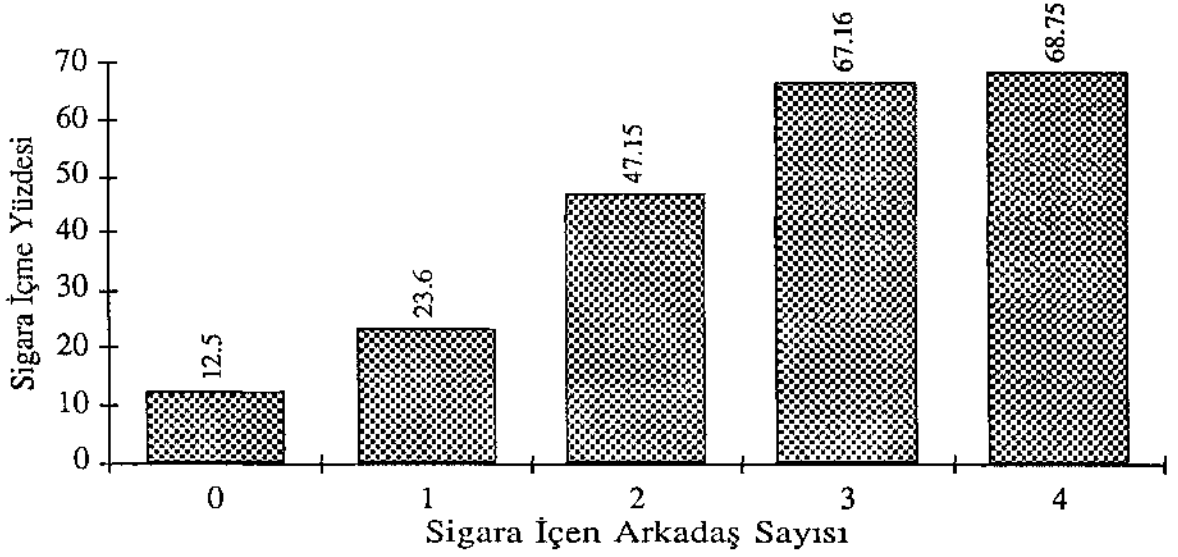
Sigara İçen Çırakların Tercih Ettiği ve Son Olarak Kullandığı Sigara Markaları

Tablo 38'e göre sigara içen çırakların tercih ettiği sigaralar % 93.40 oranıyla yerli-filtreli sigaralar olmuştur. Bunlar içerisinde de % 50 oranıyla Maltepe sigarası birinci sırayı, % 29.17 ile Samsun sigarası ikinci sırayı almaktadır. Çırakların yabancı sigarayı tercih oranları ise ancak % 3.47'dir.

Tablo 38- Otosanayiinde, Mobilya ve Ağaç İşlerinde Çalışan ve Sigara İçen Çırakların Tercih Ettiği Markalar						
Sigara Markası	Otosanayi		Mobilya ve Ağaç İşleri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Samsun	68	28.81	16	30.77	84	29.17
Maltepe	114	48.31	30	57.69	144	50.00
Tekel 2000	37	15.68	4	7.69	41	14.24
Marlboro	1	0.42	-	-	1	0.35
Parliament	8	3.39	-	-	8	2.78
Diğer yerli	7	2.97	1	1.92	8	2.78
Diğer yabancı	1	0.42	-	-	1	0.35
Bilinmeyen	-	-	1	1.92	1	0.35
Toplam	236	100.0	52	100.0	288	100.0

Sigara içen çırakların son kez içmiş oldukları sigaraların markaları, genellikle tercih ettikleri sigaraların markalarıyla büyük düzeyde uyumaktadır. Son kez içilen sigaralar arasında da Maltepe sigarası % 50.35 ile ilk sırada, Samsun sigarası % 28.47 ile ikinci sırayı alırken, yabancı sigaraları içme oranı % 2.8'de kalmaktadır (Tablo39).

Şekil 6- En Samimi Dört Arkadaşın Sigara İçme Durumunun Çırakların Düzenli Sigara İçmeleriyle İlişkisi



Sigara İçen Çırakların Bağımlılık Düzeyleri

Tablo 41- Sigara İçen Çırakların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine Göre Bağımlılık Düzeyleri			
Bağımlılık Düzeyi	Skor	Sayı	%
Çok az	(0 - 2)	209	72.57
Az	(3 - 4)	51	17.71
Orta	(5)	13	4.51
Yüksek	(6 - 7)	15	5.21
Çok Yüksek	(8 - 10)	-	-
Toplam		288	100.00

Sigara içen çırakların % 72.57'si Fagerström nikotin bağımlılık testine göre çok az düzeyde bağımlı bulunmuştur. Bağımlılık düzeyi yüksek bulunan çırakların oranı ise % 5.21 bulunmuştur (Tablo 41).

Çıraklarda Sigarayı Bırakma Durumu

Tablo 42'ye göre şu anda sigara içmeyi sürdüren çırakların % 47.57'sinin bırakmayı düşündüğü, % 8.33'ünün de bırakma hazırlığı içinde olduğu gözlenmektedir.

Tablo 42- Sigara İçen Çırakların Sigarayı Bırakma Kategorilerine Göre Dağılımları		
Bırakma Kategorileri	Sayı	%
Bırakmayı düşünmeyenler ⁽¹⁾	127	44.10
Bırakmayı düşünenler ⁽²⁾	137	47.57
Bırakma hazırlığı içinde olanlar ⁽³⁾	24	8.33
Toplam	288	100.0
1- Altı ay içinde sigarayı bırakmayı düşünmeyenler.		
2- Bırakmayı düşünen ancak bir ay içinde bırakmaya niyeti olmayan ve/veya geçen yıl bırakmayı denemeyenler.		
3- Önümüzdeki bir ay içinde sigarayı bırakmaya niyeti olan ve geçen yıl bırakmayı deneyenler.		

Sigarayı bırakmış olan çırakların % 81.82'si bırakma kategorileri içerisinde bırakmayı sürdürenler içerisinde yer alırken, bırakmayı deneyenlerin oranı % 18.18'dir (Tablo 43).

Tablo 43- Sigarayı Bırakan Çırakların Sigarayı Bırakma Kategorilerine Göre Dağılımları		
Bırakma Kategorileri	Sayı	%
Bırakmayı denemekte olanlar ⁽¹⁾	6	18.18
Bırakmayı sürdürenler ⁽²⁾	27	81.82
Bırakalı 5 yılı geçenler	-	-
Toplam	33	100.0
1- Sigarayı bırakalı altı ayı doldurmamış olanlar.		
2- Sigarayı bırakalı altı aydan fazla süre geçenler.		

Bırakma denemesinde bulunup yeniden başlayan çıraklar yeniden başlama nedeni olarak % 45.20 oranında sigarasızlığa dayanamama, % 31.51 oranında ise arkadaş ikramlarına ve ısrarlarına dayanamadığını belirtmiştir (Tablo 44).

Tablo 44- Bırakma Denemesinde Bulunup Yeniden Başlayan Çırakların Yeniden Başlama Nedeni		
Bırakmayı Bozma Nedeni	Sayı	%
Dayanamama	33	45.20
Arkadaşların ısrarı	23	31.51
Sıkıntı, stres, sorun	17	23.29
Toplam	73	100.00

Çıraklarda Alkol Kullanma Durumu ve Oranları

Tablo 45- Çıraklarda Yaşa Göre Alkol Kullanma Durumu						
Yaş	Alkol Kullanan			Alkol Kullanmayan		Toplam
	Günde birden az, haftada bir defadan fazla kullananlar	Haftada bir kez kullananlar	Haftada bir defadan daha az kullananlar	Bırakmış* olanlar	Hiç kullanmamış olanlar	
13 ve daha az	1 % 0.75	— —	7 % 5.22	2 % 1.49	124 % 92.54	134 % 100.00
14	— —	1 % 1.03	8 % 8.25	4 % 4.12	84 % 86.60	97 % 100.00
15	1 % 0.86	2 % 1.72	13 % 11.21	7 % 6.03	93 % 80.17	116 % 100.00
16	— —	1 % 1.00	11 % 11.00	9 % 9.00	79 % 79.00	100 % 100.00
17	— —	2 % 2.20	12 % 13.19	8 % 8.79	69 % 75.82	91 % 100.00
18	— —	1 % 2.22	7 % 15.56	7 % 15.56	30 % 66.66	45 % 100.00
Toplam	2 % 0.34	7 % 1.20	58 % 9.95	37 % 6.35	479 % 82.16	583 % 100.00
Alkol kullanan çıraklar içerisinde kullanım sıklığı olarak "hergün alkol kullanan" bulunamamıştır.						
* Son bir yıldan beri alkol kullanmamış ve "halen alkol kullanıyor musunuz" sorusuna "hayır" cevabı verenler						

Çırakların yaşa göre alkol kullanma durumları Tablo 45'de sunulmuştur. Alkol kullanma oranları bu tabloya dayalı olarak ve değişik tanımları göre % 95 güven aralığı ile hesaplanmıştır.

Alkol kullananların oranı (Haftada bir defadan az kullananlar dahil): % 11.49 ± 1.8

Alkol kullananların oranı (Haftada bir defa veya daha fazla kullananlar): % 1.54 ± 0.7

Alkol kullananların oranı (Haftada bir defadan daha fazla kullananlar): % 0.34 ± 0.3

Tablo 46, alkol kullanma oranlarını son bir yılda, son bir ayda ve son bir haftada alkol kullanım oranları olmak üzere farklı bir sınıflamayla vermektedir.

Tablo 46- Son Bir Yılda, Son Bir Ayda ve Son Bir Haftada Alkol Kullanma % Oranları		
Alkol Kullanma % Oranları	Sayı	%
Son bir yılda alkol kullanma oranı	87 / 583	14.92
Son bir ayda alkol kullanma oranı	46 / 583	7.89
Son bir haftada alkol kullanma oranı	17 / 583	2.92

Tablo 47 çırakların yaşlarına göre ömür boyu alkol alma prevalansını göstermektedir. Çırakların yaşlarına göre ömür boyu alkol almış olma prevalansında yaşla birlikte yavaş olmakla beraber bir kullanım artışı söz konusudur. Ancak bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P=0.1447$).

Tablo 47- Çıraklarda Yaşa Göre Alkol Alma Prevalansı		
Yaş	Alkol alanlar / n	%
13 ve daha az	8 / 134	5.97
14	9 / 97	9.28
15	16 / 116	13.79
16	12 / 100	12.00
17	14 / 91	15.38
18	8 / 45	17.78
TOPLAM	67 / 583	11.49
Alkol alanlar bir grup, alkol almayanlar ayrı bir grup olarak ele alınarak ilişki arandığında; X^2 : 8.217, Sd: 5, $P=0.1447$. Benzer oranlara sahip 15 ve 16 yaş grupları birleştirilerek ilişki arandığında; X^2 : 8.047, Sd: 4, $P=0.0899$.		

Tablo 48 çırakların, hayatında bir kez bile olsa alkol kullanmamış olma durumlarını göstermektedir. Bu tablonun verilerine göre, çırakların 18 yaşına geldiğinde bile henüz % 66.67'sinin alkol ile tanışmadığı gözlenmektedir. Yaşın ilerlemesiyle alkol ile tanışma oranı da artmaktadır ($P=0.0005$).

Tablo 48- Çıraklarda Yaşa Göre Hayatında Bir Kez Bile Olsa Alkol Kullanmamış Olma Durumu		
Yaş	Hiç alkol kullanmamış olanlar / n	%
13 ve daha az	124 / 134	92.54
14	84 / 97	86.60
15	93 / 116	80.17
16	79 / 100	79.00
17	69 / 91	75.82
18	30 / 45	66.67
TOPLAM	479 / 583	82.16
X^2 : 22.006, Sd: 5, $P=0.0005$.		

Çırakların Eğitim ve Yaşa Göre Alkol Alma Durumları

Tablo 50, çırakların eğitimlerine göre alkol alma durumlarını göstermektedir. Çırakların eğitimlerine göre alkol kullanma oranlarına toplamlar bazında bakıldığında benzer oranlar göze çarpmaktadır. Okul bitirmemiş veya ilkokul mezunlarında % 11.37 olan alkol kullanma oranının, ortaokul veya daha üzeri okul mezunlarında % 12.33 olduğu görülmektedir ($P > 0.05$). Özellikle ortaokul veya daha üzeri okul mezunlarının sayısının azlığı gruplar arasında yaşlara göre kıyaslama yapmayı güçleştirmektedir (Tablo 50).

Tablo 50- Çırakların Eğitim Durumuna ve Yaşa Göre Alkol Kullanma Durumu				
Eğitim Durumu	Yaş	Alkol Kullanan	Alkol Kullanmayan	Toplam
Okur yazar veya ilkokul Mezunu	< 15	14 % 6.28	209 % 93.72	223 % 100.00
	15	15 % 15.00	85 % 85.00	100 % 100.00
	16	11 % 13.25	72 % 86.75	83 % 100.00
	17 +	18 % 17.31	86 % 82.69	104 % 100.00
	Toplam	58 % 11.37	452 % 88.63	510 % 100.00
Ortaokul Mezunu veya üstü	< 15	3 % 37.50	5 % 62.50	8 % 100.00
	15	1 % 6.25	15 % 93.75	16 % 100.00
	16	1 % 5.88	16 % 94.12	17 % 100.00
	17 +	4 % 12.50	28 % 87.50	32 % 100.00
	Toplam	9 % 12.33	64 % 87.67	73 % 100.00
COCHRAN'ın testi ile; SND= 0.38, P=0.704				

Çırakların Haftalık Harçlıklarına Göre Alkol Kullanma Durumları

Tablo 51'in verilerine göre çırakların haftalık harçlıklarına göre alkol kullanma durumları değerlendirildiğinde, haftalık harçlığın artmasıyla alkol kullanma oranının da arttığı gözlenmektedir ($P < 0.01$). 15+ yaş grubunda 100 bin ve daha az bir miktarda haftalık harçlığa sahip olan çıraklar % 8.33 oranında alkol kullanırken, bu oranın 300 bin ve daha fazla haftalık harçlığa sahip olan çıraklarda % 26.92'ye yükselmektedir.

Tablo 51- 15+ Yaş Grubu Çırakların Haftalık Harçlıklarına Göre Alkol Kullanma Durumu				
Haftalık Harçlık (Bin TL)	Alkol Kullanma Durumu		Toplam	Grubun Yaş Ortalaması
	Alkol Kullanıyor	Alkol Kullanmıyor		
100 Bin ve Daha Az	10 % 8.33	110 % 91.67	120 % 100.00	15.9 (S=0.96)
101 Bin-200 Bin	11 % 11.34	86 % 88.66	97 % 100.00	16.1 (S=1.01)
201 Bin-300 Bin	15 % 18.07	68 % 81.93	83 % 100.00	16.3 (S=1.01)
301 Bin ve Daha Fazla	14 % 26.92	38 % 73.08	52 % 100.00	16.8 (S=0.99)
Toplam	50 % 14.20	302 % 85.80	352 % 100.00	16.2 (S=1.00)
15+ yaş grubunda haftalık harçlık ile alkol kullanma durumu arasında ilişki arandığında; χ^2 : 11.968, Sd: 3, P=0.0075.				

Çırakların Alkolü Deneme Yaşları

Tablo 52'nin verilerine göre, 15+ yaş grubu çırakların alkolü deneme yaşları daha çok 15 ve daha sonraki yaşlarda olmakta ve alkol kullanan veya şu anda bırakmış olan çırakların % 61.73'ünün alkolle bu yaşlarda tanıştıkları gözlenmektedir. Ayrıca 15 yaşına gelmeden, 15+ yaş grubu çırakların % 20.99'unun alkolle tanışmış oldukları görülmektedir.

Tablo 52- Alkol Kullanmakta Olan ve Alkolü Bırakmış Olan 15+ Yaş Grubu Çırakların Alkolü Deneme Yaşına Göre Dağılımları			
Alkolü Deneme Yaşı	15+ Yaş Grubu		Grubun Yaş Ortalaması
	Sayı	%	
10 - 11	2	2.47	11.00 (S= 0.00)
12 - 13	12	14.81	12.67 (S= 0.49)
14	17	20.99	14.00 (S= 0.00)
15+	50	61.73	15.74 (S= 0.85)
Toplam	81	100.00	14.80 (S= 1.48)
15 + yaş grubu içerisinde alkolü 10 yaşından önce deneyen çırak bulunmamıştır.			

Çırakların İlk Kullandıkları ve Genellikle Kullandıkları Alkollü İçkiler

Tablo 53'ün verilerine göre, çırakların alkollü içkiyle tanışmaları % 86.57 oranında bira ile olurken, daha sonraki alkol kullanımlarında da bira % 88.06 oranında en çok içilen alkollü içki olarak tercih edilmektedir. Daha sonra en çok içilen alkollü içki % 10.45 oranında ulusal içkimiz rakı olmaktadır.

Tablo 53- Çırakların Alkole Başladıkları İlk İçki ve Genellikle Kullanılan Alkollü İçki				
Alkollü içki	İlk içilen alkollü içki		En çok içilen alkollü içki	
	Sayı	%	Sayı	%
Bira	58	86.57	59	88.06
Rakı	6	8.96	7	10.45
Viski	2	2.99	1	1.49
Likör	1	1.49	-	-
Toplam	67	100.00	67	100.00

Alkol Kullanan Çırakların Aldıkları Alkol Miktarı

Tablo 54, alkol alan çıraklar içerisinde bir oturuşta 5 birim içki içme durumunu, Tablo 55 ise son iki haftada alkol alan çıraklar içerisinde bir defada alınan alkol miktarını göstermektedir. Alkol alan çırakların bir oturuşta 5 birim alkol alma sıklıklarına bakıldığında % 2.98'inin haftada 1 kez veya daha fazla, % 1.49'unun ayda 1-3 kez 5 birimden fazla alkol aldığı görülmektedir. Şimdiye kadar hiçbir zaman 5 birimden daha fazla alkol almayan çırakların oranı ise % 70.15'dir. Son iki hafta içerisinde alkol alan çırakların ise % 13.64'ü bir defada 5 birim ve daha fazla alkol tüketirken, % 86.36'sının bu ölçünün altında kaldığı gözlenmektedir.

Tablo 54- Alkol Alan Çıraklar İçerisinde Bir Oturuşta 5 Birim İçki İçme Durumu		
İçme Sayısı	Sayı	%
Hiç bir zaman	47	70.15
Yılda bir defadan az	3	4.48
Yılda 1-11 defa	14	20.90
Ayda 1-3 defa	1	1.49
Haftada 1 defa veya daha fazla	2	2.98
Toplam	67	100.0

Tablo 55- Son İki Haftada Alkol Alan Çıraklar İçerisinde Bir Defada Alınan Alkol Miktarı		
Alınan Alkol Miktarı	Sayı	%
5 Birimden daha az	38	86.36
5 Birim ve daha fazla	6	13.64
Toplam	44	100.00

Tablo 56'nın verilerine göre son hafta içerisinde kullanılan alkol miktarlarına bakıldığında alkol kullananların % 23.53'ünün bir defada 5 birim ve daha fazla alkol tükettiği gözlenmektedir.

Tablo 56- Son Hafta İçinde Alkol Alan Çıraklar İçerisinde Bir Defada Alınan Alkol Miktarı		
Alınan Alkol Miktarı	Sayı	%
1-2 Birim	9	52.94
3-4 Birim	4	23.53
5 Birim ve daha fazla	4	23.53
Toplam	17	100.00
Not: Son haftada alınan ortalama alkol miktarı 3.25 birimdir (s.d: 1.693).		

Alkol Kullanmayı Bırakan Çırakların Alkolü Bırakma Süreleri

Alkol kullanmayı bıraktığını belirten çırakların % 69.44'ü 1 yıldan beri alkol kullanmazken, % 13.89'u 2 yıl, % 16.67'si ise 3 yıl ve daha fazla süredir alkol kullanmadığını belirtmiştir (Tablo 57).

Tablo 57- Alkolü Bıraktığını Belirten Çırakların Alkolü Bıraktıktan Sonra Geçen Süre		
Bırakma Süresi	Sayı	%
1 yıl	25	69.44
2 yıl	5	13.89
3 yıl ve daha fazla	6	16.67
Toplam	36	100.0

İşyerlerinde Bulunan Uçucu Maddeler ve Bu Maddelere Karşı Çırakların Tutumları

Tablo 58, işyerlerinde iş amaçlı bulundurulmuş uçucu maddelerin durumunu göstermektedir. Çırakların % 89.54'ünün çalıştığı işyerinde uçucu maddelerden yapıştırıcı (bally) iş amaçlı kullanmak üzere sürekli bulundurulmaktadır. Yapıştırıcıdan sonra işyerlerinde sürekli bulunan ve kullanılan diğer bir uçucu madde ise tinerdir. Tiner de çırakların % 54.89'unun çalıştığı işyerinde iş amaçlı kullanmak üzere sürekli bulundurulmaktadır. (Tablo 58).

Tablo 58- Sanayide Kullanılan Uçucu Maddelerin İşyerlerinde Bulunma Oranları						
Uçucu Maddeler	Maddenin Kullanılma Durumu				Toplam	
	Kullanılıyor		Kullanılmıyor			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yapıştırıcı (bally)	522	89.54	61	10.46	583	100.00
Tiner	320	54.89	263	45.11	583	100.00
Benzin	250	42.88	333	57.12	583	100.00
Mazot	73	12.52	510	87.48	583	100.00

İşyerlerinde bulundurulanan uçucu maddelerden yapıştırıcının kokusu çırakların % 12.18'isinin hoşuna gitmektedir. Daha sonra kokusundan hoşlanılan uçucu maddeler arasında % 6.69 oranıyla tiner ve % 5.66 oranıyla benzin gelmektedir (Tablo 59).

Tablo 59- Çırakların İşyerlerinde Bulundurulanan Uçucu Maddelerin Kokusundan Hoşlanma Durumu						
Uçucu Maddeler	Maddenin Kokusundan Hoşlanma Durumu				Toplam	
	Hoşlanıyor		Hoşlanmıyor			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yapıştırıcı (bally)	71	12.18	512	87.82	583	100.00
Tiner	39	6.69	544	93.31	583	100.00
Benzin	33	5.66	550	94.34	583	100.00
Mazot	7	1.20	576	98.80	583	100.00

Çırakların % 3.60'ı ise yapıştırıcının kokusunu iş dışında bile arzulamaktadır. İş dışında kokusu arzulanan diğer uçucu madde ise % 2.92 oranıyla tiner olarak belirtilmiştir. Benzin veya mazotun kokusunu iş dışında arzulandığını belirten çırak olmamıştır (Tablo 60).

Tablo 60- Çırakların İşyerlerinde Bulundurulanan Uçucu Maddelerin Kokusunu İş Dışında Arzulama Durumu						
Uçucu Maddeler	Maddenin Kokusunu İş Dışında Arzulama Durumu				Toplam	
	Arzuluyor		Arzulamıyor			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yapıştırıcı (bally)	21	3.60	562	96.40	583	100.00
Tiner	17	2.92	566	97.08	583	100.00
Benzin	–	–	583	100.00	583	100.00
Mazot	–	–	583	100.00	583	100.00

Çıraklarda Uçucu Maddeyi Amaçlı Olarak Kötüye Kullanma Durumu

Tablo 61- Çırakların Yaşa Göre Uçucu Maddeyi Amaçlı Kötüye Kullanma Durumu							
Yaş	Uçucu Madde Kullanıyor				U.M. Kullanmıyor		Toplam
	Hergün Kullanıyor	2-3 Günde Bir Kullanıyor	Haftada Bir Kullanıyor	Nadiren Kullanıyor	Sadece Bir Kez Denemiş	Hiç Kullanmamış	
< 13	1 % 1.37	2 % 2.74	2 % 2.74	3 % 4.11	8 % 10.96	57 % 78.08	73 % 100.0
13	- -	2 % 3.28	1 % 1.64	2 % 3.28	13 % 21.31	43 % 70.49	61 % 100.0
14	2 % 2.06	1 % 1.03	4 % 4.12	2 % 2.06	13 % 13.40	75 % 77.32	97 % 100.0
15	6 % 5.17	3 % 2.59	4 % 3.45	3 % 2.59	7 % 6.03	93 % 80.17	116 % 100.0
16	2 % 2.00	2 % 2.00	3 % 3.00	1 % 1.00	10 % 10.00	82 % 82.00	100 % 100.0
17	1 % 1.10	6 % 6.59	2 % 2.20	4 % 4.40	6 % 6.59	72 % 79.12	91 % 100.0
18	- -	1 % 2.22	- -	2 % 4.44	3 % 6.67	39 % 86.67	45 % 100.0
Toplam	12 % 2.06	17 % 2.92	16 % 2.74	17 % 2.92	60 % 10.29	461 % 79.07	583 % 100.0

Çırakların yaşa göre uçucu maddeyi amaçlı olarak kötüye kullanma durumu Tablo 61'da sunulmuştur. Uçucu madde kötüye kullanma oranları bu tabloya dayalı olarak ve değişik tanımları göre % 95 güven aralığı ile hesaplanmıştır.

Uçucu madde kullananların oranı (nadiren ve daha fazla kullananlar): % 10.64 ± 1.8

Uçucu madde kullananların oranı

(Haftada bir defa veya daha fazla kullananlar): % 7.72 ± 1.5

Uçucu madde kullananların oranı

(Haftada bir defadan daha fazla kullananlar): % 4.98 ± 1.2

Uçucu madde kullananların oranı (hergün kullananlar): % 2.06 ± 0.8

Çırakların Yaşa Göre Uçucu Madde Kullanma ve Hayatında En Az Bir Kere Uçucu Madde Kullanma Durumu

Tablo 62, Tablo 61'in özetini içeren ve bu tablonun istatistiksel analize uygun hale getirilmiş halidir. Çıraklarda % 10.63 olan uçucu madde amaçlı kötüye kullanım oranının yaşlar arasında önemli bir farklılık göstermediği, tüm yaşlarda benzer oranlarda kullanıldığı gözlenmektedir. Yapılan testtede yaşlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($P > 0.05$) (Tablo 62).

Tablo 62- Çırakların Yaşa Göre Uçucu Madde Kullanma Prevalansı		
Yaş	Uçucu Madde Kullananlar	%
< 13	8 / 73	10.96
13	5 / 61	8.20
14	9 / 97	9.28
15	16 / 116	13.79
16	8 / 100	8.00
17	13 / 91	14.29
18	3 / 45	6.67
Toplam	62 / 583	10.63
Uçucu madde kullanan çırakların yaş ortalaması: 14.97, S: 1.8 Uçucu madde kullananlar bir grup, diğerleri bir grup olarak ele alındığında ve 17-18 yaşları birleştirilerek ilişki arandığında; X^2 : 2.708, Sd:5, $P=0.7449$.		

Tablo 63, hayatlarında en az bir kez uçucu madde kullanan çırakların oranını göstermektedir. Bu tabloya göre çırakların % 20.93'ünün uçucu madde kullanımı ile tanıştıkları gözlenmektedir. Bu oran yaklaşık olarak tüm yaş grupları için geçerli görünmekte ve yaşlar arasında en az bir kez uçucu madde kullanmak açısından bir farklılık görülmemektedir ($P > 0.05$).

Tablo 63- Çıraklarda Yaşa Göre Hayatında En Az Bir Kez Uçucu Madde Kullanmış Olanlar		
Yaş	Uçucu Madde Kullanmış Olanlar	%
< 13	16 / 73	21.92
13	18 / 61	29.51
14	22 / 97	22.68
15	23 / 116	19.83
16	18 / 100	18.00
17	19 / 91	20.88
18	6 / 45	13.33
TOPLAM	122 / 583	20.93
Düzenli uçucu madde kullananlar bir grup, diğerleri bir grup olarak ele alındığında; X^2 : 5.109, Sd:6, P=0.5299.		

Çırakların İş Türüne, Eğitim Durumuna ve Çalışma Süresine Göre Uçucu Kullanma Durumları

Tablo 64, çırakların işyeri ve kullandıkları madde türüne göre uçucu madde kullanma durumu göstermektedir. Uçucu maddenin amaçlı olarak kötüye kullanımının işyeri türüne göre dağılımına bakıldığında; otosanayi çıraklarında kullanım oranının % 9.44, mobilya ve ağaç işlerinde çalışan çıraklarda % 15.38 olduğu görülmektedir. Ancak işyeri türüne göre uçucu madde kullanımında ortaya çıkan farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($P > 0.05$). Uçucu madde kullanan çıraklar arasında yapıştırıcı (bally) % 58.06 oranıyla en fazla tercih edilen uçucu madde olmuştur. Uçucu madde kullanan çıraklar arasında tinerin tercih oranı ise % 37.10 olarak bulunmuştur. İş türüne göre uçucu madde kullanan çırakların, kullandıkları uçucu maddelere bakıldığında otosanayide çalışan çırakların % 63.64 oranında yapıştırıcı (bally) kullandığı tineri kullanma oranlarının ise % 31.82'de kaldığı gözlenmektedir. Mobilya ve ağaç işlerinde çalışan çıraklar ise % 50.00 oranında tineri tercih ederken, yapıştırıcıyı tercih oranları % 44.44'de kalmaktadır. İş türüne göre ve kullanılan uçucu maddeye göre farklılık araştırıldığında, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($P > 0.05$) (Tablo 64).

Tablo 64- Çırakların İşyeri ve Kullandıkları Madde Türüne Göre Uçucu Madde Kullanma Durumu*

İş Türü	Uçucu Madde Kullanıyor			Uçucu Madde Kullanmıyor	Toplam
	Tiner Kullanıyor	Yapıştırıcı (Bally) Kullanıyor	Hem Tiner Hem Yapıştırıcı (Bally) Kullanıyor		
Otosanayi	14 % 3.00	28 % 6.01	2 % 0.43	422 % 90.56	466 % 100.0
Mobilya ve Ağaç İşleri	9 % 7.69	8 % 6.84	1 % 0.85	99 % 84.62	117 % 100.0
Toplam	23 % 3.95	36 % 6.17	3 % 0.51	521 % 89.37	583 % 100.0

* Yatay konumdaki yüzdeler tüm çıraklar içerisindeki oranları, dikey konumdaki yüzdeler ise sadece uçucu madde kullanan çıraklar içerisindeki oranları vermektedir.

Uçucu madde kullananlar bir grup, kullanmayanlar bir grup olarak ele alınıp, iş türüne göre uçucu madde kullanma açısından ilişki arandığında; X^2 : 3.475, Sd: 1, P=0.0623. Uçucu madde kullanan çıraklar arasında iş türüne göre kullandıkları maddeye göre farklılık arandığında (Her iki maddeyi de kullananlar dışlanarak); X^2 : 1.956, Sd: 1, P=0.1619.

Tablo 65- Çırakların Eğitim Durumuna ve Yaşa Göre Uçucu Madde Kullanma Durumu

Eğitim Durumu	Yaş	Uçucu Madde Kullanan	Uçucu Madde Kullanmayan	Toplam
Okur yazar veya ilkökul Mezunu	< 13	8 % 10.96	65 % 89.04	73 % 100.0
	13	5 % 8.20	56 % 91.80	61 % 100.0
	14	6 % 6.74	83 % 93.26	89 % 100.0
	15+	34 % 11.85	253 % 88.15	287 % 100.0
	Toplam	53 % 10.39	457 % 89.61	510 % 100.0
Ortaokul Mezunu veya üstü	14	3 % 37.5	5 % 62.5	8 % 100.0
	15+	6 % 9.23	59 % 90.77	65 % 100.0
	Toplam	9 % 12.33	64 % 87.67	73 % 100.0

Ortaokul mezunu veya üstü grupta 14 yaşın altında hiçbir kişi bulunmamaktadır.

Uçucu madde kullananlar bir grup kullanmayanlar bir grup olarak ele alınıp 14+ yaş grubunda ilişki arandığında X^2 : 0.18, sd: 1, P=0.5485. Uçucu madde kullananlar bir grup kullanmayanlar bir grup olarak ele alınıp 14+ yaş grubunda ilişki arandığında X^2 : 0.18, sd: 1, P=0.5485.

Tablo 65'i değerlendirirken, çırakların eğitimlerine göre uçuşu madde kullanma oranlarına toplamlar bazında bakıldığında sigara içme oranları ve alkol kullanma oranlarında olduğu gibi benzer oranlar göze çarpmaktadır. Okul bitirmemiş veya ilköğretim mezunlarında % 10.39 olan uçuşu madde kullanma oranının, ortaokul veya lise mezunlarında % 12.33 olduğu görülmektedir. Özellikle ortaokul veya lise mezunlarının sayısının azlığı gruplar arasında yaşlara göre kıyaslama yapmayı güçleştirmektedir (Tablo 65).

Tablo 66, çırakların çalışma süresine göre uçuşu madde kullanma durumunu göstermektedir. Çırakların çalışma sürelerine göre uçuşu madde kullanma durumlarına bakıldığında, uçuşu madde kullanma oranlarında yıllara göre bir düzenlilik gözlenmemekte, çalışma hayatının birinci yılında % 10.62 olan uçuşu madde kullanma oranı ikinci yılda % 11.96'ya yükselmekte, üçüncü yıldan sonra ise tekrar % 10.19'a düşmektedir. 15+ yaş grubu için yapılan χ^2 testinde de bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($P > 0.05$).

Tablo 66- Çırakların Çalışma Süresine Göre Uçucu Madde Kullanma Durumu								
Yaş	Çalışma Süresi						Toplam	
	1 Yıl ve Daha Az		2 Yıl		3 Yıl ve Daha Fazla			
	Uçucu M. Kullananlar	%	Uçucu M. Kullananlar	%	Uçucu M. Kullananlar	%	Uçucu M. Kullananlar	%
< 13	7 / 59	11.86	1 / 9	11.11	0 / 5	0.00	8 / 73	10.96
13	3 / 37	8.11	1 / 17	5.88	1 / 7	14.29	5 / 61	8.20
14	4 / 52	7.69	4 / 20	20.00	1 / 25	4.00	9 / 97	9.28
15+	10 / 78	12.82	5 / 46	10.87	25 / 228	10.96	40 / 352	11.36
Toplam	24 / 226	10.62	11 / 92	11.96	27 / 265	10.19	62 / 583	10.63
15+ yaş grubunda çalışma süresine uçucu madde kullanım ilişkisi değerlendirildiğinde; χ^2 : 0.212, Sd: 2, $P=0.8996$. Diğer yaş gruplarındaki sayıların küçüklüğü istatistiksel teste imkan tanımamaktadır.								

Uçuşu Madde Kullanan Çırakların Uçuşu Maddeyi Kullanma Süresi

Tablo 67'ye göre uçuşu madde kullanımı genellikle 1 ya da 2 yıl sürmekte ve daha sonra terkedilmektedir.

Tablo 67- Uçuşu Madde Kullanan Çırakların Uçuşu Maddeyi Ne Kadar Süredir Kullandıkları		
Kullanma Süresi	Sayı	%
1 yıl ve daha az	50	80.64
2 yıl	8	12.90
3 yıl ve daha fazla	2	3.23
Hatırlamıyor	2	3.23
Toplam	62	100.0

Uçucu Madde Kullanan Çırakların Uçucu Madde Kullanımlarına İlişkin Bazı Özellikleri

Tablo 68'e göre, uçucu madde kullanan çırakların % 74.19'u son bir ay içinde de uçucu madde kullandıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 68- Uçucu Madde Kullanan Çırakların Son Bir Ayda Uçucu Madde Kullanma Durumu		
Kullanma Durumu	Sayı	%
Kullanmış	46	74.19
Kullanmamış	16	25.81
Toplam	62	100.0

Tablo 69- Uçucu Madde Kullanan Çırakların İş Bitiminde Yanlarına Uçucu Madde Alma Durumu		
İş Sonrası Yanında Madde Bulundurma	Sayı	%
Bulunduruyor	4	6.45
Bulundurmuyor	58	93.55
Toplam	62	100.0

Tablo 70- Uçucu Madde Kullanan Çırakların Maddeyi Yalnız ya da Arkadaşlarıyla Kullanma Durumu		
Maddeyi Kimlerle Kokladığı	Sayı	%
Yalnız	31	50.00
Arkadaşlarıyla	31	50.00
Toplam	62	100.0

Uçucu madde kullandığını belirten çırakların % 6.45'i iş sonrasında da yanında uçucu madde bulundurmakta (Tablo 69) ve uçucu madde kullanan çırakların % 50'si uçucu maddeyi yalnız olarak kullandığını belirtirken, % 50'si arkadaşlarıyla kullandığını belirtmiştir (Tablo 70).

Şimdiye kadar uçucu madde kullanmış ya da denemiş olan çırakları uçucu madde kullanmaya iten nedenler arasında merak etme % 48.36 ile birinci sırada, arkadaş etkisi ise % 40.98 ile ikinci sırada yer almaktadır (Tablo 71).

Tablo 71- Şimdiye Kadar Uçucu Madde Kullanan Çırakları Uçucu Madde Koklamaya İten Nedenler		
Başlama nedeni	Sayı	%
Kokusu hoşuma gitti, kendim denedim	13	10.66
Arkadaşlarımla önerisi ve ısrarıyla	50	40.98
Merak ettim	59	48.36
Toplam	122	100.00

Uçucu madde kullanan çırakların % 27.42'sinin ailesinin bu durumdan haberdar olduğu ve bu ailelerin de % 70.59'unun dayakla ve kızarak tepki verirken, % 29.41'inin ise durum ile ilgilenmediği belirtilmektedir (Tablo 72 ve 73).

Tablo 72- Uçucu Madde Kullanan Çırakların Ailelerinin Bu Durumdan Haberdar Olma Durumu		
	Sayı	%
Biliyor	17	27.42
Bilmiyor	45	72.58
Toplam	62	100.0

Tablo 73- Çocuğunun Uçucu Madde Kullandığından Haberdar Olan Ailelerin Konuyla İlgili Çocuklarına İlişkin Tutumları		
Ailenin Tutumu	Sayı	%
Dövüyor, kızıyorlar	12	70.59
Karışmıyor, ilgilenmiyorlar	5	29.41
Toplam	17	100.0

Tablo 74, uçucu madde kullanan çırakların maddeyi kullanma sonrasındaki duydukları hisleri vermektedir. Uçucu maddeyi sadece bir kez deneyen çırakların % 41.67'si kullanım sonrasında başlarının döndüğünü, midelerinin bulandığını ve bir daha denemediklerini belirtmişlerdir. Bu gruptaki çırakların % 25'i ise kullanım sonrasında tiksindiğini, nefret ve pişmanlık duyarak bir daha denemediklerini ifade etmişlerdir. Uçucu maddeyi kullanmayı halen sürdürenler ise kullanım sonrasında % 38.71 oranında uyuşarak kendinden geçtiklerini, % 32.26 oranında da rahatladıklarını ve kendilerini güçlü hissettiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 74- Uçucu Madde Kullanan Çırakların Maddeyi Kullanma Sonrası Duydukları Hisler			
Uçucu Maddeyi Sadece Bir Kez Denemiş Olanlar	Kullanma Sonrası Duyulan Hisler	Sayı	%
	Başım döndü, midem bulandı	25	41.67
	Uyuştum, kendimden geçtim	3	5.00
	Hoşlanmadım, rahatsız etti	3	5.00
	Tiksindim, nefret duydum, pişmanlık duydum	15	25.00
	İçimin yandığını hissettim	8	13.33
	Birşey hissetmedim	6	10.00
	Toplam	60	100.00
Uçucu Maddeyi Sürekli Kullananlar	Sıkıntımı gideriyor	7	11.29
	Başım dönüyor, kendimden geçiyorum, uyuşuyorum	24	38.71
	Bütün isteklerimin gerçekleştiği hayaller görüyorum	11	17.74
	Rahatlıyorum, kendimi güçlü hissediyorum	20	32.26
	Toplam	62	100.00

Tablo 75'de ise çırakların "her 10 çıraktan kaç tanesinin uçucu madde kullandığına ilişkin kanaatları" belirtilmektedir. Uçucu madde kullanan çırakların % 38.71'inin kanaatına göre her 10 çıraktan 5-6'sı uçucu madde kullanmaktadır. Uçucu madde kullanmayan çırakların ise % 56.24'ü bu konuda "fikrim yok" derken, % 17.47'sinin kanaatına göre her 10 çıraktan 3-4'ü uçucu madde kullanmaktadır.

Tablo 75- Çırakların, "Her 10 Çıraktan Kaç Tanesinin Uçucu Madde Kullandığı"na İlişkin Kanaatları						
Kişi Sayısı	U. Madde Kullanan		U. Madde Kullanmayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı*	%
Hiç biri	—	—	10	1.92	10 (% 0.00)	1.72
1-2 kişi	14	22.58	67	12.86	81 (% 17.28)	13.89
3-4 kişi	10	16.13	91	17.47	101 (% 9.90)	17.32
5-6 kişi	24	38.71	51	9.79	75 (% 32.00)	12.86
7-8 kişi	5	8.06	9	1.73	14 (% 35.71)	2.40
Fikrim yok	9	14.52	293	56.24	302 (% 2.98)	51.80
Toplam	62	100.0	521	100.0	583 (% 10.63)	100.0

*: Parantez içindeki yüzdeler, o grubun uçucu madde kullanım oranını göstermektedir.

Çırakların Sigara İçme, Alkol Kullanma ve Uçucu Madde Kullanmaları Açısından Dağılımları

Tablo 76'ya göre, çırakların "sigara içme-alkol kullanma", "sigara içme-uçucu madde kullanma", "alkol kullanma- uçucu madde kullanma" ölçütleri açısından değerlendirmeleri yapıldığında bir maddeyi kullanmanın diğer maddeleri de kullanmayı sağladığı yönünde bulgular elde edilmiştir. Örneğin sigara içen çıraklar arasında alkol kullanma oranı % 17.36 iken, sigara içmeyen çıraklar arasında bu oran % 5.76 bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu gözlenmiştir ($P=0.0001$). Yine sigara içen çıraklar arasında uçucu madde kullanma oranı % 15.62 iken, bu oran sigara içmeyen çıraklar arasında % 5.76'dır ($P=0.0001$). Bu ilişki alkol kullanımı ve uçucu madde kullanımı açısından ele alındığında da benzer ilişki saptanmaktadır. Alkol kullanan çıraklar arasında uçucu madde kullanım oranı % 20.9 iken, alkol kullanmayan çıraklar arasında bu oran % 9.3 olarak saptanmıştır ($P < 0.005$) (Tablo 76).

Tablo 76- Sigara İçen ve Alkol Kullanan Çırakların Uçucu Madde Koklama Durumları					
Sigara İçme Durumu	Alkol Kullanma Durumu	Uçucu Madde Kullanma Durumu		Toplam	
		Uçucu Madde Kullanıyor	Uçucu Madde Kullanmıyor		
Sigara İçiyor	Alkol Kullanıyor	14 % 28.00	36 % 72.00	50 % 100.00	17.36
	Alkol Kullanmıyor	31 % 13.02	207 % 86.97	238 % 100.00	82.64
	Toplam	45 % 15.62	243 % 84.38	288 % 100.00	100.00
Sigara İçmiyor	Alkol Kullanıyor	- -	17 % 100.00	17 % 100.00	5.76
	Alkol Kullanmıyor	17 % 6.12	261 % 93.88	278 % 100.00	94.24
	Toplam	17 % 5.76	278 % 94.24	295 % 100.00	100.00
Önemlilik Testleri: 1- Sigara içme ve alkol kullanma arasında ilişki arandığında; X^2 : 19.273, Sd: 1, $P=0.0001$. 2- Sigara içme ve uçucu madde kullanma arasında ilişki arandığında; X^2 : 14.915, Sd: 1, $P=0.0001$. 3- Alkol kullanma ve uçucu madde kullanma arasında ilişki arandığında; X^2 : 8.386, Sd: 1, $P=0.0038$.					

TARTIŞMA

1- Çırakların Yaşları, Meslek Grupları ve Çalışma Sürelerine Göre Dağılımları

Çalışmaya alınan çırakların 83.53'ü ilkokul mezunu olup, çıraklar içerisinde ortaokul mezunlarının oranı % 10.81, lise mezunlarının oranı ise % 1.72'dir (Tablo 24). Çırakların çalışma sürelerine bakıldığında da % 38.77'sinin 1 yıl ve daha az bir süreden beri, % 15.78'inin 2 yıl, % 15.09'unun 3 yıl ve % 30.36'sının da 4 yıl ve daha fazla bir süreden beri çalışmakta olduğu gözlenmektedir (Tablo 25).

Çıraklar 10-18 yaşları arasında dağılım göstermektedir. 13 yaş ve altındaki çırakların oranı % 22.98, 14-16 yaş arası çırakların oranı % 53.69, 17+ yaş grubu çırakların oranı ise % 23.33'dür. Bu dağılıma meslekler ayırımında bakıldığında önemli bir farklılık gözlenmemekte, yaş grupları her iki meslek grubunda da benzer oranda bulunmaktadır. 13 yaş ve daha altı yaş grubundaki çırakların oranı otosanayi çalışanlarında % 23.39 iken, mobilya ve ağaç işleri çalışanlarında % 21.37'dir. 14 yaş ve daha büyük yaşlarda çalışanların oranı otosanayi çalışanlarında % 76.61 iken, mobilya ve ağaç işleri çalışanlarında % 78.63'dür (Tablo 26).

2- Çıraklarda Sigara İçme Durumu

Çıraklarda "hergün sigara içme oranı" % 95 güven sınırları içinde 44.60 ± 2.8 , düzenli sigara içme oranı (haftada en az bir tane olmak üzere sigara içme oranı" 49.40 ± 2.9 olarak bulunmuştur (Tablo 27). Bu oranlar 10-18 yaş grubu için oldukça yüksek düzeyde ve erişkinlerin içme oranına yakın bir orandır. Ülkemizde ve Elazığ'da çalışan gençliğin sigara içme oranlarına ilişkin bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu nedenle kıyaslamaların ancak aynı yaş grubu öğrenci gençliği ile yapılması mümkündür. Bu nedenle 14 ve daha küçük yaştaki çırakların sigara içme oranları ortaokul öğrencilerinin oranları ile, 15+ yaş grubu çırakların sigara içme oranları ise lise öğrencilerinin oranları ile kıyaslanacaktır. Ayrıca Elazığ'da sözkonusu yaş grubu çalışan gençliğin geçmiş dönemlerine ait bulguların olmaması da, sigara içme oranlarında zamana göre değişimin olup olmadığını yorumlamayı engellemektedir.

Bu çalışmada ortaokul öğrencilerine denk düşen 14 ve daha küçük yaştaki çırakların hergün sigara içme oranları % 29.44, düzenli sigara içme oranları % 35.93, lise öğrencilerine denk düşen 15+ yaş grubu çırakların hergün sigara içme oranları % 54.55, düzenli sigara oranları ise % 58.24'dür (Tablo 27). Bu oranlar diğer araştırmaların bulgularıyla kıyaslandığında Elazığ'ın çalışan gençliğinin, Elazığ'ın ve diğer illerin öğrenci gençliğinden daha yüksek oranlarda sigara içtiği görülmektedir.

Elazığ'da daha önce yapılan iki çalışmanın bulguları, araştırmamızın bulgularıyla kıyaslandığında bu durum açıkça gözlenebilmektedir. SEZER ve arkadaşlarının 1989 yılında Elazığ lise III. sınıf öğrencilerinde yaptıkları araştırmada lise III. sınıf erkek öğrencilerin hergün sigara içme oranları % 41.2, düzenli sigara içme oranları % 47.6 olarak bildirilirken (121), çalışmamızda lise III öğrencilerine denk gelen 17-18 yaş grubu çırakların hergün sigara içme oranları % 52.1, düzenli sigara içme oranları ise % 55.6 olarak saptanmıştır (Tablo 27). Yine Elazığ'da HORASAN ve SEZER'in 1993 yılında ortaokul III. sınıf öğrencilerinde yaptıkları bir araştırmada hergün sigara içme oranları % 11.5, düzenli sigara içme oranları % 23.1 olarak bildirilirken (63), çalışmamızda ortaokul III. sınıf öğrencilerine denk gelen 14-15 yaş grubu çırakların hergün sigara içme oranları % 48.8, düzenli sigara içme oranları ise % 54.9 olarak saptanmıştır (Tablo 27).

Diğer illerde benzer gruplarla yapılan çalışmaların bulguları da, Elazığ'ın çalışan gençliğinin diğer illerin öğrenci gençliğinden önemli oranlar da yüksek bir içme oranına sahip olduğunu düşündürmektedir. SEZER'in 1983 Ankara çalışmasında lise III. sınıf öğrencileri için bulunduğu düzenli sigara içme oranı % 31.8'dir (113). Yine 1983 yılında AKGÜN ve arkadaşları İzmir'de ortaokul I - Lise III öğrencileri arasında düzenli sigara içme oranının % 37.7 olarak bildirmiştir (3). SALTİK ve arkadaşları da Edirne'de 1989 yılına ortaokul I - Lise III öğrencileri arasında düzenli sigara içme oranının % 34.3 olarak bildirmiştir (108).

Yukarıda saptandığı şekilde çalışan gençliğin öğrenci gençliğinden önemli oranda fazla bir içme oranına sahip olmasının nedeni, okul yaşamını bırakarak çalışma hayatını tercih eden ya da çeşitli nedenlerle çalışma hayatına geçmek zorunda kalan gençlerin kişisel özelliklerinden, içinde bulundukları sosyal ortamın özellikleriyle, çalışma ortamının özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca sigara içme davranışı ile okul başarısı arasında da bir ilişkinin varlığı bilinmektedir. SEZER'in 1984 yılında Ankara'da yaptığı çalışmada tüm erkek öğrenciler için bulunduğu sigara içme oranı % 33.94 iken, bu oranın başarılı erkek öğrencilerde % 17.10'a düştüğü bildirilmiştir (113). Çalışan gençliğin genellikle eğitimde başarılı olamamaları varsayımıyla çalışma hayatına geçtiği düşünülürse bu grubun öğrenci gençli-

ğinden daha yüksek bir içme oranına sahip olması da şaşırtıcı olmamaktadır.

Hayatında hiç sigara içmemiş olma durumuna bakıldığında da çalışmamızda saptadığımız oranlar diğer çalışmaların oranlarına göre önemli düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 31, Tablo 77). Çırakların sigara içme oranlarının, yaşıtları olan öğrencilere göre yüksek olması ve bu yüksekliğe neden olan faktörler (kişisel ve sosyal özellikler), çırakların, öğrencilere göre hayatında hiç sigara içmemiş olma oranları açısından da önemli farklılıklar göstermesinin nedeni gibi görünmektedir.

Tablo 77'de sunulan çalışmaların bulguları arasındaki farklılıklar, bir ölçüde zaman, yer ve metod farklılıklarından da kaynaklanmış olabilir.

Tablo 77- Çeşitli Araştırmalarda Hiç Sigara İçmemiş Olanların Yaşa Göre Yüzde Oranları			
Yaş	Tokat, 1986 ⁽¹⁾ Ortaokul Öğrencileri	Elazığ, 1993 ⁽²⁾ Ortaokul Öğrencileri	Elazığ, 1995 Çıraklar
13	80.7	47.5	18.03
14	70.7	37.2	18.56
15	58.6	32.7	15.52
16	44.6	20.7	14.00
1- Kocabaş, A. (1988). "Orta Dereceli Okul Öğrencilerinde Sigara İçme Alışkanlığı, Okul İçi Etkinlikler ve Bazı Aile Özellikleri Arasındaki İlişkiler". <i>Ankara Tıp Mecmuası</i> , 42: 41-54. 2- Horasan, E. (1994). "Elazığ'da Ortaokul Üçüncü Sınıf Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu ve Öğrencilerin Sigara-Sağlık İlişkisi Konusundaki Bilgileri". Basılmamış Doktora Tezi. Elazığ.			

Çalışmamızın bulgularını diğer ülkelerin bulgularıyla kıyaslamak istediğimizde, diğer ülkelerdeki çalışan gençliğe ait sigara içme oranlarına ulaşamaması nedeniyle, bulgularımız ancak diğer ülkelerin aynı yaş grubu popülasyonlarıyla kıyaslanabilmiştir. Bazı batı ülkelerinde 13 ve 15 yaş erkek nüfusa ait sigara içme oranları şu şekilde bildirilmiştir. 13 yaş erkek nüfus için bildirilen hergün sigara içme oranları; Avusturya'da % 4.9, İsveç'te % 1.5, Finlandiya'da % 8.8, Macaristan'da % 3.4, Galler'de % 4.7, düzenli sigara içme oranları ise; Avusturya'da % 8.7, İsveç'te % 3.7, Finlandiya'da % 12.9, Macaristan'da % 6.8, Galler'de % 7.3'dür (150). Çalışmamıza katılan 13 yaşındaki çırakların ise hergün sigara içme oranları ise % 21.31 (Tablo 27), düzenli sigara içme oranları % 29.51 (Tablo 30) olarak saptanmıştır. 15 yaş erkek nüfus için bildirilen hergün sigara içme oranları ise; Avusturya'da % 11.8, İsveç'te % 8.7, Finlandiya'da % 29.1, Macaristan'da % 20.4, Galler'de % 13.1, düzenli sigara iç-

me oranları; Avusturya'da % 18.3, İsveç'te % 14.4, Finlandiya'da % 35.4, Macaristan'da % 26.3, Galler'de % 15.5'dür (150). Çalışmamıza katılan 15 yaşındaki çırakların ise hergün sigara içme oranları % 50.0 (Tablo 27), düzenli sigara içme oranları % 55.17 (Tablo 30) olarak saptanmıştır.

Hayatında hiç sigara içmemiş olma durumu değerlendirildiğinde ise yine yukarıda sigara içme oranları verilen ülkelerle, çalışmamıza katılan çırakların bulguları arasında aleyhimize yönünde olumsuz bir büyük farklılık göze çarpmaktadır. 13 yaş erkek nüfus için bildirilen, hayatında hiç sigara içmemiş olma oranları; Avusturya'da % 35.2, İsveç'te % 55.8, Finlandiya'da % 35.7, Macaristan'da % 47.7, Galler'de % 53.9'dur (150). Çalışmamıza katılan 13 yaşındaki çırakların ise hayatında hiç sigara içmemiş olma oranları % 18.03 olarak saptanmıştır (Tablo 31). 15 yaş erkek nüfus için bildirilen, hayatında hiç sigara içmemiş olma oranları ise; Avusturya'da % 28.2, İsveç'te % 31.1, Finlandiya'da % 18.4, Macaristan'da % 25.4, Galler'de % 38.2'dir (150). Çalışmamıza katılan 15 yaşındaki çırakların ise hayatında hiç sigara içmemiş olma oranları % 15.52 olarak saptanmıştır (Tablo 31).

Çalışmamızın sigara kullanımı ile ilgili oranlarının diğer ülkelerin oranlarıyla kıyası sonucunda, Elazığ'ın çalışan gençliğinin batılı ülkelerin aynı yaş gençlerinden yüksek oranda sigara içtiğini düşündürmektedir.

3- Yaşa, Mesleğe, Çalışma Süresine, Eğitim Durumuna ve Haftalık Harçlığa Göre Sigara İçme Oranları

Tablo 27 ve 27, 28 ve 29 no.lu tablolardaki bilgileri özet olarak içeren Tablo 30'dan izlenebileceği gibi, çıraklarda yaş arttıkça sigara içme oranları da artmaktadır ve bu artış 13 yaşından 14 yaşına geçişte ileri derecede önemli düzeye çıkmaktadır. 13 yaşının altı yaş grubu çıraklar için düzenli sigara içme oranı % 20.55 olarak saptanırken, bu oran 13 yaş için % 29.51'e yükselmekte, en büyük yükselişini ise 14 yaş grubunda göstererek % 51.55'e ulaşmaktadır. Ve 15 yaşından itibaren düzenli sigara içme oranlarındaki artış daha az miktarda olup, 15 yaşında % 55.17'ye, 16 yaşında ise % 64'e ulaşmaktadır. Çırakların yaşa göre düzenli sigara içme oranlarındaki bu artış istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($P=0.0001$). Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farkın 13 yaş ve altındaki yaş gruplarından kaynaklandığı ve bu grubun dışlanmasıyla istatistiksel olarak farklılığın ortadan kalktığı ve 14 yaşından sonra sigara içme oranlarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($P=0.3807$). Yani çıraklar 14 yaşına ulaştığında yaklaşık olarak eriş-

kinlerin içme oranlarına benzer bir oranda sigara içmektedirler ve sigara içme oranları açısından üst düzeye çok erken bir dönemde ulaşmaktadırlar. Bu durum daha önce de belirtildiği gibi çırakların bireysel yapılarının, ailesel özelliklerinin ve iş ortamının olumsuz etkilerinin bir sonucu gibi düşünülebilir.

Düzenli sigara içme oranlarının yaşla artması, otosanayi ve mobilya ve ağaç işleri alt gruplarında da gözlenen bir durumdur. Her iki meslek grubunda da yaşla birlikte düzenli sigara içme oranları artarken, bu artış her iki meslek grubunda da 14 yaşına gelindiğinde ileri derecede önemli bir düzeye çıkmaktadır. Otosanayi çıraklarında <13 yaş grubunda düzenli sigara içme oranı % 22.58 iken, bu oran 13 yaş grubunda % 31.91'e, 14 yaş grubunda % 54.55'e, 15 yaş grubunda 55.29'a, 16+ yaş grubunda ise 60.51'e yükselmekte ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmaktadır ($P=0.0001$). Ancak tüm çıraklarda olduğu gibi otosanayi çıraklarında da bu artışın istatistiksel olarak anlamlılığının <13 ve 13 yaş grubundan kaynaklandığı, bu grupların dışlanması halinde yaşlar arasındaki içme oranlarına bağlı farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($P=0.2466$). Mobilya ve ağaç işleri çıraklarında ise <13 yaş grubunda düzenli sigara içme oranı % 9.09 iken, bu oran 13 yaş grubunda % 21.43'e, 14 yaş grubunda % 40'a, 15 yaş grubunda 54.84'e, 16+ yaş grubunda ise 56.1'e yükselmekte ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmaktadır ($P=0.0001$). Mobilya ve ağaç işleri çıraklarında da bu artışın istatistiksel olarak anlamlılığının <13 ve 13 yaş grubundan kaynaklandığı, bu grupların dışlanması halinde yaşlar arasındaki içme oranlarına bağlı istatistiksel farkın kaybolduğu saptanmıştır ($P=0.5248$). Bu grupta 14 ve 15 yaş grupları arasında içme oranlarında gözlenen % 14.84'lük fark istatistiksel olarak anlamsız gibi görünse de bu anlamsızlık 14 yaş grubunun sayısal yetersizliğinden kaynaklanıyor gibidir.

Çalışmamıza dahil edilen meslek grupları yaş faktörü dikkate alınarak kıyaslandığında mobilya ve ağaç işleri çıraklarının otosanayi çıraklarına göre sigara içmeye daha geç yaşlarda başladıkları gözlenmektedir. Mobilya ve ağaç işleri çırakları, aynı yaş grupları içerisinde otosanayi çıraklarından hem daha az oranda sigara içmektedirler, hem de üst düzey içme oranına daha geç ulaşmaktadırlar. Sigara içme oranlarının üst düzey sayılan % 50'nin üzerine çıkması otosanayi çıraklarında 14 yaşında olurken, mobilya ve ağaç işleri çıraklarında 15 yaşında olmaktadır. Bu durum her iki meslek grubunun çıraklarının, farklı çevrelerden geldiklerini ve farklı özellikler taşıdıklarını düşündürülebilir. Meslek grupları arasında özellikle 14 ve daha küçük yaşlarda içme oranlarındaki farklılık istatistiksel olarak değerlendirilmiş ve "Cochran"ın testi ile farklılık anlamlılığa çok yakın bir düzeyde bulunmuştur ($P=0.091$). Mobilya ve ağaç işleri çıraklarının sayısal küçüklüğünden kaynaklandığı düşünülen bu du-

rumun, grubun sayısının artması halinde farkın anlamlılık yönünde değişebileceği düşünülmelidir.

Tablo 31'e göre çırakların sigara ile tanışmalarında 13 yaş en önemli yaş gibi görünmektedir. 13 yaşın altındaki grupta hayatında bir kez bile sigara içmeyenlerin oranı % 45.21 iken, 13 yaşına gelindiğinde bu oran şiddetli bir düşüşle % 18.03'e inmektedir. Sonraki yaşlarda da yaşla birlikte, hayatında bir kez bile sigara içmeyenlerin oranı küçük oranlarda düşüşler gözlenmektedir. Yaşlar arasındaki, hayatında bir kez bile sigara içmememiş olma oranları istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($P=0.0001$). Ancak bu anlamlılığın <13 yaş grubundan kaynaklandığı ve bu grubun dışlanması halinde anlamlılığın kaybolduğu saptanmıştır ($P=0.4512$). Çıraklarda hayatında bir kez bile sigara içmememiş olma oranlarının yaşla azalması, otosanayi ve mobilya ve ağaç işleri alt gruplarında da gözlenen bir durumdur. Her iki meslek grubunda da 13 yaşına gelindiğinde hayatında bir kez bile sigara içmememiş olma oranı yüksek düzeyde düşme göstermektedir. Ancak <13 yaş grubunda hayatında bir kez bile sigara içmememiş olma oranı otosanayi çırakları % 43.55 iken, mobilya ve ağaç işleri çıraklarında % 54.55'dir. Bu oran 13 yaşına gelindiğinde otosanayi çıraklarında % 17.02'ye düşerken, mobilya ve ağaç işleri çıraklarında % 21.43'e düşmektedir. Yani mobilya ve ağaç işleri çırakları, otosanayi çıraklarına göre sigara ile daha geç tanışıyor gibi görünmekle birlikte, yapılan istatistiksel testte meslekler arasında yaşlara göre hayatında bir kez bile sigara içmememiş olma oranı açısından bir farklılık saptanamamıştır ($P=0.779$). Meslekler arasında, yaşa göre hayatında bir kez bile sigara içmememiş olma oranlarında tablo üzerinde bir farklılık gözleendiği halde, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunamaması gerçekten farkın anlamsızlığından kaynaklanabileceği gibi, mobilya ve ağaç işleri çıraklarının sayısal yetersizliğinden de kaynaklanıyor olabilir.

Tablo 32'ye göre çalışma süresi, sigara içimini artırıcı düzeyde etkileyen bir faktör olarak görünmektedir. Çalışma süresi arttıkça çırakların sigara içme oranlarında yıllara göre bir artış gözlenmektedir. Çalışma hayatının ilk yılında % 35.84 oranında sigara içen çırakların bu oranları çalışma hayatlarının 2. yılında % 48.91'e çıkmakta ve 3. yıl ve daha fazla çalışanlarda % 61.13'lük bir orana ulaşmaktadır ($P=0.0389$). Bu durum çalışma süresinin, yaşın da ilerlemesinin etkisiyle birlikte sigaraya başlama üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir. Çalışma süresinin etkisi yaşlar bazında değerlendirildiğinde de aynı yaş grupları içerisinde çalışma süresi arttıkça düzenli sigara içme oranlarının arttığı saptanmıştır. Bu ilişki özellikle 13 ve 15+ yaş gruplarında daha belirgin hale gelmektedir. 13 yaş grubundaki çıraklar çalışma hayatlarının ilk yılında % 18.92 oranında sigara içerken, çalışma hayatlarının 2.

yılında bu oran % 35.29'a çıkmakta ve 3. yıl ve daha fazla çalışanlarda % 71.43'lük bir orana ulaşmaktadır. 15+ yaş grubundaki çıraklar ise çalışma hayatlarının ilk yılında % 46.15 oranında sigara içerken, çalışma hayatlarının 2. yılında bu oran % 58.70'e çıkmakta ve 3. yıl ve daha fazla çalışanlarda % 62.28'lük bir orana ulaşmaktadır. Yaş grupları içerisinde çalışma süresine göre gözlenen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur. <13 ve 14 yaş gruplarında ise çalışma süresine göre düzenli sigara içme oranları yıllara göre küçük iniş ve çıkışlar göstermektedir. Bu durumu da sözkonusu yaş grubunun sayısal yetersizliği nedeniyle varolan bir ilişkinin kendini gösteremediği şeklinde açıklamak mümkün olabilir.

Çırakların eğitimlerine göre sigara içme durumları Tablo 33'de verilmektedir. Okur yazar veya ilköğretim mezunu olan çıraklarda düzenli sigara içme oranı % 48.82 olarak bulunmuştur. Bu oran ortaokul veya lise mezunu çıraklarda % 53.42'dir. Genel oranlara bakıldığında ortaokul veya lise mezunu çırakların daha fazla yüksek bir oranda sigara içtikleri gözlenirse de, sigara içme oranları aynı yaş grubu içerisinde değerlendirildiğinde durumun tersi olduğu görülmektedir. Ortaokul ve lise mezunlarının % 89'unun bulunduğu 15+ yaş grubunda düzenli sigara içme oranı % 50.77 iken, okur yazar veya ilköğretim mezunlarının 15+ yaş grubunda bu oran % 59.93'dür. Ancak 15+ yaş grubunda eğitim durumuna göre bulunan sigara içme oranlarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($P=0.1763$). Bu durum gerçekten çıraklar arasında eğitim durumuna göre sigara içme oranlarının farklı olmadığını düşündürebileceği gibi, ortaokul ve lise mezunu çırakların sayısının tüm çıraklar içerisindeki oranlarının sayısal küçüklüğü nedeniyle (tüm çırakların sadece % 12.52'si ortaokul veya lise mezunudur) ortaya çıkamamış bir fark olarak da değerlendirilebilir.

Tablo 34, 15+ yaş grubu çırakların haftalık harçlıklarına göre sigara içme durumunu göstermektedir. Tablo, ilk bakışta haftalık harçlığın artmasının sigara içme oranını da artırdığı izlenimini edindirmektedir. 100 bin TL ve daha az bir miktarda haftalık harçlığa sahip olan çıraklarda sigara içme oranı % 51.26 iken, bu oran 101 bin - 200 bin TL haftalık harçlığa sahip çıraklarda % 59.79'a, 300 bin TL ve daha fazla haftalık harçlığa sahip çıraklarda % 67.92'ye yükselmektedir. Ancak haftalık harçlığa göre sigara içme oranlarındaki farklılaşma da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($P=0.1984$). Çırakların haftalık harçlıklarının artmasıyla düzenli sigara içme oranlarının da artmasının istatistiksel olarak anlamlı bulunmaması farkın gerçek anlamsızlığından çok, 15+ yaş grubu çırakların sayısal yetersizliğinden kaynaklanıyor gibidir.

4- Çırakların Düzenli Sigara İçmeye Başlama Yaşı ve Dönemi

Tablo 35'e göre çırakların düzenli olarak sigaraya başlamaları 12-15 yaşları arasında yoğunlaşmaktadır. 15+ yaş grubu çırakların % 36.89'unun düzenli sigara içmeye 12-13 yaşları arasında, % 27.11'inin ise 14-15 yaşlarında başladığı gözlenmektedir. Halen sigara içmeyi sürdüren ya da sigarayı bırakmış olan çıraklar içerisinde düzenli sigara içmeye 12-13 yaşında başlayanların oranı 15 yaşındaki çıraklar için % 48.53, 16 yaşındaki çıraklar için % 29.58, 17 yaşındaki çıraklar için % 35.85, 18 yaşındaki çıraklar için % 30.30'dur. Düzenli sigara içmeye 14-15 yaşında başlayanların oranı ise 15 yaşındaki çıraklar için % 25.00, 16 yaşındaki çıraklar için % 33.80, 17 yaşındaki çıraklar için % 28.30, 18 yaşındaki çıraklar için % 15.15'dir.

Çırakların düzenli sigara içmeye hangi dönemlerinde başladıklarını gösteren Tablo 36 değerlendirildiğinde, şu anda sigara içen veya bir süre içmiş olup şu anda bırakmış olan çırakların önemli bir kısmının daha çalışma hayatına başlamadan okul dönemlerinde düzenli sigara içicisi oldukları gözlenmektedir. İlkokul eğitimi almış veya ilkokulu bitirememiş çırakların % 51.45'inin, ortaokul ve daha üstü eğitim almış çırakların ise % 84.44'ünün daha okul dönemlerinde düzenli içici oldukları görülmektedir. Tablo 36'nın bulguları sigaraya başlamada okul döneminin çok önemli olduğu, çırakların çalışma hayatına başlamadan tiryaki haline geldikleri gerçeğini ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle sigara ile ilgili eğitim ve önlemlerin çok erken yaşlarda ve ilkokul döneminde başlatılmasının önemi artmaktadır. Okul döneminde sigaraya başlamayan çıraklar için de, sigaraya başlamada çalışma hayatının özellikle 1. yılının çok etkili olduğu görülmektedir. Çalışmanın yapıldığı dönemde sigara içen ve sigaraya çalışma hayatı içinde başlamış olan 15+ yaş grubu okur-yazar veya ilkokul mezunu 82 çıraktan 36'sı (% 43.9) sigaraya çalışma hayatının 1. yılında başlamıştır.

5- Sigara İçme Miktarları ve İçilen Sigara Tipi

Çıraklarda kişi başına tüketilen günlük sigara miktarı 7.8 adettir. Bu miktar otosanayi çalışanlarında 7.4, mobilya ve ağaç işleri çalışanlarında 9.5'dur (Tablo 37). Kişi başına tüketilen günlük sigara miktarı çıraklar için yaş grupları dikkate alındığında çok yüksek olarak değerlendirilmelidir. SEZER ve arkadaşlarının 1989 yılında lise III. sınıf öğrencilerinde yaptıkları bir çalışmada erkek öğrencilerde günde içilen sigara miktarı 4.65 adet olarak bulunmuştu (121). BİLGİN'in 1989 yılında Elazığ'da üniversite öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada erkek öğrencilerde kişi başına tüketilen günlük sigara miktarı 6.3 olarak bulunmuş-

tur (23). Yine SEZER ve arkadaşlarının 1988 yılında hekim ve diş hekimleri üzerinde yaptıkları bir çalışmada bu miktar erkeklerde 8.84 olarak bildirilmişti (125). Bu oranlar Elazığ'daki 10-18 yaş grubu çırakların yaşlılarından oldukça fazla miktarda ve yetişkinler kadar sigara tükettiklerini göstermektedir. Yani çıraklardaki sigara içme oranları çok erken yaşlarda yüksek oranlara tırmanmakta ve çok erken yaşlarda yetişkinler kadar sigara tüketmektedirler.

Kişi başına tüketilen sigara miktarlarını çırakların kendi aralarında mesleklere göre değerlendirdiğimizde mobilya ve ağaç işlerinde çalışanların daha yüksek miktarlarda sigara tükettikleri gözlenmektedir. Sigara salgınına otosanayi çıraklarından daha geç yaşlarda katılan mobilya ve ağaç işleri çırakları tükettikleri sigara miktarı açısından otosanayi çıraklarını geçmektedirler.

Sigara içen çırakların % 10.42'si haftada 1-6 adet, % 36.46'sı günde 1-5 adet, % 30.56'sı günde 6-10 adet, % 7.29'u 11-19 adet, % 15.28'i ise günde 20+ adet sigara içmektedir. Tüm çıraklar içerisindeki günde 20+ adet sigara içme (ağır içici) oranı ise % 7.55 (44/583)'dir. Otosanayi çalışanlarında günlük kullanım sayısı 1-10 adet arasında yoğunlaşırken, mobilya ve ağaç işleri çalışanlarında günlük 6-20+ adet arasında yoğunlaşmaktadır. Otosanayi çırakları arasında ağır içicilik oranı % 7.08 (33/466) iken bu oran mobilya ve ağaç işleri çıraklarında % 9.4 (11/117)'dür. Yani otosanayi çıraklarına göre düzenli sigara içmeye daha geç yaşlarda başlayan ve içme oranları daha geç yaşlarda erişkin oranlarına benzeyen mobilya ve ağaç işleri çırakları 20+ sigara içme oranları açısından daha yüksek bir orana sahip görünmektedir. Sigara içme miktarları açısından meslekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P=0.0494$).

Sigara içen çıraklar % 96.19 oranında yerli filtreli sigarayı, % 3.48 oranında da yabancı sigarayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir (Tablo 38). Yabancı sigarayı tercih oranı % 3.47 olmasına rağmen yerli sigaralar içerisinde Amerikan harmanı tütün içeren "Tekel 2000" sigarasını tercih edenlerin oranı % 14.24'dür. Yerli sigaralar içerisinde Amerikan harmanı tütün içeren sigaranın tercih oranının nispeten yüksek olması çırakların Amerikan harmanını benimsediğini ve ekonomik durumlarındaki bir artışla yabancı sigaralara geçiş yapabileceklerinin düşündürebilir. Ayrıca bu oranlar yabancı sigara firmalarının fiyatlarını yerli sigaralarla eşitlediğinde çırakların tercih ettikleri markaların yabancı sigaralar olacağının göstergesi olabilir. Çırakların tercih ettiği sigara markalarıyla son kullandıkları sigara markaları büyük düzeyde uyumaktadır ve meslekler arasında tercih edilen sigaralar açısından büyük benzerlik söz konusudur.

6- Arkadaşın Sigara İçme Durumunun Çırakların Düzenli Sigara İçmeleriyle İlişkisi

Çıraklarda düzenli sigara içme oranı sigara içen arkadaşlarının sayısındaki artışa paralel olarak yükselmektedir (Tablo 40). En samimi dört arkadaşından hiçbiri sigara içmeyen çırakların % 12.5'i sigara içerken, en samimi dört arkadaşından bir tanesi sigara içen çıraklar arasında sigara içme oranı % 23.60, iki tanesi sigara içen çıraklar arasında % 47.15, üç tanesi sigara içen çıraklar arasında % 67.16, dört tanesi sigara içen çıraklar arasında % 68.75'dir. Bu artış istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($P=0.0001$). SEZER (1983), Ankara'da ortaokul ve lise öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, arkadaşlarının yarısından fazlası sigara içen öğrencilerin, arkadaşlarının hiçbiri sigara içmeyen öğrencilere göre düzenli sigara içicisi olma risklerinin onyedi kat arttığını bildirmiştir (113). Bu çalışmanın bulguları da SEZER'in bulgularını destekler niteliktedir. HORASAN da 1994 yılında Elazığ'da Ortaokul III. sınıf öğrencilerinde yaptığı çalışmada en samimi dört arkadaşından hiç biri sigara içmeyen erkek öğrencilerde sigara içme oranını % 16.4, bir tanesi sigara içenler içerisinde % 22.5, iki tanesi sigara içenler içerisinde % 36.6, üç tanesi sigara içenler içerisinde % 52.6, dört tanesi sigara içenler içerisinde % 65.7 olarak bildirmiştir (63).

7- Sigara İçen Çırakların Bağımlılık Düzeyleri

Sigara içen çırakların % 72.57'si "Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi"ne göre çok az düzeyde bağımlı bulunmuştur. Sigara içen çırakların % 17.71'inin bağımlılık düzeyi az olarak saptanırken, bağımlılık düzeyi yüksek bulunan çırakların oranı ise % 5.21 bulunmuştur (Tablo 41). Sigara içen çırakların büyük çoğunluğunun bağımlılık düzeyinin az olması bu gruba yapılacak olan bırakma çalışmalarından elde edilecek başarının yüksek olacağının ip uçlarını verebilir.

8- Çıraklarda Sigarayı Bırakma Durumu

Sigara içen çırakların % 44.10'u sigarayı bırakmayı düşünmemektedir. Bırakmayı düşünenler % 47.57 ve bırakma hazırlığı içinde olanlar ise % 8.33'dür (Tablo 42). Bırakmayı düşünen ve bırakma hazırlığı içinde olan çırakların sayısının fazlalığı, bırakma çalışmalarının bu gruba da yöneltilmesi gerektiğini, bırakmaya hazır önemli bir potansiyel olduğunu düşündürmektedir.

Sigarayı bırakan çırakların bırakma sürecine göre dağılımları Tablo 43'de verilmiştir. Sigarayı bırakan çıraklar içerisinde "bırakmayı denemekte olanlar" (sigarayı bırakalı altı ayı doldurmamış olanlar)'ın oranı % 18.18'dir. "Bırakmayı sürdürenler" (sigarayı bırakalı altı aydan fazla olup beş yılı geçmeyenler)'in oranı % 81.82'dir. Sigrayı bırakalı beş yıl geçen çırak bulunmamaktadır. Tüm çıraklar içerisinde bırakma oranı (33 / 583) % 5.66'dır.

Bırakma denemesinde bulunup yeniden başlayan çırakların % 45.20'si "sigarasızlığa dayanamadığını", % 31.51'i "arkadaş ikramlarına ve ısrarlarına dayanamadığını", % 23.29'u ise "sıkıntı, stres ve sorunlar" nedeniyle sigaraya tekrar başladığını belirtmişlerdir (Tablo 44).

9- Çıraklarda Alkol Kullanma Durumu

Çıraklarda alkol kullanma oranları değişik tanımlara göre Tablo 45 ve Tablo 46 'da verilmektedir. Hergün alkol kullanan çırağa rastlanılmayan çalışmamızda, "haftada bir defadan daha fazla alkol kullananların oranı" (% 95 güven aralığıyla) % 0.34 ± 0.3 , "haftada bir defa veya daha fazla alkol kullananların oranı" (% 95 güven aralığıyla) % 1.54 ± 0.7 , "haftada bir defadan daha az kullananlar da dahil alkol kullanma oranı" (% 95 güven aralığıyla) % 11.49 ± 1.8 bulunmuştur (Tablo 45). Alkol kullanma oranlarını farklı bir tanımla ele aldığımızda çıraklarda "son bir yılda alkol kullanma oranı" % 14.92, "son bir ayda alkol kullanma oranı" % 7.89, "son bir haftada alkol kullanma oranı" % 2.92 olarak bulunmuştur (Tablo 46). "Hayatında hiç alkol kullanmamış olan" çırakların oranı ise % 82.16'dır (Tablo 48).

Diğer ülkelerde, ülkemizde ve Elazığ'da sigara kullanım oranlarında olduğu gibi, alkol kullanım oranlarıyla da ilgili olarak çalışan gençliğe ait bulgulara ulaşamaması nedeniyle bu konudaki kıyaslamalar da, daha önce olduğu gibi yine ya aynı yaş genel nüfusun ya da aynı yaş öğrenci gençliğinin alkol kullanım oranları ile yapılacaktır.

Çalışmamızda saptanan alkol kullanım oranları, diğer çalışma oranları ile kıyaslandığında, 10-18 yaş grubu için diğer çalışma bulgularına göre oldukça düşük ve alkol kullanma oranları açısından memnunkluk verici bulunmuştur.

BİLİR ve MAĞDEN (1984) Ankara'da lise II. sınıf öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmalarında alkol kullanma oranını erkek öğrenciler için % 21.5 olarak bildirmiştir (25). Çalışmamızda lise II. sınıf öğrencilerine denk düşen 16-17 yaş grubunda alkol kullanma oranı % 13.61 olarak saptanmıştır (Tablo 47). TÜMERDEM ve arkadaşları (1987) İstanbul'da orta öğrenimdeki gençler üzerinde yaptıkları bir çalışmada erkek öğrencilerin % 7.6 oranında "sıklıkla", % 30.7 oranında da "ender olarak" alkol kullandıklarını, bu grupta erkek öğrenci-

ler için "toplam alkol kullanma oranı"nı da % 38.3 olarak bildirmişlerdir (130). TOL'un 1990 yılında Ankara'da lise I - lise III öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada da erkek öğrencilerin % 40'ının "alkolü ender olarak kullandığı" % 26'sının "sık kullandığı", "toplam alkol kullanma oranı"nın ise % 66 olduğu bildirilmiştir (128). Yukarıda belirtilen çalışmalarda geçen "sıklıkla" ve ender olarak" alkol kullanımı tanımının belirtilmemesi nedeniyle bulgularını, çalışmamızın "haftada bir defadan daha fazla kullanım", "haftada bir kez kullanım", "haftada bir kezden daha az kullanım" ve "toplam alkol kullanımı" oranlarıyla kıyaslayacağız. Çalışmamızda yukarıda da belirtildiği gibi "haftada bir defadan daha fazla alkol kullananların oranı" % 0.34, "haftada bir defa veya daha fazla alkol kullananların oranı" % 1.54, "haftada bir defadan daha az kullananlar da dahil alkol kullanma oranı" ise % 11.49 olarak bulunmuştur (Tablo 45). TOL'un araştırma grubu olan lise I - Lise III öğrencilerine denk düşen 15-18 yaş grubu çırakların "haftada bir defadan daha fazla alkol kullananların oranı" % 0.28, "haftada bir defa veya daha fazla alkol kullananların oranı" % 1.7, "haftada bir defadan daha az kullananlar da dahil alkol kullanma oranı" ise % 12.22 olarak bulunmuştur (Tablo 45). Çalışmamızda saptanan alkol kullanma oranlarının düşüklüğü çalışılan grubun sosyal özelliklerinden (dinsel inanç gereği alkolün haram kabul edilmesinden ve dini uygulamaların sosyal yaşam içerisindeki ağırlığından) kaynaklanabileceği gibi yerel özelliklerden de kaynaklanıyor olabilir. Yani Elazığ'ın diğer kesimlerinde alkol kullanımına yönelik bir araştırmada da alkol kullanım oranlarını diğer illerin oranlarına göre düşük bulmak mümkün olabilir. Çıraklarla anket dışı yapılan görüşmelerde tümünün alt sosyo-ekonomik düzeyden oldukları ve aşırı dinsel baskıların hakim olduğu aile yapılarına sahip oldukları gözlenmişti. Anket sırasında gözlenen diğer bir gözlem ise çırakların daha "alkol"ün adını duyar duymaz irkilmeleri ve kullanmadıklarını şiddetle söylemeleri olmuştur. Bu durum çıraklardaki alkol kullanım oranlarının düşüklüğünü açıklamada dikkate alınabilir.

Elazığ'daki çıraklarda saptadığımız alkol kullanma oranları ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda bulunan oranlardan düşük olduğu gibi, diğer ülkelerde yapılan araştırmalarda saptanan oranlardan da düşük bulunmuştur. A.B.D.'de 1985 yılında yapılan bir çalışmada 13-18 yaş grubu gençlerin (cinsiyet ayrımı olmaksızın) % 59'unun en azından "arasıra" alkol kullandığı bildirilmiştir. Yine bu çalışmaya göre araştırma grubunun % 83'ü düzenli alkol kullanan arkadaşlarının olduğunu söylemiştir. Aynı araştırmanın bulgularına göre "son bir yılda alkol kullanma oranı" % 86 olarak bildirilmiştir ve lise son sınıf öğrencilerinin 2/3'ünün son bir ayda alkol kullandıkları saptanmıştır (134). Çalışmamızda "son bir yılda alkol kullanma oranı" % 14.92, "son bir ayda alkol kullanma oranı" ise % 7.89 olarak bulunmuştur.

A.B.D.'de yapılan bir başka çalışmada 14-18 yaş grubu erkek öğrencilerde alkol kullanma oranı % 46.6 olarak bildirilmiştir (104). Avustralya'da 14-19 yaşlarındaki gençlerde % 16 oranında alkol kullanımı saptanmıştır (78). İrlanda'da alkol kullanma oranı % 47, Polonya'da erkek öğrencilerde alkol kullanma oranı ise % 43 olarak bildirilmiştir (84).

Bu çalışmada saptanan alkolle tanışmamış olma oranı yani "hayatında bir kez bile olsa alkol kullanmama oranı" diğer çalışmaların bulgularıyla kıyaslandığında da çalışmamızda bulunan oran ulaşılabilen diğer çalışmaların oranlarından oldukça yüksek bulunmaktadır. Yani Elazığ'da çalışan gençler daha az oranlarda alkol kullanırken, alkollü hiç denemeyenlerin oranı da oldukça yüksek kalmaktadır. Örneğin çalışmamızda bu oran 10-18 yaş grubu için % 82.16 iken (Tablo 48), TÜMERDEM'in (1987) çalışmasında orta öğrenim gençliği için % 65.4 olarak bulunmuştur (130). A.B.D.'de yapılan ulusal bir çalışmada ise lise III. sınıf öğrencilerinin % 92'sinin en az bir kez alkol kullandığı, bu grupta hiç alkol kullanmamışların oranının % 8 olduğu bildirilmiştir (134). Çalışmamızda sözkonusu gruba denk düşecek olan 18 yaş grubunda bir kez bile alkol almamışların oranı % 66.67'dir (Tablo 48).

10- Yaşa, Çalışma Süresine, Eğitim Durumuna ve Haftalık Harçlığa Göre Çırakların Alkol Kullanma Durumları

Tablo 47, çıraklarda yaşa göre alkol kullanma oranlarını göstermektedir. Çırakların alkol kullanma oranlarında yaşa göre bir artış sözkonusudur. 13 ve daha az yaş grubu için % 5.97 olan alkol kullanma oranı 14 yaşında % 9.28'e, 15 yaşında % 13.79'a, 17 yaşında % 15.38'e ve 18 yaşında ise 17.78'e yükselmektedir. Ancak yaşa göre alkol kullanma oranlarındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P=0.1447$). Çırakların yaşla birlikte alkol kullanma oranlarının artmasının istatistiksel olarak anlamlı bulunamaması yaşlar arası farkın gerçek anlamsızlığından çok, grubun sayısal yetersizliği nedeniyle anlamlılığın ortaya çıkamaması nedeniyle gibidir. Nitekim benzer oranlara sahip 15 ve 16 yaş grupları birleştirilerek yapılan testte $P=0.0899$ bulunmuştur.

Hayatında bir kez bile olsa alkol kullanmamış olma oranları da yaşla birlikte önemli düzeyde düşmektedir (Tablo 48). 13 ve daha az yaş grubunda % 92.54 olan hiç alkol kullanmama oranı yaşın artmasıyla birlikte önemli düzeyde düşmekte ve 18 yaşına gelindiğinde % 66.67 inmektedir. Yani yaşın ilerlemesiyle birlikte alkol ile tanışma oranı da artmaktadır ($P=0.0005$). Yaşın artmasıyla birlikte çocuğun ailenin denetiminden biraz daha fazla uzaklaşıp arkadaş etkisine daha fazla girmesi ya da yaşın artmasıyla çocuğun geleneksel sınırlamalara karşı gelebilmesiyle alkolle tanışma ve kullanma oranlarının arttığı öne sürülebilir.

Ancak yine de çalışmamızda 18 yaşındaki çırakların % 66.67 oranında hiç alkol kullanmamış olmaları memnunluk verici bir durum olarak kabul edilmelidir.

Çırakların çalışma sürelerine göre alkol kullanma durumları değerlendirildiğinde çalışma süresinin artmasıyla alkol kullanma oranlarında kısmi bir artış gözlenirse de, bu artış belirginleşmemiştir (Tablo 49). Çırakların tümünde çalışma hayatının 1. yılında % 9.29 olan alkol kullanma oranı 2. yılda % 13.04'e yükselirken, 3. yılda % 12.83'e gerilemiştir. Yapılan istatistiksel analizde çalışma süresine göre alkol kullanma oranlarındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($P=0.5605$). Çalışma sürelerine göre alkol kullanma durumuna yaşlar bazında baktığımızda 14 yaşından itibaren çalışma hayatının 1. yılından 2. yılına geçişte bir oran artışının olduğu sonra ise biraz düşmenin olduğu gözlenmektedir. Ancak çırakların alkol kullanım oranlarındaki genel düşüklüğü nedeniyle tabloda gözlere düşen sayılar küçültmekte ve bu durum da yorum yapmayı ve istatistiksel analizi oldukça güçleştirmektedir.

Çırakların eğitim durumlarına göre alkol kullanma oranlarında belirgin bir farklılık gözlenememektedir (Tablo 50). Çırakların eğitimlerine göre alkol kullanma oranlarına toplam bazında bakıldığında benzer oranlar göze çarpmaktadır. Okul bitirmemiş veya ilkökul mezunlarında % 11.37 olan alkol kullanma oranının, ortaokul veya lise mezunlarında % 12.33 olduğu görülmektedir. Yaşlar bazında eğitim durumuna göre alkol kullanma oranları değerlendirildiğinde ortaokul veya lise mezunlarının her yaş grubunda daha yüksek bir alkol kullanma oranına sahipmiş gibi görünse de ortaokul ve lise mezunlarının sayısal azlığı gruplar arasında yaşlara göre kıyaslama yapmayı oldukça güçleştirmektedir (Tablo 50). Her iki grup arasında yaşlara göre alkol kullanma oranları istatistiksel olarak irdelendiğinde COCHRAN'ın testine göre anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($P=0.704$).

Tablo 51'in verilerine göre çırakların haftalık harçlıklarına göre alkol kullanma durumları değerlendirildiğinde, haftalık harçlığın artmasıyla alkol kullanma oranının da arttığı gözlenmektedir. 15+ yaş grubunda 100 bin TL ve daha az bir miktarda haftalık harçlığa sahip olan çıraklar % 8.33 oranında alkol kullanırken, bu oran 101 bin ve 200 bin TL arası haftalık harçlığa sahip çıraklarda % 11.34, 201 bin ve 300 bin TL arası haftalık harçlığa sahip çıraklarda % 18.07, 300 bin TL ve daha fazla haftalık harçlığa sahip olan çıraklarda % 26.92'ye yükselmektedir ($P=0.0075$). Konuyla ilgili ve benzer yaş gruplarında yapılan diğer çalışmalarda da cep harçlığının artmasıyla alkol kullanım oranlarının istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir şekilde arttığı bildirilmiştir (25,128).

11- Çırakların Alkolü Deneme Yaşları

Tablo 52'nin verilerine göre, 15+ yaş grubu çırakların alkolü deneme yaşları daha çok 15 ve daha sonraki yaşlarda olmakta ve alkol kullanan veya şu anda bırakmış olan çırakların % 61.73'ünün alkolle bu yaşlarda tanıştıkları gözlenmektedir. Halen alkol kullanmaya devam eden veya şu anda bırakmış olan çırakların % 35.8'i de alkolü ilk kez 12-14 yaşlarında denemişlerdir. Alkolü deneme yaşı sigaraya başlama yaşından 2-3 yaş daha ileri taşınmış gibi görünmektedir. Alkol kullanımının düşüklüğünü sağlayan sosyal etkilerin alkolü deneme yaşını da ileri yaşlara taşıdığı düşünülebilir.

12- Çırakların İlk Kullandıkları ve Genellikle Kullandıkları Alkollü İçkiler

Tablo 53'ün verilerine göre, çırakların alkollü içkiyle tanışmaları % 86.57 oranında bira ile olurken, daha sonraki alkol kullanımlarında da bira % 88.06 oranında en çok içilen alkollü içki olarak tercih edilmektedir. Daha sonra en çok içilen alkollü içki % 10.45 oranında ulusal içkimiz rakı olmaktadır. Benzer yaş gruplarında alkol kullanımına yönelik olarak yapılan diğer çalışmalarda da gençlerin alkolle tanışmalarının büyük oranlarda "bira" ile olduğu bildirilmektedir. TÜMERDEM ve arkadaşları (1987), İstanbul'da orta öğrenim öğrencilerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin alkolle tanışmalarının % 48 oranında bira ile olduğunu ve aynı grupta en çok içilen alkollü içkinin de % 50.9 ile bira olduğunu bildirmektedir (130). Yine TÜMERDEM ve arkadaşları (1986)'nın bir başka çalışmasında, lise öğrenimindeki gençlerin İstanbul'da % 48, Burdur'da % 53, yüksek öğrenim gençliğinin İstanbul'da % 52.3, Burdur'da % 50.9 oranında alkole bira ile başladıkları ve biranın lise döneminde İstanbul'da % 50.9, Burdur'da ise % 58.8 oranı ile en çok içilen alkollü içki olduğu bildirilmiştir (131).

Gençlerin alkolü ilk denemeleri ve daha sürdürmeleri görüldüğü gibi çok büyük bir oranda bira ile olmaktadır. Bunda biranın alkol oranının düşüklüğü ve içiminin rahatlığı rol oynuyor gibidir. Ancak bira kullanımının sürdürülmesiyle birlikte özellikle yatkınlığı olan kişilerde toleransın gelişmesiyle hem alınan miktarın artması hem de alkol oranı yüksek içkilere geçilmesi kaçınılmaz olacaktır. Bu nedenle alkol kullanımına yönelik olarak hazırlanacak önlemler içerisinde bira içiminin serbest olduğu yerlerin önemli oranda sınırlandırılması, özellikle gençlere hizmet veren yerlerde tümüyle yasaklanması ve 18 yaş ve altındaki gençlere satışının yasaklanması koruyucu bir önlem gibi görünmektedir.

13- Alkol Kullanan Çırakların Aldıkları Alkol Miktarları

Ulusal araştırmalarda, tüketilen alkol miktarının ölçülmesinde standardın sağlanabilmesi için alkol miktarlarının "birim" olarak ölçülmesi önerilmektedir ve 1 ons (ounce) pür al-

kolün 2 birim alkole eşdeğer olduğu, 1 birim alkolün ise 1 küçük kutu bira, 1 su bardağı şarap, 1 sek (42 cc) distile içkiye eşdeğer olduğu bildirilmektedir. A.B.D.'de kullanılan bir tanımlamaya göre günde 1 ons (ounce)'un % 22'sinden daha az pür alkol alanlar "hafif içici", günde 0.22-0.99 ons (ounce) arası pür alkol alanlar "orta içici", günde 1 ons (ounce) ve daha fazla pür alkol alanlar ise "ağır içici" olarak tanımlanmaktadırlar (134). Çalışmamızda az miktarda da olsa "hergün alkol alan" çırağa rastlanılmaması nedeniyle bu tanımlamaya göre "ağır içici veya orta içici" bulunmamaktadır. Yine bu tanımlamaya göre günde birden az alkol kullanan çırakları "hafif içici" olarak kabul etmek gereklidir. Bu tanımlamaya göre çalışmamızdaki "hafif içici oranı" (67 / 583) % 11.49'dur. Bu tanımlamayı kullanan başka bir çalışmaya ulaşılamamış olması çıraklar için bulunan oranın kıyasını imkansız kılmaktadır. Ancak çalışmamızda çıraklar arasında ağır ve orta içici bulunmaması çırakların alkol kullanma düzeylerinin düşüklüğü hakkında bir bilgi verebilir.

A.B.D.'de kullanılan bir başka tanıma göre ise haftada en az bir kez bir oturuşta 5 birim ve daha fazla alkol alanlar "sık ve ağır içici", haftada en az bir kez bir oturuşta 3-4 birim alkol alanlar "orta içici", haftada en az bir kez bir oturuşta 1-2 birim alkol alanlar "hafif içici" olarak kabul edilmektedir (134). Tablo 54'ün verilerine göre alkol kullanan çırakların % 70.15'i şimdiye kadar hiç bir zaman bir oturuşta 5 birim ve daha fazla alkol kullanmadığını bildirmişlerdir. % 20.9'u ise yılda 1-11 kez bir oturuşta 5 birim ve daha fazla alkol kullandığını belirtmiştir. Haftada bir kez veya daha fazla bir oturuşta 5 birim ve daha fazla alkol alanların oranı ise alkol alan çıraklar içerisinde sadece % 2.98'dir. Bu oran temel alınarak yukarıdaki tanıma göre çalışmamızdaki "ağır içicilik oranı" % 0.34 (2 / 583) 'dür. Aynı tanımlama temel alınarak yapılan bir çalışmada A.B.D.'de 18 yaş üstü popülasyonun 1/3'ünün hiç alkol kullanmadığı, 1/3'ünün hafif içici olduğu ve 1/3'ünün ise orta ve ağır içici olduğu saptanmıştır (134).

Alkol alan çırakların son iki hafta içerisinde bir defada aldıkları alkol miktarları değerlendirildiğinde de bir defada 5 birim ve daha fazla miktarda alkol alma oranı çok düşük bulunmuştur (Tablo 55). Son iki haftada alkol alan çıraklar içerisinde bir defada 5 birim ve daha fazla miktarda alkol alanların oranı % 13.64'dür. Son iki hafta içerisinde alkol alan çırakların % 86.36'sı ise bir oturuşta aldıkları alkol miktarının 5 birimin altında olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda çırakların "son iki hafta içerisinde alkol kullanma oranı" % 7.55 (44/583), "son iki hafta içerisindeki ağır içicilik oranı" ise % 1.03 (6 / 583) olarak bulunmuştur. Son iki hafta içerisinde bir defada 5 birim ve daha fazla alkol alma oranının A.B.D.'de 1985 yılında lise öğrencilerinde % 37 olduğu, yine bu grubun % 5'inin hergün alkol kullandığı bildirilmiş-

tir (134). Yine A.B.D.'de yapılan bir ulusal tarama çalışmasında gençlerin % 43'ünün son iki hafta içinde en az bir kez 5 birim ve daha fazla miktarda alkol aldıkları bildirilmektedir (84).

Alkol kullanan çırakların son hafta içerisinde kullandıkları alkol miktarına bakıldığında son haftada alkol kullananların % 23.53'ünün 5 birim ve daha fazla, % 23.53'ünün 3-4 birim, % 52.94'ünün ise 1-2 birim alkol aldıkları saptanmıştır (Tablo 56). Son haftada alkol alan çırak sayısı 17'dir. Bu çırakların % 2.92'sinin son haftada alkol kullandıkları demektir. Son hafta içerisinde 5 birim ve daha fazla alkol alan çırak sayısı ise sadece 4'dür. Yani son hafta içerisinde çıraklardaki "ağır içici oranı" % 0.69 (4/583)'dur. Son haftada 3-4 birim alkol alanların yani orta içicilerin oranı da yine % 0.69 (4/583)'dur. Çıraklarda bu tanımlamaya göre son haftada hafif içicilik oranı (haftada 1-2 birim içme) ise % 1.54' (9/583)dür. Son haftada alkol kullanımı ile ilgili başka bir araştırma verisine ulaşılamaması nedeniyle bulguların kıyası yapılamamaktadır.

14- Alkol Kullanmayı Bırakan Çırakların Alkolü Bırakma Süreleri

Alkol kullanmayı bıraktığını belirten çırakların % 69.44'ü 1 yıldan beri alkol kullanmazken, % 13.89'u 2 yıl, % 16.67'si ise 3 yıl ve daha fazla süredir alkol kullanmadığını belirtmiştir (Tablo 57). Çıraklarda alkolü bırakma oranı ise % 6.17 (36 / 583) olarak bulunmuştur.

15- İşyerlerinde Çalışma Amaçlı Bulundurulanan Uçucu Maddeler ve Bu Maddelere Karşı Çırakların Tutumları

Çalışmamıza dahil olan otosanayi, mobilya ve ağaç işleriyle uğraşan işyerlerinde en fazla kullanılan uçucu maddeler yapıştırıcı (bally), tiner ve benzindir. Çırakların % 89.54'ü çalıştığı işyerinde yapıştırıcı (bally) ile, % 54.89'u tiner ile, % 42.88'i benzin ile, % 12.52 ise mazot ile çalışmak durumundadır (Tablo 58). Genel olarak düşünülürse sözkonusu işyerlerinde çırakların uçucu maddelerin bulunmadığı bir çalışma ortamı bulmaları zor gibidir.

Çırakların iş ortamında çalışma amaçlı kullandıkları uçucu maddelerin kokusundan hoşlanma durumları araştırıldığında çıraklarca kokusu en hoş giden uçucu maddenin yapıştırıcı (bally) olduğu ortaya çıkmaktadır. Çırakların % 12.18'i yapıştırıcının kokusundan, % 6.69'u tinerin kokusundan, % 5.66 ise benzinin kokusundan hoşlandığını belirtmiştir (Tablo 59). İşyerlerinde kullanılan mazotun kokusundan hoşlanma oranı ise sadece % 1.2 olarak saptanmıştır. Uçucu maddelerin kokusunun çıraklar tarafından hoş gitmesi o maddenin uyuşturucu amaçlı kullanımını kolaylaştıracak önemli bir etken olarak düşünülebilir.

İşyerlerinde çalışma amaçlı kullanılan uçucu maddelerden özellikle ikisinin (yapıştırıcı ve tiner) kokusunun bazı çıraklar tarafından iş dışında da arzulandığı saptanmıştır. Çırakların % 3.60'ı iş dışında da yapıştırıcının kokusunu arzuladıklarını, aradıklarını belirtmişlerdir. Tinerin kokusunu iş dışında da arzulayan çırakların oranı ise % 2.92'dir (Tablo 60). Yapıştırıcı maddenin kokusunu iş ortamı dışında aramak da kişinin bağımlılığa yaklaştığının bir göstergesi olabilir.

16- Çıraklarda Uçucu Maddeyi Uyuşturucu Amaçlı Olarak Kullanma Durumu

Çalışmamızda uçucu maddeyi uyuşturucu amaçlı olarak kullanma oranlarını kullanım sıklığına göre farklı şekillerde tanımlamak mümkündür. Çıraklarda uçucu maddeyi hergün kullananların oranı % 2.06'dır. Uçucu maddeyi haftada bir defadan daha fazla kullananların oranı % 4.98, haftada bir kez veya daha fazla kullananların oranı (düzenli uçucu madde kullanım oranı) ise % 7.72 olarak bulunmuştur. Bu oranlara uçucu maddeyi nadiren (haftada birden az) kullananlar da dahil edildiğinde çıraklarda uçucu madde kullanım oranı % 10.64'e ulaşmaktadır. Çıraklar arasında uçucu maddeyi uyuşturucu amaçlı olarak sadece bir kez deneyenler ve daha sonra kesinlikle kullanmayanların oranı ise % 10.29'dur (Tablo 61, Tablo 62). Tüm bu oranlardan yola çıkılarak, çıraklarda "hayatında en az bir kez uçucu madde kullanma oranı" saptandığında % 20.93 gibi çok yüksek bir oran ortaya çıkmaktadır (Tablo 63).

Ülkemizde toplum içerisinde uçucu madde kullanımının saptanmasına yönelik bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Konuyla ilgili ulaşılan çalışmalar tedavi amacıyla psikiyatri kliniğine başvuran bağımlılar üzerine yapılmıştır. Bu nedenle bu tipteki çalışmalar toplumdaki kullanım yaygınlığını verememektedir. Bunun için çalışmamızın bu konudaki kıyası sadece ulaşılabilen yurtdışı çalışmaların bulgularıyla yapılabilecektir.

CHATWICK (1989)'in İngiltere'de 16 ayrı ortaokulda yaptığı bir çalışmada uçucu madde kullanım prevalansı % 5.9 olarak bulunmuş ve cinsiyetler arasında önemli bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (32). COOKE ve arkadaşları (1988) da 1985 yılında South Wales'teki 28 ortaokulda yaptıkları bir araştırma sonucunda uçucu madde kullanım oranını % 6.1 olarak bulmuşlardır (35). DIAMOND ve arkadaşları (1988) Bournemouth bölgesinde 1985-86 yıllarında iki ayrı çalışma yürütmüşler ve 1985 yılındaki oranın % 12 iken 1986 yılında % 8 olduğunu bulmuşlardır (44).

Çalışmamızda çıraklar için saptanan uçucu madde kullanım oranlarında İngiltere'nin oranlarına göre kısmi bir yükseklik görünse de, anket uygulaması sırasında edinilen bilgiler, çalışmamızda elde edilen oranın gerçekte daha da yüksek olabileceği yönündedir. Çalışma-

mızda saptanan uçucu madde kullanım oranının gerçekte daha yüksek olabileceğine ilişkin, gözlemlere ve anket dışı iletilen bilgilere dayalı olarak iki sayılı sözkonusudur. Bunlardan birincisi; çıraklar özellikle ustaları tarafından hemen her konuda aşırı bir baskı altında tutulmakta ve ustalarıyla uyuşamadıkları durumda ustaların dayacağına maruz kalmaktadırlar. Ve ustalar bu baskının sürdürülmesi ve gerekirse dayak atılması konusunda ailelerden destek aldıklarını bildirmişlerdir. Ustalarda, çırakların kendilerine, aileleri tarafından okutulamamış, zeka sorunu olan, başedilemeyen ve bu nedenle evden uzak tutulup bu arada da bir meslek edinmeleri amacıyla gönderildikleri yönünde bir kanaat oluşmuş durumdadır. Bu nedenle baskıyı ve dayacı çırak lehine bir eğitim aracı olarak algılamaktadırlar. Bu bilgiler ışığında; 1- Çıraklar ustalarına duydukları korku nedeniyle veya konunun toplumsal önemi nedeniyle anket sırasında her ne kadar tüm bilgilerin saklı kalacağı, bu bilgilerin ne olursa olsun kimseye aktarılmayacağı garantisi verilip ikna edilmeye çalışıldıysa da, çırak uçucu madde kullandığını saklamış olabilir. Bu gözardı edilmemesi gereken önemli bir noktadır. 2- Uçucu madde kullandığı saptanan çırakların, ustaları tarafından anında işten çıkarıldığı hem ustalar, hem de çıraklar tarafından belirtilmiştir.

Yukarıda değinilen iki durum nedeniyle çıraklarda, İngiltere'ye göre zaten yüksek olan uçucu madde kullanım oranının daha yüksek bulunması sözkonusu olabilir.

Çıraklardaki uçucu madde kullanım oranının yüksek bulunmasında en önemli faktörlerin çırakların uçucu madde kullanımının zararları konusundaki bilgisizlikleri ve iş ortamında uçucu maddelerle çalışmak durumunda olmalarıdır. Uçucu madde kullanmaya yatkın olan çırakların maddeyi işyerinde denetimsiz olarak, kolay ve ücretsiz bir şekilde temin edebilmeleri madde kullanımını artırıcı bir faktör olarak düşünülebilir. Bu durum DEMİRBEK (1991)'in Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Amatemi Servisi'nde yatarak tedavi görmekte olan 81 uçucu madde bağımlısı üzerinde yaptığı çalışmada da saptanmıştır. DEMİRBEK (1991) çalışmasında tedavi gören uçucu madde bağımlılarının % 37'sinin geçmişlerinde uçucu maddelerle bağlantılı bir işte çalışmış olduklarını ve kullandıkları uçucu maddeyi işyerinden temin ettiklerini bildirmiştir (43). Uçucu maddelerin işyerinden temin edilmeseler bile alım ve satımlarının hiçbir kısıtlamaya ve kontrole tabi olmadan serbestçe yapılması ve fiyatlarının ucuzluğunun kullanım yaygınlığını etkileyen bir faktör olduğu bildirilmektedir (43). Ayrıca literatürde uçucu madde kullanımının çoğunlukla alt sosyo-ekonomik düzey davranışı olduğu belirtilmektedir (43). Çalışmamızı yaptığımız çırakların da alt sosyo-ekonomik düzeyden gelmeleri çırakların uçucu madde kullanım oranlarındaki yüksekliğin diğer faktörlerle birlikte başka bir açıklayıcısı olabilir.

17- Çıraklarda Yaşa Göre Düzenli Uçucu Madde Kullanma ve Hayatında En Az Bir Kere Uçucu Madde Kullanma Durumu

Çıraklarda % 10.63 olan uçucu maddenin uyuşturucu amaçlı olarak kullanım oranının yaşlar arasında önemli bir farklılık göstermediği, tüm yaşlarda benzer oranlarda kullanıldığı gözlenmektedir. Yapılan testte de yaşlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($P=0.7449$) (Tablo 62). Çalışmamızda uçucu madde kullanan çırakların yaş ortalaması 14.97 olarak bulunmuştur. DEMİRBEK(1991)'in İstanbul'da uçucu madde bağımlılarında yaptığı çalışmada da yaş ortalaması 15.45 olarak bildirilmiştir (43).

Tablo 63, hayatlarında en az bir kez uçucu madde kullanan çırakların oranını göstermektedir. Bu tabloya göre çırakların % 20.93'ünün uçucu madde kullanımı ile tanıştıkları gözlenmektedir. Yaşlara göre uçucu madde kullanım oranlarına bakıldığında en yüksek oran % 29.51 ile 13 yaş grubunun sahip olduğu görülmektedir. En düşük kullanım oranı ise % 13.33 ile 18 yaş grubuna aittir. Çıraklarda yaşa göree en az bir kez uçucu madde kullanmak oranlarında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemektedir ($P=0.5299$).

18- Çırakların İş Türüne, Eğitim Durumuna ve Çalışma Süresine Göre Uçucu Madde Kullanma Durumları

Tablo 64, çırakların işyeri ve kullandıkları madde türüne göre uçucu madde kullanma durumu göstermektedir. Uçucu maddenin amaçlı olarak kötüye kullanımının işyeri türüne göre dağılımına bakıldığında; otosanayi çıraklarında kullanım oranının % 9.44, mobilya ve ağaç işlerinde çalışan çıraklarda % 15.38 olduğu görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirme de işyeri türüne göre uçucu madde kullanımında ortaya çıkan farklılığın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($P=0.0623$). Ancak meslekler arasında uçucu madde kullanım oranlarında yaklaşık % 6'lık bir fark olmasına rağmen farkın istatistiksel olarak anlamsız bulunması özellikle mobilya ve ağaç işleri çalışanlarının sayılarının yetersizliğinden kaynaklanıyor gibidir. "P değeri"nin 0.05'e çok yakın olması da bu fikri doğrular niteliktedir. Yani çalışan grubun sayısal büyüklüğünün daha fazla olması durumunda bu fark anlamlı bulunabilirdi. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da mobilya ve ağaç işlerinde çalışan çırakların işlerinin tiner ve yapıştırıcıyı otosanayiye göre daha fazla gerektirmesi bu grupta % 6 oranında bir uçucu madde kullanım fazlalığının nedeni olabilir.

Uçucu madde kullanan çıraklar arasında yapıştırıcı (balıy) % 58.06 oranıyla en fazla tercih edilen uçucu madde olmuştur. Uçucu madde kullanan çıraklar arasında tinerin tercih oranı ise % 37.10 olarak bulunmuştur (Tablo 64). Uçucu madde kullanan çırakların yapıştırıcı

ve tinerden başka bir uçucu maddeyi hiç kullanmadıkları saptanmıştır. Özellikle otosanayi çıraklarının iş ortamında sıkça kullandıkları ve inhalasyonunun kurşun zehirlenmesine neden olduğu benzinin uçucu madde kullanan çıraklarca solunmaması sevindiricidir. DEMİRBEK(1991)'in İstanbul'da uçucu madde bağımlılarında yaptığı çalışmada da yapıştırıcının % 54.3 oranıyla en fazla kullanılan uçucu madde olduğu, bunu % 23.5 oranıyla tinerin takip ettiği bildirilmiştir. DEMİRBEK'in çalışmasında % 1.2 oranında da benzin kullanımı saptanmıştır (43). İş türüne göre uçucu madde kullanan çırakların, kullandıkları uçucu maddelere bakıldığında otosanayide çalışan çırakların % 63.64 oranında yapıştırıcı (bally) kullandığı tineri kullanma oranlarının ise % 31.82'de kaldığı gözlenmektedir. Mobilya ve ağaç işlerinde çalışan çıraklar ise % 50.00 oranında tineri tercih ederken, yapıştırıcıyı tercih oranları % 44.44'de kalmaktadır. İş türüne göre ve kullanılan uçucu maddeye göre farklılık araştırıldığında, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($P=0.1619$) (Tablo 64). Uçucu madde kullanan çırakların tercih ettiği uçucu maddelerin iş türüne göre farklılığının istatistiksel olarak anlamsız bulunması, gerçekten iş türüne göre tercih edilen uçucu maddelerde fark olmadığını düşündürmekten çok, grubun sayısal yetersizliği nedeniyle ortaya çıkamamış anlamlı bir farklılığın sözkonusu olabileceğini düşündürmelidir.

Tablo 65, çırakların eğitim durumuna göre uçucu madde kullanma oranlarını vermektedir. Çırakların eğitimlerine göre uçucu madde kullanma oranlarına toplam bazında bakıldığında, sigara içme oranları ve alkol kullanma oranlarında da olduğu gibi benzer oranlar göze çarpmaktadır. Okul bitirmemiş veya ilkokul mezunlarında % 10.39 olan uçucu madde kullanma oranının, ortaokul veya lise mezunlarında % 12.33 olduğu görülmektedir. Özellikle ortaokul veya lise mezunlarının sayısının azlığı gruplar arasında yaşlara göre kıyaslama yapmayı güçleştirmekle birlikte, yapılan X^2 testlerinde eğitim durumuna göre uçucu madde kullanımında istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır ($P=0.5485$) (Tablo 65).

Tablo 66, çırakların çalışma süresine göre uçucu madde kullanma durumunu göstermektedir. Çırakların çalışma sürelerine göre uçucu madde kullanma oranlarında yıllara göre bir düzenlilik gözlenmemekte, çalışma hayatının birinci yılında % 10.62 olan uçucu madde kullanma oranı ikinci yılda % 11.96'ya yükselmekte, üçüncü yıldan sonra ise tekrar % 10.19'a düşmektedir. Bu oranlardaki düzensizlik kendini tüm yaş grupları içerisinde göstermektedir. Uçucu madde kullanımı çırakların yaşlarına göre değerlendirildiğinde de yaşlara göre benzer bir düzensizlik gözlenmişti. Çalışma süresi ile uçucu madde kullanımı arasındaki ilişkinin düzeyinin saptanması için 15+ yaş grubunda yapılan X^2 testinde de bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($P=0.8996$).

19- Uçucu Madde Kullanan Çırakların Uçucu Madde Kullanımlarına İlişkin Bazı Özellikleri

Uçucu madde kullanan çırakların % 80.64'ü uçucu maddeyi 1 yıl ve daha az bir süredir kullandığını belirtmektedir. Uçucu madde kullanımını 2 yıldan beri sürdüren çırakların oranı % 12.90, 3 yıl ve daha uzun bir süredir sürdüren çırakların oranı ise % 3.23'dür . Çırakların % 3.23'ü de ne kadar süredir uçucu madde kullandığını hatırlamadığını belirtmiştir (Tablo 67). Bu bulgular çıraklar arasında uçucu madde kullanımının genellikle 1 yıl süren ve daha sonra büyük ölçüde terkedilen, genellikle de kullanımın 3. yılında tümüyle biten bir davranış olduğunu düşündürmektedir. Bu çalışmada uçucu madde kullanan çırakların bağımlılık düzeyleri saptanmadığı halde yukarıda belirtilen bulgular ışığında uçucu madde kullanan çırakların kullandıkları maddeye olan bağımlılıklarının çeşitli faktörlerle yüksek düzeye erişemediği ve bu nedenle maddeyi bırakmalarının kolay olduğu ya da uçucu madde bağımlılığı gelişen çırakların, ustaları tarafından işine son verilerek iş ortamından uzaklaştırıldığı düşünülebilir.

Tablo 68, uçucu madde kullanan çıraklarda son bir ay içerisinde uçucu madde kullanma durumunu göstermektedir. Uçucu madde kullanan çırakların 46'sı (% 74.19) son bir ay içerisinde uçucu madde kullandıklarını bildirmiştir. Bu bulgudan hareketle tüm çıraklar içerisinde "son bir ayda uçucu madde kullanma oranı" % 7.89 (46 / 583) olarak bulunmaktadır.

Uçucu madde kullanan çırakların % 93.55'i iş sonrasında yanında uçucu madde bulundurmadığını belirtirken % 6.45'i kullandığı uçucu maddeyi iş sonrasında da yanında bulundurduğunu bildirmiştir (Tablo 69). İş sonrası yanında uçucu madde bulundurduğunu belirten çırakların bağımlılık düzeylerinin yüksek olabileceği düşünülebilir.

Uçucu madde kullanan çırakların % 50'si uçucu maddeyi koklama eylemini arkadaşlarıyla grup halinde yaptıklarını belirtirken, % 50'si yalnız olarak kullandığını bildirmiştir (Tablo 70). DEMİRBEK (1991) İstanbul'da uçucu madde bağımlılarında yaptığı çalışmanın raporunda uçucu madde kullanımının genellikle bir grup davranışı olduğunu ve çalışmasına katılan uçucu madde bağımlılarının % 70.4'ünün uçucu maddeyi grup halinde kullandıklarını bildirmiştir (43).

Uçucu madde kullanan ya da sadece bir kez denemiş olup bir daha kullanmayanların % 48.36'sı "merak" nedeniyle kullandığını belirtirken, % 40.98'i ise "arkadaşlarının önerisi ve ısrarı" nedeniyle, % 10.66'sı da iş ortamında çalışırken maddenin kokusunun hoşuna gitmesi nedeniyle kendiliğinden kullandığını belirtmişlerdir (Tablo 71). Çalışmamızda uçucu

madde kullanmaya arkadaş etkisinin oranı % 40.98 olarak bulunduysa da, bu yüzdeyi uçucu madde kullanımına "merakla başladım" diyenleri de katıp % 89.34 olarak vermek gerekebilir. Çıraklarda uçucu maddeye ve kullanımına yönelik "merak"ın da arkadaş etkisiyle oluştuğunu düşünmek gereklidir. Çünkü uçucu madde kullanımına merak, arkadaşlarının kullanımını ve kullananlardaki ruhsal etkilerini görmeleriyle oluşmaktadır. Bu nedenle iki maddeyi birbirinden ayırt etmek uçucu madde kullanımına başlamada arkadaş ve grup faktörünün etkisini zayıf gösterebilir. Bu konudaki literatürlerde de uçucu madde kullanımının genellikle bir grup içerisinde olduğu ve ilk olarak tek başına uçucu madde kullanımının son derece nadir bir durum olduğu belirtilmektedir (20,34,43). Mesteth, incelediği Amerikan yerlilerinin % 75'inin uçucu madde kullanımına arkadaş veya arkabalarının teşvikiyle başladığını saptamıştır (18). Beauvais ve arkadaşları, arkadaş grubunun etkisini daha iyi test edebilmek için 1400 Amerikan yerlisi üzerinde bir çalışma yapmış, çalışma grubunu; "uçucu madde kullanımını teşvik eden arkadaş grubu" ve "uçucu madde kullanımını reddeden arkadaş grubu" olarak ikiye ayırmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, arkadaş grubundan az teşvik ve şiddetli olumsuz reddedici tavır görenlerin % 19'u uçucu maddeyi denemiş ve % 3'ü son bir ay içinde kullanmaya devam etmişlerdir. Bunun tersine arkadaşlarından şiddetli teşvik ve yumuşak muhalefet görenlerin % 84'ü uçucu maddeyi denemiş ve % 41'i son bir ayda kullanmayı sürdürmüşlerdir (20). DEMİRBEK (1991) İstanbul'da uçucu madde bağımlılarında yaptığı çalışmada uçucu madde bağımlılarının % 84.5'inin uçucu madde kullanmaya arkadaşlarının teşvikleri ve arkadaşlarından görüp merak ederek başladıklarını bildirmektedir (43). DEMİRBEK'in çalışmasında uçucu madde bağımlılarının uçucu madde kullanımına iş ortamında kendiliklerinden başlayanların oranı ise (çalışmamızla oldukça benzer bir şekilde) % 8.6 olarak bildirilmiştir (43).

Uçucu madde kullanan çıraklar, ailelerinin sadece % 29.41'inin kendilerinin uçucu madde kullandıklarından haberdar olduklarını belirtmişlerdir. Ailelerin % 72.58'inin çocuklarının uçucu madde kullandıklarından haberleri bulunmamaktadır (Tablo 72). Ailelerin çocukların uçucu madde kullanmalarından haberdar olamamalarında en büyük payın ebeveynlerin uçucu madde kullanımının çocuklar üzerindeki fizik ve ruhsal etkileri konusunda bilgi sahibi olmamaları ve çocuklarında uçucu madde kullanımına bağlı değişiklikleri gözleyemeleri olduğunu düşünmek gerekir. Bu bilgilere sahip olmayan ebeveyn çocuğun arkadaşından veya ustasından bu durumu öğrenmediyse veya çocuk kendisi söylemediyse saptayamayacaklardır.

Çocuğunun uçucu madde kullandığından haberdar olan ailelerin çocuklarına olan tepki-

leri ise % 70.59 oranında "dövme ve kızma" şeklindedir. Çocuğunun uçucu madde kullandığından haberi olan ailelerin % 29.41'i ise bu durumla ilgilenmemiş ve herhangi bir tepkide bulunmamışlardır (Tablo 73). Aileler, çocuğunun uçucu madde kullanmasını tedavi gerektirecek bir durum olarak görüp tıbbi yardım istemek veya çocuğun uçucu madde kullanımını engelmeye yönelik tedbirleri araştırmak yerine dayakla çocuklarını kurtarmaya çalışmışlardır.

Tablo 74, uçucu madde kullanan çırakların maddeyi kullanma sonrasındaki duydukları hisleri vermektedir. Uçucu maddeyi sadece bir kez deneyen çırakların % 41.67'si kullanım sonrasında başlarının döndüğünü, midelerinin bulandığını ve bir daha denemediklerini belirtmişlerdir. Bu gruptaki çırakların % 25'i ise kullanım sonrasında tiksindiğini, nefret ve pişmanlık duyarak bir daha denemediklerini ifade etmişlerdir. Yine bu gruptaki çırakların % 13.33'ü "içlerinin yandığını hissettiklerini" belirtirken, % 10'u ise hiçbir şey hissetmediklerini bildirmişlerdir. Uçucu maddeyi kullanmayı halen sürdürenler ise kullanım sonrasında % 38.71 oranında baş dönmesiyle birlikte uyuşarak kendinden geçtiklerini, % 32.26 oranında da rahatladıklarını ve kendilerini güçlü hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bu gruptaki çırakların % 17.74'ü ise "bütün arzularının gerçekleştiği hayaller gördüklerini" belirtmişlerdir. % 11.29 oranında çırak ise sıkıntılarından kurtulduklarını belirtmiştir. Gerek sadece bir kez kullanan olsun, gerekse sürekli olarak kullanan olsun, uçucu madde kullanımı sonrası ortaya çıkacak etki şekilleri maddeyi soluma şiddetine, miktarına, süresine, kişinin yaşına ve maddeye karşı tolerans durumuna göre değişecektir.

Tablo 75'de ise çırakların "her 10 çıraktan kaç tanesinin uçucu madde kullandığına ilişkin kanaatları" belirtilmektedir. Uçucu madde kullanan çırakların % 38.71'inin kanaatine göre her 10 çıraktan 5-6'sı uçucu madde kullanmaktadır. Uçucu madde kullanmayan çırakların ise % 56.24'ü bu konuda "fikrim yok" derken, % 17.47'sinin kanaatine göre her 10 çıraktan 3-4'ü uçucu madde kullanmaktadır. Uçucu madde kullanmayan çırakların "her 10 çıraktan kaç tanesinin uçucu madde kullandığına ilişkin kanaatları"nı belirtirken yarısından fazlasının "fikrim yok" yanıtını vermeleri ya gerçekten uçucu madde kullanan gruplardan uzak olmaları, uçucu madde kullanan bir arkadaşının olmaması nedeniyle bir tahminde bulunamamaları olabilir ya da konunun önemi nedeniyle böyle bir konuyla uzaktan veya yakından bir ilişkisinin olmadığını hissettirmek isteği nedeniyle olabilir.

20- Çırakların Sigara İçme, Alkol Kullanma ve Uçucu Madde Kullanmaları Açısından Dağılımları

Tablo 76'ya göre, çırakların "sigara içme-alkol kullanma", "sigara içme-uçucu madde kullanma", "alkol kullanma-uçucu madde kullanma" ölçütleri açısından değerlendirmeleri yapıldığında bir maddeyi kullanmanın diğer maddelerin kullanımını da beraberinde getirdiği

yönünde bulgular elde edilmiştir.

Çalışmamızda sigara içen çıraklar arasında alkol kullanma oranı % 17.36 iken, sigara içmeyen çıraklar arasında bu oran % 5.76 bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu gözlenmiştir ($P=0.0001$) (Tablo 76). Konuyla ilgili çalışmaların bulguları da benzer yöndedir. A.B.D.'de yapılan ulusal bir çalışmada 12-17 yaş grubunda, sigara içen gençler arasında son bir ayda alkol kullanma oranı % 74.2 olarak bulunurken, sigara içmeyen gençler arasında bu oran % 23.5 olarak bulunmuştur (134). Bilir ve Mağden'in, 1983 yılında Hacettepe Üniversitesi öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmalarında ise sigara içen öğrenciler arasında alkol kullanma oranı % 63.7 olarak bulunurken, sigara içmeyen öğrenciler arasında % 27.3 olarak bulunmuştur (25).

Çalışmamızda sigara içen çırakların, sigara içmeyen çıraklardan önemli düzeyde daha fazla oranda uçuucu madde kullandıkları da saptanmıştır. Çalışmamızda sigara içen çıraklar arasında uçuucu madde kullanma oranı % 15.62 olarak bulunurken, bu oran sigara içmeyen çıraklar arasında % 5.76 olarak saptanmıştır ($P=0.0001$) (Tablo 76). Sigara kullanımı ile uçuucu madde kullanımı arasındaki ilişkiyi yansıtan bir çalışma bulgusuna rastlanılamamıştır. Ancak A.B.D.'de yapılan ulusal bir çalışmada, 12-17 yaş grubunda, sigara içen gençler arasında marihuana kullanım oranının % 47.3 iken, sigara içmeyen gençler arasında bu oranın % 5.8 olduğu, yine 12-17 yaş grubunda, sigara içen gençler arasında kokain kullanım oranının % 8.8 iken, sigara içmeyen gençler arasında bu oranın % 0.4 olduğu bildirilmiştir (134).

Çalışmamızda alkol kullanan çırakların, alkol kullanmayan çıraklardan önemli düzeyde daha fazla oranda uçuucu madde kullandıkları da saptanmıştır. Alkol kullanan çıraklar arasında uçuucu madde kullanım oranı % 20.9 iken, alkol kullanmayan çıraklar arasında bu oran % 9.3 olarak saptanmıştır ($P=0.0038$) (Tablo 76).

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR:

1- Çıraklarda "hergün sigara içme oranı" % 44.60 ± 2.8 'dir. Çıraklarda "düzenli sigara içme oranı" (haftada en az bir tane olmak üzere sigara içme oranı) ise % 49.40 ± 2.9 'dur. Çıraklar için kişi başına sigara tüketimi ise günde 7.8 adettir.

2- Çırakların hergün ve düzenli sigara içme oranları yaşla birlikte bir artış göstermektedir. Ayrıca çalışma süresinin artışının da sigara içimini artırıcı düzeyde etkileyen bir faktör olduğu görülmektedir.

3- Düzenli sigara kullanan çırakların önemli bir kısmı 12-15 yaşlarında düzenli içici hale gelmektedirler ve çalışma hayatına başlamadan okul döneminde tiryaki olmaktadır.

4- Çıraklarda düzenli sigara içme oranı sigara içen arkadaşlarının sayısındaki artışa paralel olarak yükselmektedir.

5- Sigara içen çırakların % 44.10'u sigarayı bırakmayı düşünmemektedir.

6- Çıraklarda "haftada bir defadan daha fazla alkol kullananların oranı" % 0.34 ± 0.3 , "haftada bir defa veya daha fazla alkol kullananların oranı" % 1.54 ± 0.7 , "haftada bir defadan daha az kullananlar da dahil alkol kullanma oranı" % 11.49 ± 1.8 'dir. Hayatında hiç alkol kullanmamış olan çırakların oranı ise % 82.16'dır.

7- Çırakların alkol kullanma oranları yaşla birlikte bir artış göstermektedir. Ayrıca çalışma süresinin ve harçlığın artmasının da alkol kullanımını artırıcı düzeyde etkileyen bir faktör olduğu görülmektedir.

8- Çırakların alkolle tanışmaları 15 ve daha sonraki yaşlarda ve % 86.57 oranında bira ile olmaktadır.

9- Çıraklarda uçucu maddeyi hergün kullananların oranı % 2.06'dır. Uçucu maddeyi haftada bir defadan daha fazla kullananların oranı % 4.98, haftada bir kez veya daha fazla

kullananların oranı (düzenli uçucu madde kullanım oranı) ise % 7.72 olarak bulunmuştur. Bu oranlara uçucu maddeyi nadiren (haftada birden az) kullananlar da dahil edildiğinde çıraklarda uçucu madde kullanım oranı % 10.64'e ulaşmaktadır. Çıraklar arasında uçucu maddeyi uyuşturucu amaçlı olarak sadece bir kez deneyenler ve daha sonra kesinlikle kullanmayanların oranı ise % 10.29'dur.

10- Uçucu madde kullanan çıraklar birinci derecede yapıştırıcı (bally)'yı, ikinci olarak ise tiner'i tercih etmektedirler.

11- Sigara içen çıraklar arasında alkol ve uçucu madde kullanımı, sigara içmeyen çıraklara oranla önemli düzeyde fazla orandadır. Yine alkol kullanan çıraklar arasında da uçucu madde kullanımı, alkol kullanmayan çıraklara göre önemli düzeyde yüksek orandadır. Yani sigara, alkol yada uçucu maddeden birinin kullanılıyor olunması, diğer maddelerin de kullanımını kolaylaştırmaktadır.

ÖNERİLER:

a- Sigara Sorununa İlişkin Öneriler:

Sigara epidemisinin saptanan boyutu ve yol açtığı bireysel ve toplumsal zararın büyüklüğü, sigara içmeye karşı ulusal bir mücadele programının başlatılmasının gereğini ortaya koymaktadır. Nitekim gelişmiş ülkeler, başarılı bir şekilde uyguladıkları ulusal mücadele programlarıyla sigara içme oranlarını düşürmeyi başarmışlardır. Ülkemizde de bu mücadele, ulusal bir kontrol programı içinde ele alınmalı, kontrol programının uygulanmasından sorumlu olabilecek bir merkez oluşturulmalıdır.

Sigaraya başlama oranlarını düşürmek, bırakma oranlarını yükseltmek, bir başka söyleyişle tütün tüketimini giderek azaltmak, kültürde mevcut sigaraya teşvik edici değer yargılarının ayıklanmasını sağlarken, sigarayı zararlı ve gereksiz bir nesne olarak kültürel yapının içine yerleştirmek, sigara - sağlık ilişkisi konusunda vatandaşları olabildiğince başlama yaşı öncesinde bilgili ve bilinçli kılmak, sigara içiminde bazı yer ve koşullarda sınırlama koymak, sigaranın reklamının yasaklandığı, içiminin sınırlandığı, eğitiminin teşvik edildiği, bırakmak isteyenlere yardım edici olanakların yaratıldığı bir ortam yaratmak sigarayla mücadelede başlıca stratejik amaçlardır.

Bu amaçlara yönelik etkinliklerden biri, tüm topluma yönelik, örgün ve yaygın eğitim şeklinde, sigara konusunda sağlık eğitimidir. Bu konuda kitle iletişim araçlarının sigara aley-

hine verecekleri mesajlar da, kültürel yapının değişmesinde önemli rol oynayabilir. Eğitim programlarının önemli bir ögesi okullardaki eğitimidir. Çırakların, henüz çalışma hayatına geçmeden ilkökul dönemlerinde sigaraya başladıkları ve bağımlı oldukları dikkate alınırse eğitimin ilkökulda başlamasının gereği ve önemi ortaya çıkar. Eğitim, yaş grubuna özgü iç-me nedenleri de gözönüne alınarak hazırlanmalı ve kademeli bir program halinde tüm ilk ve orta eğitim için uygulanmalıdır. Bu amaçla, öncelikle öğretmenlerin hizmetiçi programlarla eğitilmesi ve öğretmen yetiştiren kurumların müfredatlarına da bağımlılık yapıcı maddelerle ilgili eğitim programları eklenmelidir. Öğrencilere ve öğretmenlere yönelik eğitim materyalleri geliştirilmesi de ivedi bir gereksinimdir.

Sigara ile mücadelede, amaçlara yönelik bir diğer etkinlik de "mevzuat düzenlemele-ri"dir. Bu konuda, özellikle "sigara reklamlarının yasaklanması" ve "sigara fiyatlarının arttırılması" oldukça önemlidir. Sigara reklamları, sigaraya karşı girişilen mücadeleyi etkisizleş-tiren en önemli faktör sayılmaktadır. Çünkü sigara reklamları, özendirici özelliğinin yanı sıra sigaranın, satılan diğer mallar gibi normal ticari bir mal ve toplumsal yaşamın bir parçası gi-bi algılanmasına yolaçabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, uzmanlar kurulu raporlarında da sigara reklamlarının tamamen yasaklanması önerilmektedir.

Sigara fiyatlarının arttırılmasının da sigara tüketim talebini düşürdüğü, sigara fiyatlarının gerçek anlamda % 1 artmasının, sigara tüketim talebinde % 0.53 oranında bir düşmeye yo-laçtığı belirtilmektedir (125). Bu nedenle gerek sigara reklamlarının yasaklanması gerekse fi-yatlarının arttırılması ivedilikle ele alınması gerekli mevzuat düzenlemeleri arasında yer al-maktadır. Ayrıca "toplu bulunulan yerlerde sigara içiminin yasaklanması" da içmeyenlerin te-miz hava soluma haklarının korunması ve sigaranın zararlı etkilerine maruz kalmamaları açtı-sından oldukça önemlidir.

Mücadelede yer alması gereken bir diğer etkinlik de, ülke genelinde araştırmalarla soru-nun izlenmesi, neden - sonuç ilişkileri doğrultusunda müdahalelerin geliştirilmesidir.

b- Alkol Sorununa İlişkin Öneriler:

Gelişmiş ülkelerde, gelişmemiş ülkelere göre çok daha büyük bir sorun olmakla bir-likte, hızlı tüketim artması ve yayılma nedeniyle alkol kullanımı ülkemiz için de önemli halk sağlığı sorunu olmaya aday gibi görünmektedir. Aşırı alkol kullanımının ve dolayısıyla al-kolizmin önlenmesinde gelişmiş ülkelerin kullandıkları mücadele yöntemleri ülkemiz için de geçerlidir. Gelişmiş ülkelerin, devlet politikası olarak hayata geçirdikleri alkol kullanımı ile

mücadele yöntemleri iki ana başlık altında toplanmaktadır. Bunlar; 1- Alkolün elde edilebilirliğini kısıtlamak, 2- Alkole karşı isteği azaltmak.

Ülkemizde de alkolün elde edilebilirliğini kısıtlayabilmek amacıyla; alkol üretimi ve ticareti sınırlandırılmalı, satış günleri, saatleri, yerleri kısıtlanmalı; 18 yaşından küçüklere satışı yasaklanmalı ve alkol fiyatlarının enflasyonun üzerinde bir fiyatla artırılması gereklidir. Bu yöntemlerin etkinliği ülkeden ülkeye, toplumdan topluma değişmekle birlikte etkin olduğu kesindir. Örneğin İsveç'te cumartesi-pazar günlerinde satış yasağı konması o günlerde trafik kazalarını belirgin derecede azaltmıştır. Fiyatların arttırılması, satan için kâr sınırlarının düşük tutulması tüketimi azaltabilmektedir. Örneğin Türkiye'de biranın alkolsüz içki olduğunu kabul eden yasa (1973) bira üretimini ve her yerde kolay satışı sağlanarak tüketimi son derece hızlı arttırmış; bu yasanın kaldırılması ile (1984) üretim ve tüketim düşmüş; okul yakınlardaki kahvehanelerde bira içimi durmuştur. Kesin bir koruyucu önlem olmasa bile; etkisi vardır.

Alkole karşı isteğin azaltılmasında en önemli yol eğitim gibi görünmektedir. Bunun da en etkin yolu tüm topluma yönelik örgün ve yaygın eğitim şeklinde alkolün sağlığa etkileri konusunda sağlık eğitimidir. Bu konudaki sağlık eğitiminin temelini de özellikle ilköğretim olmak üzere okul eğitimi oluşturmaktadır.

Alkole karşı isteğin azaltılmasında bir başka yöntem ise alkollü içki almaya isteklendiren toplumsal değerleri ve koşulları sosyal yaşamdan ayıklamak, değiştirmek ve alkole karşı çıkan değer ve inançları pekiştirmek olmalıdır. Ayrıca risk gruplarını saptayıp yukarıdaki koruyucu ilkeleri bu gruplara daha yoğunlukla yöneltmek gereklidir. Risk grupları arasında gençler, alkolik ana-babaların çocukları, aile mutsuzluğu ve parçalanması, ruhsal sorunları olan kişiler, alkole fazla dayanıklı kişiler sayılabilir.

Kamu iletişim ve etkileme araçlarında (tv, radyo, basın vb.) alkol reklamlarının önlenmesi; alkol bağımlılığına karşı eğitici programların sunulması ve alkole özendiren gizli reklam içeren programların denetlenmesi de alkole karşı isteğin azaltılmasında kullanılan önemli yöntemler arasında sayılmaktadır.

Görülüyor ki bu koruyucu önlemler doğrudan doğruya devlet politikası ile ilgilidir. Oysa ki ülkemiz dahil bütün dünya da devletler bir yandan içki üretilip satarak para kazanmayı da bırakmamaktadırlar.

c- Uçucu Madde Kötüye Kullanımı Sorununa İlişkin Öneriler:

Uçucu madde bağımlılığı, ülkemizde henüz yeni başlayan bir psikoaktif madde bağımlılığı türüdür ve kullanımın arttığı ya da artma eğiliminde olduğu izlenimi edinilmektedir. Ve bu maddeler özellikle 18 yaşın altındaki gençler (çocuklar) tarafından kullanılmaktadır. Bu maddeleri kullanan gençlerimizin biyopsikososyal gelişmeleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Çocuklarımızın ve gençlerimizin uçucu madde bağımlılığından uzak ve sağlıklı olarak yetiştirilmesi için, çalışmamızın giriş kısmında da değinilen aşağıdaki tedbirlerin ivedi bir şekilde alınması ve uygulanması gereklidir.

1- Uçucu maddeleri elde edilebilirliğinin sınırlandırılması amacıyla 18 yaşın altındaki kişilere satış yasaklanmalıdır.

2- Kullanılan uçucu maddelerin içine kullanımı caydırıcı, hardal yağı, yaban turbu esansı, kusturucu ve mide bulandırıcı ilaçların ilavesini kanuni bir zorunluluk haline getiren yasalar çıkarılmalıdır.

3- Çoğunlukla kötüye kullanılan uçucu maddelerin piyasada ticari bir ürün olarak pazarlanan kutularının üzerine ve prospektüslerine, yol açtığı sağlık problemleri ve bağımlılık yapıcı etkisi, kolayca okunabilecek şekilde mutlaka yazılmasını sağlayacak kanuni tedbirler alınmalı ve uygulanmalıdır.

4- Endüstride de yaygın olarak kullanılan ve bağımlılık geliştirme potansiyeli yüksek olan uçucu maddelerin kullanımı denetim altında tutulmalıdır ve uçucu maddelerle temasın yoğun olduğu işlerde hiç değilse (bağımlıların çoğunun 18 yaşın altında olduğu düşünülerek) 18 yaşın altındaki gençlerin çalışmasını kontrol eden, sınırlandıran önlemler devlet tarafından alınmalıdır.

5- Radyo televizyon, gazeteler gibi basın yayın araçları ile uçucu madde kullanımının muhtemel zararları konusunda yayınlar yapılarak, ana ve babalar, geniş halk kitleleri uyarılmalı, bilgilendirilmelidir. Ancak bu tip yayınların hiç akılda yokken bu maddeleri kullanmayı bazı kişilerin aklına getirebileceği unutulmamalıdır. Ancak epidemik bir durumda zaten yeterince yaygın olan kullanım dikkate alındığında bu tehlike dikkate alınmamalıdır.

6- Uçucu madde bağımlıları ile aynı yaşta olan arkadaşları, uçucu maddelerin zararları konusunda bilgilendirilmeli, arkadaşlarının kendilerine kullanmaları için uçucu madde teklif ettiklerinde nasıl davranmaları gerektiği öğretilmelidir.

7- Uçucu madde bağımlılığı yönünden yüksek risk grubu nüfusun sosyo demografik

özellikleri de dikkate alınarak, evsiz barksız aileler, gecekondlu muhitideki marjinal nüfus ve gençler, uçucu madde bağımlısı çocuğa sahip aileler ile ilişkiye geçilerek, nasıl davranacakları öğretilmeli, uçucu maddelerin yol açtığı tehlikeler anlatılmalıdır.

8- Ayrıca doktorlar, işyeri hekimleri, sanayiciler, okul yöneticileri ve öğretmenler, halk sağlığı uzmanları, sosyal hizmet uzmanları, emniyet görevlileri (özellikle polisler) uçucu madde kullanıcıları ile direkt teması olabilecek kişiler, uçucu madde bağımlılığı konusunda bilgilendirilmeli, eğitilmelidir.

9- Uçucu madde bağımlısı olan çocuklar ve gençler genellikle kendiliklerinden hastanelere ve tedavi programlarına müracaat etme eğiliminde değildirler. Bu nedenle aktif olarak tedaviye gereksinimleri olan bu kişilerin kendiliklerinden tedaviye gelmelerini beklemek yerine onlara ulaşmanın onlarla ilişki kurmanın uygun yöntemleri aranmalıdır. Bu amaçla sosyal hizmet uzmanları, uçucu madde bağımlıları ile uçucu maddelerin kullanıldığı ortamlarda temas kurmalı, uçucu maddelerin neden olabileceği tıbbi, hukuki, psikososyal sorunlar hakkında bilgi vererek, uçucu madde bağımlılarını tedavi programlarına katılmak üzere ikna etmelidirler.

ÖZET

Bu araştırma, Elazığ'ın otosanayi bölgesinde, otosanayi, mobilya ve ağaç işleriyle meşgul işyerlerinde çalışan 18 yaş ve altı çırakları temsil edecek şekilde seçilmiş 601 çırak üzerinde gerçekleştirilen bir anket çalışmasıdır. Araştırmada kullanılan anket formunun "sigara içme durumunun saptanması"na yönelik kısmında, Dünya Sağlık Örgütü'nün 18 yaş ve altı yaş grupları için önerdiği standart anket formlarından yararlanılmış, ancak yerel özellikler dikkate alınarak bazı değişiklikler yapılmıştır. Yine aynı kısımda bağımlılık düzeyinin saptanmasına yönelik sorularda "Fagerstörn Bağımlılık Testi"nin soruları kullanılmıştır. Ankette bulunan diğer sorular ise araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Anket uygulaması sonucunda 601 kişilik örneklem grubunun 583'üne ulaşılarak % 97'lik bir cevap oranı sağlanmıştır.

Araştırmada düzenli sigara içme (haftada en az bir tane olmak üzere sigara içme) oranı % 49.4, hergün sigara içme oranı ise % 44.6 olarak bulunmuştur. Çıraklarda hayatında hiç sigara içmeyenlerin oranı ise % 18.35 olarak bulunmuştur. Sigara içen çırakların % 72.57'si "Fagerstörn Nikotin Bağımlılık Testi"ne göre "çok az" düzeyde bağımlı bulunmuştur. Sigara içen çırakların ortalama fagerstörn bağımlılık puanı ise 1.42 (çok az bağımlı) bulunmuştur. Sigara içen çırakların % 47.57'si sigarayı bırakmayı düşünürken, % 8.33'ü ise bırakma hazırlığı içindedir. Çırakların % 44.1'i ise sigarayı bırakmayı düşünmemektedir. Çıraklar arasında sigarayı bırakma oranı ise % 5.66 olarak saptanmıştır. Halen sigara içen ya da bırakmış olan çıraklar, çalışma hayatına başlamadan ilkökul döneminde düzenli sigara içici olmaktadır.

Hergün alkol kullanan çırağa rastlanılmayan çalışmada, "haftada bir defadan daha fazla alkol kullananların oranı" % 0.34, "haftada bir defa veya daha fazla alkol kullananların oranı" % 1.54, "haftada bir defadan daha az kullananlar da dahil alkol kullanma oranı" ise % 11.49 ± 1.8 bulunmuştur. Alkol kullanma oranlarını farklı bir tanımla ele aldığında çıraklarda "son bir yılda alkol kullanma oranı" % 14.92, "son bir ayda alkol kullanma oranı" % 7.89, "son bir haftada alkol kullanma oranı" % 2.92 olarak bulunmuştur. "Hayatında hiç alkol kullanmamış olan" çırakların oranı ise % 82.16'dır.

Çıraklarda uçucu maddeyi hergün kullananların oranı % 2.06 bulunmuştur . Uçucu maddeyi haftada bir defadan daha fazla kullananların oranı % 4.98, haftada bir kez veya daha fazla kullananların oranı (düzenli uçucu madde kullanım oranı) ise % 7.72 olarak bulunmuştur. Bu oranlara uçucu maddeyi nadiren (haftada birden az) kullananlar da dahil edildiğinde çıraklarda uçucu madde kullanım oranı % 10.64'e ulaşmaktadır. Çıraklar arasında uçucu maddeyi uyuşturucu amaçlı olarak sadece bir kez deneyenler ve daha sonra kesinlikle kullanmayanların oranı ise % 10.29'dur.

SUMMARY

Tobacco, Alcohol and Inhalant Use Among Apprentices in a Special Workplace Region in Elazığ

The workplaces included in the study were selected by means of systematic sampling of every second workplace. Sampling frame consisted of all workplaces in the region. They were about woodwork or motor vehicle repair or maintenance work. All of the apprentices aged 18 years or less in the selected workplaces were included in the study group. Out of the 601 apprentices, 97 % were interviewed face to face by the investigator. There wasn't any other person during the interview.

The percentages of regular smokers (smoking at least one cigarette a week) and daily smokers among the study subjects were 49.4 % and 44.6 % respectively. Out of 583 individuals 18.35 % were never smokers. The mean Fagerstrom dependence score for the smokers was 1.42. Of the smokers 44.1 % were in the precontemplation stage, 47.57 % in the contemplation stage, 8.33 % in the preparation stage. Of the ever smokers 5.66 % were classified as former smokers. Primary school years appeared to be the most reported period to start to smoke.

The prevalence for alcohol use (including drinking less than once) was estimated to be 11.49 ± 1.8 %. Most apprentices (82.16 %) reported not having used alcohol at least once. The percentages of the apprentices who reported drinking alcohol in the year and month preceding the survey were 14.92 % and 7.89 % respectively. The prevalence for any alcohol use in the previous week among the study group was 2.92 %.

Out of 583 apprentices 2.06 % appeared to use inhalants (bally or tiner or both bally and tiner) every day. The prevalence for inhalant use was 10.64 %.

The percentage of apprentices who reported using inhalants at least once a week was found to be 7.72 %.

There appears to be an urgent need to protect apprentices in the region from tobacco, alcohol and inhalants use.

KAYNAKLAR

1. Abrams DB (1993). Treatment Issues: Towards a Stepped-Care Model. *Tobacco Control*. 2(suppl); 17-37.
2. Akçasu A (1985). "Tütünün Tarihçesi", *Sağlık, Tarım ve Ekonomi Yönünden Sigara: Dünü, Bugünü ve Yarını*, Tübitak Yayını, No: 586. 1-7. Ankara.
3. Akgün N. ve Arkadaşları (1983). "İzmir'de Orta Öğrenim Öğrencileri, Tıp Öğrencileri ve Tıp Fakültesi Öğretim Üyeleri ve Yardımcıları Arasında Sigara İçimi". *Spor Hekimliği Dergisi*; 18 (4): 147-169.
4. Altınöz F, Erkoç Ş, Özmen E. ve arkadaşları (1990). "Alkol Fabrikasında Çalışanlarda Alkol Kullanım ve Bağımlılığı". *XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Yayınlar Kitabı*. Cilt: I, 1-14 Kasım 1990.
5. American Lung Association (1986). The HCHP Foundation. Freedom From Smoking For You and Your Baby. American Lung Association.
6. American Psychiatric Association (1979). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Ed. 3, revised. Washington DC.
7. American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-III-R*, 3rd. ed., rev. Washington DC.
8. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Ed. 4, revised (DSM IV). Washington DC.
9. American Psychiatric Association (1987). *DSM-3-R*. American Psychiatric Association. Washington D.C.
10. Andersen, H.R., Dick, B., Macnair, R.S. et. al. (1982). "An Investigation of 140 Death Associated With Volatile Substance Abuse in the U.K. 1971-1981". *Human Toxicology*; 1: 207.
11. Arı O.(1991). *Sigara ve İnsan: Sigara İçmenin Psikolojisi*, Form Yayınları.
12. Arif A.E.(1988). *Abuse of Volatil Solvents and Inhalants*. Paper Presented of a WHO Advisory Meeting, International Monography Series, No: 1.
13. Ashto C.H. (1990). "Solvent Abuse". *Br. Med. J.*; 190: 135.
14. Aşut, Ö. (1993). *Hekim ve Sigara*. Türk Tabipleri Birliği Yayını. Ankara
15. Atabek E. (1983). *Alkol ve İnsan*. 2. Baskı. Kelebek Yayınları. İstanbul.

16. Austeker, J. (1994). Cancer Prevention in Primary Care: Reducing Alcohol Intake. *British Medical Journal*; 308: 1549-1552.
17. Badawy AAB. (1978). The Metabolism of Alcohol. *Clinics in Endocr. and Metab.*; 7: 247.
18. Barnes, G. (1979). "Solvent Abuse: A Review". *International Journal of Addictions*; 14(1):1-26.
19. Baysal, K., Pekşen, Y., Küçüköyük, Ş. ve arkadaşları (1986). "Samsun İl Merkezindeki Lise Çağı Öğrencilerinde Bazı Alışkanlıklar Üzerine Bir araştırma". XXIV. Türk Pediatri Kongresi, 8-12 Temmuz 1985, *Adölesanın Sağlık Sorunları*. Özlem Kardeşler Matbaası. İstanbul. 163-169.
20. Beauvais, F., Oetting, E. (1985). "Trenas in the Use of Inhalants Among American Indian Adolescent". *White Cloud Journal*; 3: 3-11.
21. Benowitz NL., Peyton J., Savanapridi C. (1987). Determinants of Nicotine Intake While Chewing Nicotine Polacrilex gum. *Clin. Pharmacol. Ther.*; 41: 467-473.
22. Berry, R. et. al. (1974). *The Economics Costs of Alcohol Abuse and Alcoholism*. NIAAA Report.
23. Bilgin, N. (1989). Fırat Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara İçme Prevalensi Araştırması. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Elazığ.
24. Bilir N. (1992). Başarılabılır. Sigara Alarmı. Sayı: 3, s. 1.
25. Bilir, Ş., Mağden, D. (1984). "Ankara Şehir Merkezindeki Liselerin İkinci Sınıf Öğrencilerinin Sığara-Alkol ve İlaç Alma Alışkanlığının Araştırılması". *Sağlık Dergisi (SSYB)*; 58(1-3):17-28.
26. Blum A. (1993). Curtailing the Tobacco Pandemic. In: Di Vita VTJ., Hellman S., Rosenberg S.A (eds). *Cancer, Principles and Practice of Oncology* Philadelphia. J.B. Lippincot Company, 480.
27. Bosanquet N. (1992). Europe and Tobacco. *BMJ*; 304: 370-372.
28. Bukstein, O.G., Brent, D.A., Kaminer, Y. (1989). Comorbidity of Substance Abuse and Other Psychiatric Disorders in Adolescents, *Am. J. Psychiatry*, 146: 1131-1.
29. Burgess, L.B. (1973). *Alcohol and Your Health*. Los Angeles: Charles Publishing.
30. Camps FE. (1976). *Gradwohl's Legal Medicine*. 565. Bristol.
31. Cancer Research Campaign (1992). *Lung Cancer and Smoking*. Factsheet, 11, 3.
32. Chadwick, O., Andersen, R., Bland, M., Ramsey, J. (1989). "Neuropsychological Consequences of Volatile Substance Abuse: A Population Based Study of Secondary

Pupils". *Br. Med. J.*; 29: 1679.

33. Cohen C., Pickwodth WB. and Henningfield VE. (1991). Cigarette Smoking and Addiction. *Clinics in Chest Medicine*. 12(4), 701-710.
34. Cohen S.(1973). "The Volatile Solvents". *Public Health Review*; 2: 185-214.
35. Cooke, B.R., Evans, D.A., Farrow, S.C. (1988). "Solvent Misuse in Secondary School Children: A Prevalance Study". *Community Medicine*; 10: 8.
36. Crofton J. (1991). Tobacco and Third World. *Respiratory Medicine and the Third World*; 3: 164-169.
37. Curry SC., Marlatt GA., Gordon JR., Baer JS. (1988). A Comparison of Alternative Theoretical Approaches to Smoking Cessation and Relapse. *Health Psychol*; 7(6)0 545-556.
38. Cüceloğlu D. (1991). *İnsan ve Davranışı. Psikolojinin Temel Kavramları*. Remzi Kitabevi, İstanbul.
39. Çiftçi, İ. (1990). *Psikiyatri*. Gazi Üniversitesi Basın Yayın Yüksek Okulu Basımevi. 3. Baskı. Ankara.
40. Çokan, Y.S., Güray, Ö., Akayoğlu, A. ve arkadaşları (1990). "Düşük ve Yüksek Sosyo-Ekonomik Düzeylerde Sigara ve Alkol Kullanımı". *İstanbul Halk Sağlığı Bülteni*; 4(11): 7-13.
41. Damper LA, Larson LG. (1986). Smoking and Lung Cancer with Special Regard to Type of Cancer. *Br. J. Cancer*. 53; 673.
42. Dancy M. et. al. (1985). Preclinical Left Ventricular Abnormalities of Lipid in Alcoholics. *Lancet*; 1: 1122.
43. Demirbek, B.(1991). Uçucu Madde Bağımlılarının Uçucu Maddeleri Kullanım, Sosyo Demografik ve Psikiyatrik Özelliklerinin İncelenmesi, Basılmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul.
44. Diamond ID, Pritchard C, Choudry N, Fielding M, Cox M, Bushnell D (1988). "The Incidence of Drug and Solvent Misuse Among Southern English Normal Comp Rehesive School-children". *Public Health*; 102: 107.
45. Dittmer, D.K., Jhamandas, J.H., Johnson, E.S. (1993). "Glue-sniffing neuropathies". *Can. Fam. Physician*; 39: 1965.
46. Edek, J. (1989). "Volatile Substance Abuse: Evaluationand Treatment". *Human Toxicology*; 8(4): 313-318.
47. Edwards, G., Hensman, C. and Peto, J. (1972). Drinking in a London Suburb 3:

- Comparisons of Drinking Troubles Among Men and Women. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol Supplement* 6: 120-128.
48. Ege, R., Öner, O. (1986). *Alkol ve Trafik Kazaları*. Emel Matbaası. Ankara.
49. Ekşi, A., Alpınar, H., Birsun, M. (1978). İstanbul Üniversitesi Öğrencilerinde Uyuşturucu ve Teskin Edici Madde Kullanımı ile İlgili Bir Araştırma. 13. *Ulusal Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları*. Ajans-Türk Matbaası. Ankara.
50. Ernster VL., Cummings S. (1991). Smoking and Cancer. In: Holleb AI, Fink DJ, Murphy GP (eds). *American Cancer Society of Clinical Oncology*. p.107. The American Cancer Society. Atlanta.
51. Esmail, A., Meyer, L., Pottier, A., Wright, S. (1993). "Deaths from Volatile Substance Abuse in Those Under 18 Years: Results from a National Epidemiological Study. *Arc. Dis. Ch.*; 69: 356.
52. Ewing, J.A., Rouse, B.A. and Pellizzari, E.D. (1974). Alcohol Sensitivity and Ethnic Background. *Am. J. Psychiatry*; 131: 206-210.
53. Fielding JE. (1985). Smoking Health Effect and Control. *The New england Journal of Medicine*; 318 (8): 496.
54. Fielding JE., Phenow KJ. (1988). Health Effects of Involuntary Smoking. *N. Eng. J. Med.* 204; 1452-1460.
55. Fiore MC., Novonty TE., Pierce Jp. et al. (1990). Methods Used to Quit Smoking in the United States: Do Cessation Programs Help? *JAMA*; 263: 2760-2765.
56. Flanagan R.J. Meredith, T.J., Ramsey, J.D. (1989). "Volatile Substance Abuse - An Overview". *Human Toxicology*; 8(4): 319-322.
57. Fredholm B. (1979). *The Effects of Chewing Nicoretta and Smoking Cigarettes*. AB Leo Research Report. No: 260. Helsingborg, Sweeden.
58. Friedman GD, Pettiti DB, Bawol RD. (1983). Prevalance of Correlates of Passive Smoking. *Am. J. Public Health*. 73; 401-405.
59. Gilman, A.G, Rall, T.W., Nies, A.S., Taylor, P. (1990). *The Pharmacological Basis of The Rapeutics*. Pergamon Press. New York.
60. Goodwin, D.W. (1979). Alcoholism and Heredity. *Archives of General Psychiatry*; 36: 57-61.
61. Gordon I., Shapiro HA. (1982). *Forensic Medicine*. 401. Newyork.
62. Göktepe, E.O., Şenveli, B., Kargı, N. (1986). "Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma. XXI. *Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler*

Kongre Kitabı. 95-97.

63. Horasan, E. (1994). "Elazığ'da Ortaokul Üçüncü Sınıf Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu ve Öğrencilerin Sigara-Sağlık İlişkisi Konusundaki Bilgileri". Basılmamış Doktora Tezi. Elazığ.
64. Irmak, Y., Dişçi, R. (1985). "Sigara ve Alkol Alışkanlığıyla İlişkili Etmenler, İstanbul Tıp Fakültesi 1. Sınıf Öğrencileri Üzerinde Yapılan Bir Araştırmanın Sonuçları". *Türk Fizyolojik Bilimler Derneği II. Ulusal Kongresi. 23-27 Eylül 1985, Çeşme.*
65. Kaij, L. (1960). *Studies on the Etiology and Sequels of Abuse of Alcohol*. Department of Psychiatry, University of Lund, Sweden.
66. Kasatura İ. (1986). Gençlik ve Alkol Bağımlılığı. Gençlikte Zararlı Alışkanlıklar Paneli. *Genel Tıp Kongresi, 16.6.1986. Erzurum.*
67. Kasatura İ. (1995). *Alkol ve Arkadaşları*. Sistem Yayıncılık. İstanbul.
68. Kaya N. (1995). Sigara ve Gastrointestinal Sistem. Tür A. (Ed.). *Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri*. Logos Yayıncılık. İstanbul,
69. Kayaalp S.O.(1983). *Tıbbi Farmakoloji*. s. 360, 1877. Ankara.
70. Kayaalp S.O.(1985). "Nikotinin Farmakolojisi ve Yeni Gelişmeler", *Sağlık, Tarım ve Ekonomi Yönünden Sigara: Dünü, Bugünü ve Yarını*, Tübitak Yayını, No: 586. 54-69. Ankara.
71. Klassen, C.D., Amdur, M.O., Doull, C. (1986). *Toxicology, The Basic Science of Poisons Ther Edition*. 454-55, 349-50, 481, 861. Mc Millan Publishing Comp. New York.
72. Kocabaş, A. (1988). "Orta Dereceli Okul Öğrencilerinde Sigara İçme Alışkanlığı, Okul İçi Etkinlikler ve Bazı Aile Özellikleri Arasındaki İlişkiler". *Ankara Tıp Mecmuası*; 42: 41-54.
73. Kottke TE., Battsta RN., De Friesse GH., et al. (1988). Attributes of Successful Smoking Cessation Interventions in Medical Practise. *JAMA*. 259; 2882-2889.
74. Köknel Ö. (1976). *İnsanlık Tarihi Boyunca Uyuşturucu Madde Sorunları*. Gelişme Yayınları. İstanbul.
75. Köknel Ö. (1983). *Alkolden Eroine Kişilikten Kaçış*. Altın Kitaplar Yayınevi, Bilimsel Sorunlar Dizisi. İstanbul.
76. Lando HA. (1993). Formal Quit Smoking Programs. In: (Orleans CT., Slade J. Eds). *Nicotin Addiction: Principles and Management*. Newyork. Oxford University Press.
77. Lanfga, A (1993). "Volatile Substance Abuse: A Brief Report". *Br. C. P.*; 47:94.

78. Levy, S.J., Pierce, J.P. (1989). "Drug Use Among Sydney Teenagers in 1985 and 1986". *Community Health Stud.*; 13(2): 161-169.
79. Lewis, J.D., Moritz, D. (1981). "Long-Term Toluene Abuse". *American Journal Psychiatry*; 133(3): 368-370.
80. Madrey, W.C. and Imbuden, J.B. (1980). "Alcoholism and Associated Medical Problems". *The Principles and Practice of Medicine*. (eds). A. Mc G. Harvey, R.I. Johns and at. etc. New York: Appleton -Century-Crofts.
81. Marlatt GA., Gordon JR. eds. (1985). *Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Newyork, Guilford Press.
82. Masironi R., Roy L. (1982). *Cigarette Smoking in Young Age Groups. Geographic Prevalance*. World Health Organization Document, 1248.
83. Morse RM., Flavin DK. (1992). Definitions of Alcoholism. *JAMA*; 268: 1012-1014.
84. Newcomb, M.D., Maddahian, E., Bentler, P.M. (1986). "Risk Factor for Drug Use Among Adolescents: Concurrent and Longitudinal Analysis". *Am. J. Public Health*; 76: 525-530.
85. North, C.S., Smith, E.M., Spitnagel, E.L. (1993). "Is Antisocial Personality a Valid Diagnosis among the Homeless?". *Am. J. Psyc*; 150: 578.
86. O'Connor J., Daly M. (1985). The Smoking Habit. In: (Gill and Mc Millan eds). Association With the Health Education. Bureau, Dublin.
87. OPCS (1985). *Cigarette Smoking: 1972 to 1984*. OPCS Monitor General Household Survey. Reference GHS 85/2. 1-9 London.
88. Oral, G., Ziyalar, A., Tanman, Ç., İlkay, E. (1995). "Uçucu Madde Kullanımı ve Tinerçi Çocuklar". *Sendrom*, Eylül 1995. 78-83.
89. Orleans CT., Glynn TJ., Manley MW., Slade J. (1993). Minimal-Contact Quit Smoking Strategies for Medical Settings. In: (Orleans CT., Slade J. Eds). *Nicotin Addiction: Principles and Management*. Newyork. Oxford University Press.
90. Ortak Basın Bildirisi (1994). *Sağlık İçin Sigara Alarmı*. 1(1);19.
91. Özbay, H., Göka, E., Aktaş, A.M. ve arkadaşları (1991). "Ergenlerde Sigara, Alkol ve Madde Kullanımının Benlik İmajı, Depresyon ve Anksiyete Ölçümleri ile İlişkileri". *Düşünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*; 4(3): 53-58.
92. Özel, M.A. (1987). Alkolizmin Görülme Sıklığı ve Bunu Etkileyen Risk Faktörleri Üzerine Bir Araştırma. Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bl. Ankara.

93. Öztürk M.O. (1992). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 4. Basım. Hekimler Yayın Birliği Yayını. Ankara.
94. Pekşen Y. (1995). Sigara İçiminin Nedenleri, Epidemiyolojisi, Pasif İçicilik. Tür A. (Ed.). *Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri*. Logos Yayıncılık. İstanbul.
95. Pentel, P.(1975). "Toxicity of Over the Counter Stimulans". *JAMA*; 234(8): 841-842.
96. PİAR (1988). *Sigara Alışkanlıkları ve Sigarayla Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması*. PİAR Araştırma Ltd. Şti.
97. Pierce JP. (1989). International Comparisons of Trends in Cigarette Smoking Prevalence. *AJPH*; 79(2): 152-158.
98. Pratt, O., Tucker, M.M. (1989). Approaches to the Alcohol Problem in the Workplace. *Alcohol*; 24(5): 453-464.
99. Ramsey, J. Anderson, H.R., Bloor, K., Flanagan, R.J. (1989). "An Introduction to the Practise, Prevalance and Chemical Toxicology of Volatile Substance Abuse". *Human Toxicology*; 8(4): 261-269.
100. Reiger, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S. et. al. (1990). Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse. *JAMA*; 264(19): 2511-2518.
101. Resmi Gazete (3.5.1991). Bakanlar Kurulu Kararı. No: 20860.
102. Richardson, H. (1989). "Volatile Substance Abuse in Relation to Alcohol and Illicit Drugs: Psychological Perspective". *Human Toxicology*; 8(4): 323-327.
103. Richardson, H. (1989). "Volatile Substance Abuse: Evaluation and Treatment". *Human Toxicology*; 8(4): 319-322.
104. Robinson, T.N., Killen, J.D., Taylor, C.B. et..al. (1987). Perspectives on Adolescent Substance Use. *JAMA*; 258(15): 2072-2076.
105. Roemer, R. (1982); *Legislative Action Combat the World Smoking Epidemic*. W.H.O., Geneva.
106. Royal College of Physicians (1992). Sigara Kullanımı ve Gençler: Londra Kreliyet Hekimler Birliği'nin Sigara ve Sağlık Konusundaki Beşinci Raporu. (Çev. Sezer RE.). *Sigara Alarmı*; 1(4): 3-7.
107. Sağduyu, A., Rezaki, M. (1993). "Yarı Kırsal Bölgedeki Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Alkol Kullanımı". *Türk Psikiyatri Dergisi*; 4(1): 24-28.
108. Saluk, A. ve arkadaşları (1990). " 5100 Orta-Lise Öğrencisinde Sigara Epidemiyolojisi ve Spielberger Anksiyete Puanları İlişkisi". *İkinci Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*. İstanbul, 22-25 Mayıs 1990.

109. Schuckit, M.A (1985). Genetics and The Risk For Alcoholism. *JAMA*; 254: 7614-7617.
110. Schuckit, M.A., Gold, E. and Risch, C. (1987). Serum Prolactin Level in Sons of Alcoholics and Control Subjects. *Am. J. Psychiatry*; 144: 854-859.
111. Secretary of State for Health of the Nation (1992): A Strategy for Health in England. London.
112. Sencer E. (1991). *Beslenme ve Diyet*. Sandoz Ürünleri A.Ş. Yayınları. İstanbul.
113. Sezer RE. (1984). "Ankara'nın Ortaokul, Lise ve Dengi Okullarında Sigara İçme Durumu ve Sigaraya Başlama Nedenleri (1983)". *Doğa Bilim Dergisi*; 8(3): 375-384.
114. Sezer RE. (1992). "Yasa İle Desteklenmeyi Bekleyen Sigara Mücadelesi". *Sigara Alarmı*. 1; 5.
115. Sezer RE. (1994). "Nikotin Bağımlılığı ve Tedavisi, Birinci Kısım". *Sağlık İçin Sigara Alarmı*. 1(2); 47-51.
116. Sezer RE. (1995). "Nikotin Bağımlılığı ve Tedavisi, İkinci Kısım". *Sağlık İçin Sigara Alarmı*. 2(1); 7-12.
117. Sezer RE. (ed.) (1992). "Pasif İçicilik ve Kalp Hastalığı". *Sigara Alarmı*. 1; 3.
118. Sezer RE. (ed.) (1992). "Sigara (Tütün) Kullanımı Prevalens Araştırmalarında Temel Tanımlar ve İlgili Sorular". *Sigara Alarmı*; 2; 6-7.
119. Sezer RE. (ed.) (1992). "Sigara ve Ani Bebek Ölümü Sendromu". *Sigara Alarmı*. 4; 2.
120. Sezer RE. ve Ark. (1990). "Türkiye'nin Sigara Tüketim Trendi". *Milli Tütün Komitesi Bilimsel Araştırma Alt Komitesi 9. Toplantısında Sunulan Bildiriler ve Toplantı Tutanakları*. s.104-113. 22-24 Ekim 1990. İstanbul.
121. Sezer, R. E., Öztürk, Ş.Z., Bilgin, N., Açık, Y. (1990). "Elazığ'da Lise ve Dengi Okul Üçüncü Sınıf Öğrencilerinde Sigara İçme Durumu", *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 5(2):121-133.
122. Sezer, R.E. (1994). "Sigara Alarmı Sürüyor", *Sağlık İçin Sigara Alarmı*, 1: 1. (2)
123. Sezer, R.E. (Ed)(1992). "Çevredeki Sigara Dumanı ve Sağlık", *Sigara Alarmı*, 1:3. (11)
124. Sezer, R.E.(1985); "Sigara Sorunu ile Mücadele", *Milli Tütün Komitesi Bilimsel Araştırma Alt Komitesi 5. Toplantısında Sunulan Bildiriler*, 5-7 Kasım 1985. İstanbul.
125. Sezer, R.E., Öztürk, Ş.Z., Bilgin, N. ve Ark. (1989). "Elazığ'da Görev Yapan Hekimlerin ve Diş Hekimlerinin Sigara Konusundaki Davranışları, Tutumları, Düşünceleri (Ekim-1988), I. Kısım". *Doğa Bilim Dergisi*; 1989.
126. Shiffman S. (1984). Cognitive Antecedents and Sequelae of Smoking Relapse Crises.

Journal of Applied Social Psychology; 14: 296-309.

127. Spencer, J.D., Jaaseh, F.O., Trefny, F.A. (1978). "Halothane Abuse in Hospital Personnel". *JAMA*; 235(10): 1034-1035.
128. Tol, C. (1990). Lise Öğrencilerinin Alkol Kullanımını Etkileyen Bazı Değişkenler. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
129. Tuncer, C., Tolgay, A., Beyazyürek, M. ve arkadaşları (1988). "Uçucu Madde Bağımlısı Hastaların Psikolojik İncelenmesi". XXIV. *Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi. Serbest Bildiri*. 80.3-810. İstanbul.
130. Tümerdem, Y., Ayhan, B., Dişçi, R. ve arkadaşları (1987). "Orta Öğrenimdeki Gençlerde Alkol Kullanım Boyutları, Sosyoekonomik-Kültürel Etkinlikler". *I.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*; 50: 451-462.
131. Tümerdem, Y., Ayhan, B., Özsüt, H., Emekli, U. (1986). "Orta ve Yüksek Öğrenim Gençleri ve Alkol Kullanımı". XXII. *Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi*, 22-23 Ekim 1986.
132. Tümerdem, Y., Dişçi, R., Ayhan, B. (1985). "Metropolitan Bir Kentte Öğrenimdeki Gençlerin Sigara ve Alkol Kullanım Boyutları ve Etkinliklerinin Araştırılması, I. Kısım". *Adolesanın Sağlık Sorunları*. Türk Pediatri Kurumu Yayınları. İstanbul.
133. Tümerdem, Y., Özsüt, H., Emekli, U., Dişçi, R. (1986). "Öğrenimdeki Gençlerin Alkol Kullanım Boyutları ve Çevresinin Etkisi. II. Kısım (Burdur İli Lise Öğrencilerinde Yapılmış Epidemiyolojik Bir Araştırma)". XXIX. *Ulusal Türk Tıp Kongresi*, 25-29 Ekim 1986, Magosa.
134. U.S. Department of Health and Human Services (1987). Alcohol and Health From the Secretary of Health and Human Services. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Services Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration National Institute. *Alcohol Abuse and Alcoholism*. DHHS Publication. No: (ADM) 87-1519, Rockville, Maryland 20857.
135. U.S. Department of Health and Human Services (1988). *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction*. A Report of The Surgeon General. CDHHS Publication. No: CDC 88-8406, Washington DC, U.S. Government Printing Office.
136. U.S. Department of Health and Human Services (1989). *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress*. A Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control. Office of Smoking and Health. (DHHS Publication No (CDC) 89-8411.
137. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Services (1990). *The Health Benefits of Smoking Cessation*. A Report of The Surgeon General. Washington DC, U.S. Government Printing Office.

138. U.S. Department of Health, Education and Welfare (1972). *The Health Consequences of Smoking*. A Report of The Surgeon General. Washington DC, U.S. Government Printing Office.
139. Ün R. (1984). *Organik Kimya*. 139. İstanbul.
140. Ünal, M. (1979). Ruh Hastalıklarının Yaygınlığı ve Sosyoekonomik Olgularla İlişkisi. Doçentlik Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri B1. Ankara.
141. Ünal, M. (1981). *Alkol Psikozları. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Öztürk, M.O. (ed). Ankara.
142. Vaillant, G.E. (1983). *The Natural History of Alcoholism*. Cambridge: Harvard University Press.
143. Vilain, C. (1988). *The Evaluation and Monitoring of the Public Action on Tobacco: Smoke-Free Europe:3*. WHO Regional Office for Europe.
144. Warheit, G.J., Auth, J.B. (1989). Epidemiology of Alcohol Abuse in Adulthood. *Psychiatry*; 3:7.
145. West, R., Drummond, C., Eames, K. (1990). Alcohol Consumption, Problem Drinking and Antisocial Behavior in a Sample of College Students. *Br. J. Addict.*; 85(4): 479-486.
146. Westermeyer, J. (1987). "The Psychiatrist and Solvent-Inhalant Abuse Recognition Assesment And Treatment". *Am. J. Psychiatry*; 144: 7.
147. Wills, S. (1993). "Drugs and Substance Misuse, Volatile Substance Abuse". *Pharm. Jour.*; 381.
148. World Health Organization (1973). *Youth and Drugs*. Report of a World Health Organization Study Group. Geneva.
149. World Health Organization (1983). *Guidelines for the Contact of Tobacco Smoking Surveys among general Population*. WHO/SMO, 83, 4, Geneva.
150. World Health Organization (1988). *Planning for a Smoke-Free Generation. Smoke-Free Europe: 6, 13*, Geneva.
151. World Health Organization (1992). *International Classification of Disease "ICD 10"*, WHO, Geneva.
152. Yılmaz A (1992). Alkol ve Etkileri. *Sendrom*; Eylül 1992: 48-50.
153. Yücel İ (1995). Sigara ve Kanseri. Tür A. (Ed.). *Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri*. Logos Yayıncılık. İstanbul.
154. Ziyalar A (1980). *Sosyal Psikiyatri*. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği Vakfı Yayınları, İstanbul.

ÖZGEÇMİŞ

1961 Hekimhan (Malatya) doğumluyum. İlk ve orta öğrenimimi Malatya'da yaptıktan sonra, 1981-1982 öğretim döneminde Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu'na girdim ve 1985 yılında mezun oldum.

1986 yılında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak göreve başladım ve halen aynı görevi sürdürmekteyim.

Evli ve iki çocuk babasıyım. Yabancı dilim İngilizce'dir.

TEŞEKKÜR

Araştırmanın başlangıcından bugüne kadar bütün aşamalarında her türlü eğiti ve öğretici yardımlarını esirgemeyen, çalışmalarına rehberlik eden Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı sayın hocam Prof.Dr.R.Erol SEZER'e teşekkürü bir borç bilirim.

Ayrıca araştırmanın uygulama aşamasında her türlü kolaylığı sağlayan Elazığ Sanayi Sitesi işyeri sahipleri ve ustalarına, işinden vakit ayırarak sorularımızı cevaplayan Elazığ Sanayi Sitesi çıraklarına teşekkür ederim.

Nevzat BİLGİN

EK -1

ELAZIĞ SANAYİ SİTESİNDE ÇALIŞAN ÇIRAKLARDA SİGARA İÇME, ALKOL KULLANMA VE UÇUCU MADDE BAĞIMLILIĞI PREVALANS ARAŞTIRMASI ANKET FORMU

Form No:.....

İşyeri Kodu:.....

- 1- Doğum tarihinizi belirtiniz. (Ay ve yıl olarak).....
- 2- Öğrenim durumunuz nedir?

☐ Okuryazar değil	☐ Ortaokul Mezunu
☐ Okul bitirmemiş fakat okuryazar	☐ Lise ve dengi okul mezunu
☐ İlkokul mezunu	☐ Yüksekokul mezunu
- 3- Bitirdiğiniz son sınıf nedir?
- 4- Okuldan ne kadar süre önce ayrıldınız? (Ay ve yıl olarak belirtiniz)
- 5- Ne kadar süredir çalışıyor sunuz? (Ay ve yıl olarak belirtiniz)
- 6- Haftalık geliriniz ne kadardır?TL.
- 7- Haftalık harçlığınız ne kadardır?TL.
- 8- Babanızın öğrenim durumu nedir?

☐ Okuryazar değil	☐ Ortaokul Mezunu
☐ Okul bitirmemiş fakat okuryazar	☐ Lise ve dengi okul mezunu
☐ İlkokul mezunu	☐ Yüksekokul mezunu
- 9- Babanız ne iş yapmaktadır? (Ailenizin geçimini sağlayan kişi babanız değilse, geçiminizi sağlayan kişinin yaptığı işi ve size yakınlığını yazınız).
.....
- 10- Annenizin öğrenim durumu nedir?

☐ Okuryazar değil	☐ Ortaokul Mezunu
☐ Okul bitirmemiş fakat okuryazar	☐ Lise ve dengi okul mezunu
☐ İlkokul mezunu	☐ Yüksekokul mezunu
- 11- Anneniz bir işte çalışıyor mu? Çalışıyorsa belirtiniz.....
- 12- Şimdiye kadar (bir kez bile olsa) hiç sigara içtiniz mi?

☐ Evet	☐ Hayır
-------------------------------	--------------------------------

(Hayır diyenler 31. soruya geçecekler)

- 13- Yaşamanız boyunca toplam 100 adet (5 paket) sigara içmiş misinizdir?
() Evet () Hayır
- 14- Şimdiye kadar haftada en az bir tane olmak üzere üç ay ya da daha uzun bir süre sigara içtiğiniz oldu mu?
() Evet () Hayır
- 15- Haftada en az bir tane olmak üzere sigara içmeye başladığınızda kaç yaşınızda ve hangi döneminizdediniz?
..... yaşında () Okul döneminde sınıfta
() Okul dönemi sonrası, çalışma dönemi öncesi
() Çalışma döneminin yılında
- 16- Halen sigara içiyor musunuz?
() Hergün en az bir tane olmak üzere olmak üzere içiyorum
() Günde birden az fakat haftada en az bir tane olmak üzere içiyorum
() Haftada bir taneden daha az içiyorum
() İçmiyorum
(İçmiyorum diyenler 29. soruya geçecekler)
- 17- Günde veya haftada ortalama olarak ne kadar sigara içiyor sunuz? (Yalnızca bir seçeneği doldurunuz)
Günde adet sigara
(Hergün içmeyenler için, bir haftada içtikleri miktar yazılacaktır)
Haftada adet sigara
- 18- En çok hangi tip ve ne marka sigara kullanıyor sunuz?
Filtreli, markası
Filtresiz, markası
Diğer, açıklayınız
- 19- En son içtiğiniz sigaranın markası neydi?
- 20- Sabah ilk sigaranızı uyanışınızdan ne kadar sonra içersiniz?
() İlk beş dakika içinde () 6-30 dakika içinde
() 31-60 dakika içinde () Bir saatten sonra
- 21- Sigara içiminin yasak olduğu yerlerde içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?
() Evet () Hayır
- 22- Gün boyunca içtiğiniz sigaralardan hangisi size en hoş geliyor, diğer bir deyişle vazgeçilmesi en zor olanı hangisi ?
() Sabahın ilk sigarası () Diğer

- 23- Uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık mı içersiniz?
() Evet () Hayır
- 24- Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar rahatsız olduğunuzda da sigara içer misiniz?
() Evet () Hayır
- 25- Önümüzdeki 6 ay içerisinde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?
() Evet () Hayır
- 26- Önümüzdeki 1 ay içerisinde sigarayı bırakmaya niyetiniz var mı?
() Evet () Hayır
- 27- Geçen yıl sigarayı bırakmayı denediniz mi?
(Bırakma kararını takiben, 24 saatten daha fazla olmak üzere içmemek bir bırakma denemesi sayılır. 24 saatten kısa sürmüş bırakmalar bırakma deneyi sayılmaz)
() Evet () Hayır
- 28- Herhangi bir bırakma demeneniz olduysa, son bırakma denemenizi bozup yeniden başlamanız nasıl oldu? Yani neden yeniden başladınız?
.....
- 29- (Daha önce içip şimdi içmeyenler cevaplayacak) Sigarayı ne zaman bıraktınız?
.....
- 30- Bu kaçınıcı bırakma deneyiminiz?
- 31- En samimi olduğunuz dört arkadaşınızı aklınıza getirin. Bu dört arkadaşınızın kaç sigara içmektedir?
- 32- Şimdiye kadar (bir kez bile olsa) herhangi bir alkollü içki içtiniz mi?
() Evet () Hayır
(Hayır diyenler 43. soruya geçecekler)
- 33- İlk alkollü içkinizi kaç yaşında içtiniz?
- 34- İlk olarak içtiğiniz alkollü içki neydi?
- 35- Son bir yılda hiç alkollü içki içtiniz mi?
() Evet () Hayır
- 36- Son bir ayda hiç alkollü içki içtiniz mi?
() Evet () Hayır

- 37- Halen herhangi bir alkollü içki içiyor musunuz?
☐ Hergün içiyorum
☐ Günde birden az fakat haftada bir defadan fazla içiyorum
☐ Haftada bir kez içiyorum
☐ Haftada bir kereden daha az içiyorum
☐ Hiç içmiyorum
- 38- (Hiç içmiyorum diyenler) Son içkinizi ne kadar süre önce içtiniz?.....
- 39- Bir oturuşta 5 tane küçük bira ya da 5 sek damıtık içki (rakı, votka, cin veya viski gibi sert içki) ya da 5 bardak şarap (5 birim içki) içtiğiniz oluyor mu?
☐ Hiçbir zaman ☐ Ayda 1-3 defa
☐ Yılda 1'den az ☐ Haftada 1 defa
☐ Yılda 1-11 defa ☐ Her seferinde
- 40- Son iki haftada bir oturuşta 5 tane küçük bira ya da 5 sek damıtık içki (rakı, votka, cin veya viski gibi sert içki) ya da 5 bardak şarap (5 birim içki) içtiğiniz oldu mu?
☐ Evet ☐ Hayır
- 41- Son bir haftada kaç kez içki içtiğinizi ve her içişinizde kullandığınız içki miktarını ayrı ayrı belirtiniz. (Her şikkı ayrı cevaplayınız)
..... kez,
- 42- Genellikle ne tür alkollü içki kullanıyorsunuz?
- 43- İşyerinde ne tür sıvı ve gazlar kullanmak durumunda kalıyor sunuz?
☐ Yapıştırıcı (Bali) ☐ Tiner ☐ Benzin
☐ Spreyler (.....) ☐ Bütan ve Propan Gazlar
☐ Diğer (Açıklayınız) ☐ Hiçbiri
- 44- İşyerinde kullandığınız maddelerden hangilerinin kokusundan hoşlanıyor sunuz?
☐ Yapıştırıcı (Bali) ☐ Tiner ☐ Benzin
☐ Spreyler (.....) ☐ Bütan ve Propan Gazlar
☐ Diğer (Açıklayınız) ☐ Hiçbiri
- 45- İşyerinde kullandığınız sıvı maddelerin veya gazların hangilerinin kokularını, iş dışında da arzuluyor sunuz?
☐ Yapıştırıcı (Bali) ☐ Tiner ☐ Benzin
☐ Spreyler (.....) ☐ Bütan ve Propan Gazlar
☐ Diğer (Açıklayınız) ☐ Hiçbiri
- 46- Kokusundan hoşlandığınız için , özellikle kokladığınız bir sıvı veya gaz bir madde var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
(Hayır diyenler 57. soruya geçecekler)

47- (Cevabınız evet ise) Hangi sıvı veya gaz maddeleri kokluyor sunuz?

- () Yapıştırıcı (Bali) () Tiner () Benzin
() Spreyler (.....) () Bütan ve Propan Gazlar
() Diğer (Açıklayınız)

48- Son bir ayda hiç bu tür maddelerden kokladınız mı?

- () Evet () Hayır

49- Ne kadar süredir bu tür maddeler kokluyor sunuz?

50- Genellikle hangi aralıklarla koklarsınız?

- () Hergün () 2-3 günde bir () Haftada bir
() Nadiren

51- Ailenizin bu durumdan haberi var mı?

- () Evet () Hayır

52- (Cevabınız evet ise) Bu durumu öğrendiğinde ailenin tutumu ne oldu?

.....

53- İş bitiminde eve giderken, yanınıza kokladığınız maddeden alıyor musunuz?

- () Evet () Hayır

54- Bu tür maddeleri yalnız mı, arkadaşlarınızla birlikte mi kokluyor sunuz?

- () Yalnız () Arkadaşlarımla

55- Sizi bu tür maddeleri koklamaya iten nedenler neler olmuştur? (İlk koklamanın öyküsü)

.....
.....

56- Söz konusu maddeyi kokladığınızda neler hissediyor sunuz? Açıklayınız.

.....
.....

57- Sizce sanayide çalışan her 10 çıraktan kaç tanesinin sıvı veya gaz bir madde kokladığını düşünüyorsunuz?

EK- 2

ELAZIĞ SANAYİ SİTESİNDE ÇALIŞAN ÇIRAKLARDA SİGARA İÇME, ALKOL KULLANMA VE UÇUCU MADDE BAĞIMLILIĞI PREVALANS ARAŞTIRMASI ANKET FORMU KODLAMA KILAVUZU

1- Form numarası

2- İşyeri türü

- | | | |
|------------------|-----------------------|---------------------------------|
| 1- Motor | 8- Tankerci | 15- Oto döşeme |
| 2- Elektrik | 9- Damper, Kasa | 16- Egzos, Radyatör |
| 3- Kaporta, Boya | 10- Oto yedek parçası | 17- Tamponcu |
| 4- Öndüzen | 11- Römork | 18- Oto cam |
| 5- Lastik | 12- Makas | 19- Şanzıman, Fren, Difransiyel |
| 6- Akü | 13- Aksesuar, Nikelaj | 20- Mobilya |
| 7- Kaynakçı | 14- Torna, Tesviye | 21- Ağaç doğrama |
| | | 22- Balata |

3- Yaş (1) (Tüm yaşlar, doğum tarihinin 1994'ten çıkarılması yoluyla bulunacaktır)

4- Öğrenim durumu (2):

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| 1- Okur yazar değil | 4- Ortaokul mezunu |
| 2- Okul bitirmemiş fakat okur yazar | 5- Lise ve dengi okul mezunu |
| 3- İlkokul mezunu | 6- Yüksekokul mezunu |
| | 0- Halen öğrenci |

5- Bitirdiği son sınıf (3):

- | | | |
|--------------|---------------|------------------|
| 1- İlkokul 1 | 5- İlkokul 5 | 9- Lise 1 |
| 2- İlkokul 2 | 6- Ortaokul 1 | 10- Lise 2 |
| 3- İlkokul 3 | 7- Ortaokul 2 | 11- Lise 3 |
| 4- İlkokul 4 | 8- Ortaokul 3 | 0- Halen öğrenci |

6- Okuldan ne kadar süre önce ayrıldığı (4) (Ay olarak yazılacak)

0- Halen öğrenci

7- Ne kadar süredir çalıştığı (5) (Ay olarak yazılacak) 00- Bilinmiyor

8- Haftalık geliri (6): (Binle kısaltılmış olarak yazılacak)

9- Haftalık harçlığı (7): (Binle kısaltılmış olarak yazılacak)

10- Babasının öğrenim durumu (8):

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| 1- Okur yazar değil | 4- Ortaokul mezunu |
| 2- Okul bitirmemiş fakat okur yazar | 5- Lise ve dengi okul mezunu |
| 3- İlkokul mezunu | 6- Yüksekokul mezunu |

11- Babasının mesleği (9):

- | | | |
|---------------------------|------------------------|--|
| 1- Çalışmıyor | 5- Çiftçi, hayvancılık | 9- Hizmetli |
| 2- Memur | 6- Hamal | 10- Ahçı |
| 3- İşçi | 7- Marangoz, mobilya | 11- Şöför |
| 4- Emekli işçi veya memur | 8- Esnaf, tüccar | 12- Tesisatçı, fayancı, kaportacı, motor ustası vb. ustalıklar |
| | | 13- Diğer |

* Parantez içindeki sayılar, sözkonusu değişkenin anket formundaki sorusunun numarasıdır.

12- Annesinin öğrenim durumu (10):

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| 1- Okur yazar değil | 4- Ortaokul mezunu |
| 2- Okul bitirmemiş fakat okur yazar | 5- Lise ve dengi okul mezunu |
| 3- İlkokul mezunu | 6- Yüksekokul mezunu |
| | 0- Annesi yaşamıyor |

13- Annesinin mesleği (11):

- 1- Çalışmıyor 2- İşçi 3- Terzi 0- Annesi yaşamıyor

14- Şimdiye kadar (bir kez bile olsa) sigara içip içmeme durumu (12):

- 1- Evet 2- Hayır

15- Yaşamı boyunca toplam 100 adet (5 paket) sigara içme durumu (13):

- 1- Evet 2- Hayır 9- Cevap vermesi gerekmeyen

16- Şimdiye kadar haftada en az bir tane olmak üzere üç ay ya da daha uzun bir süre sigara içme durumu (14):

- 1- Evet 2- Hayır 9- Cevap vermesi gerekmeyen

17- Haftada en az bir tane olmak üzere sigara içmeye başladığında kaç yaşında olduğu (15):

15. soruda bildirilen yaş yazılacak, 99- Cevap vermesi gerekmeyen 0- Bilinmeyen

18- Haftada en az bir tane olmak üzere sigara içmeye başladığında hangi dönemde olduğu (15): 0- Bilinmeyen

- | | | |
|---------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1- İlkokul 1 | 8- Ortaokul 3 | 14- Çalışma döneminin 2. yılı |
| 2- İlkokul 2 | 9- Lise 1 | 15- Çalışma döneminin 3. yılı |
| 3- İlkokul 3 | 10- Lise 2 | 16- Çalışma döneminin 4. yılı |
| 4- İlkokul 4 | 11- Lise 3 | 17- Çalışma döneminin 5. yılı |
| 5- İlkokul 5 | 12- Okul dönemi sonrası, | 18- Çalışma döneminin 6. yılı |
| 6- Ortaokul 1 | çalışma dönemi öncesi | 19- Çalışma döneminin 7. yılı |
| 7- Ortaokul 2 | 13- Çalışma döneminin 1. yılı | 99- Cevap vermesi gerekmeyen |

19- Halen sigara içme durumu (16):

- 1- Hergün en az bir tane olmak üzere olmak üzere içiyor
2- Günde birden az fakat haftada en az bir tane olmak üzere içiyor
3- Haftada bir taneden daha az içiyor
4- İçmiyor

20- DSÖ'nün tasnifine göre (üç ay ya da daha fazla kullanma şartı aranarak) sigara içme durumu:

- 1- Hergün içenler: (12. ve 14. "evet" deyip, 16. soruya "hergün en az bir tane olmak üzere olmak üzere içiyorum" diyenler)
2- Günde birden az, haftada en az bir tane içenler: (12. ve 14. "evet" deyip, 16. soruya "günde birden az fakat haftada en az bir tane olmak üzere içiyorum" diyenler)
3- Haftada bir taneden az içenler: (12. ve 14. "evet" deyip, 16. soruya "Haftada bir taneden daha az içiyorum" diyenler)

4-Bırakmış olanlar: (12. ve 14. "evet" deyip, 16. soruya "içmiyorum" diyenler)

5-Denemiş olanlar: (12. soruya "evet" deyip, 14. soruya "hayır" deyip, 16. soruya "içmiyorum" diyenler)

6-Hiç içmeyenler: (12. soruya "hayır" diyenler)

21- DSÖ'nün tasnifine göre (üç ay ya da daha fazla kullanma şartı aranmaksızın) sigara içme durumu:

1-Hergün içenler: (12. soruya "evet" deyip, 16. soruya "hergün en az bir tane olmak üzere olmak üzere içiyorum" diyenler)

2-Günde birden az, haftada en az bir tane içenler: (12. soruya "evet" deyip, 16. soruya "günde birden az fakat haftada en az bir tane olmak üzere içiyorum" diyenler)

3-Haftada bir taneden az içenler: (12. soruya "evet" deyip, 16. soruya "Haftada bir taneden daha az içiyorum" diyenler)

4-Bırakmış olanlar: (12. ve 14. "evet" deyip, 16. soruya "içmiyorum" diyenler)

5-Denemiş olanlar: (12. soruya "evet" deyip, 16. soruya "içmiyorum" diyenler)

6-Hiç içmeyenler: (12. soruya "hayır" diyenler)

22- ABD'de kullanılan tasnife göre (yaşamı boyunca 100 adet sigara içmiş olma şartı aranarak) sigara içme durumu:

1-Hergün içenler: (12. ve 13. "evet" deyip, 16. soruya "hergün en az bir tane olmak üzere olmak üzere içiyorum" diyenler)

2-Günde birden az, haftada en az bir tane içenler: (12. ve 13. "evet" deyip, 16. soruya "günde birden az fakat haftada en az bir tane olmak üzere içiyorum" diyenler)

3-Haftada bir taneden az içenler: (12. ve 13. "evet" deyip, 16. soruya "Haftada bir taneden daha az içiyorum" diyenler)

4-Bırakmış olanlar: (12. ve 13. "evet" deyip, 16. soruya "içmiyorum" diyenler)

5-Denemiş olanlar: (12. soruya "evet" deyip, 13. soruya "hayır" deyip, 16. soruya "içmiyorum" diyenler)

6-Hiç içmeyenler: (12. soruya "hayır" diyenler)

23- ABD'de kullanılan tasnife göre (yaşamı boyunca 100 adet sigara içmiş olma şartı aranmaksızın) sigara içme durumu:

1-Hergün içenler: (12. soruya "evet" deyip, 16. soruya "hergün en az bir tane olmak üzere olmak üzere içiyorum" diyenler)

2-Günde birden az, haftada en az bir tane içenler: (12. soruya "evet" deyip, 16. soruya "günde birden az fakat haftada en az bir tane olmak üzere içiyorum" diyenler)

3- Haftada bir taneden az içenler: (12. soruya "evet" deyip, 16. soruya "Haftada bir taneden daha az içiyor um" diyenler)

4- Bırakmış olanlar: (12. ve 14. "evet" deyip, 16. soruya "içmiyorum" diyenler)

5- Denemiş olanlar: (12. soruya "evet" deyip, 16. soruya "içmiyorum" diyenler)

6- Hiç içmeyenler: (12. soruya "hayır" diyenler)

24- Ayda içilen ortalama sigara sayısı (17):

..... adet yazılacak, 999- Cevap vermesi gerekmeyen

25- En çok kullanılan sigara markası (18):

- | | | |
|---------------|---------------|-----------------------------|
| 1- Maltepe | 4- Marlboro | 7- Diğer yerli |
| 2- Samsun | 5- Camel | 8- Diğer yabancı |
| 3- Tekel 2000 | 6- Parliament | 9- Cevap vermesi gerekmeyen |
| | | 0- Cevapsız |

26- En son içilen sigara markası (19):

- | | | |
|---------------|---------------|-----------------------------|
| 1- Maltepe | 4- Marlboro | 7- Diğer yerli |
| 2- Samsun | 5- Camel | 8- Diğer yabancı |
| 3- Tekel 2000 | 6- Parliament | 9- Cevap vermesi gerekmeyen |
| | | 0- Cevapsız |

27- Sabah ilk sigaranın uyanışdan ne kadar sonra içildiği (20):

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| 0- Bir saatten sonra | 3- İlk beş dakika içinde |
| 1- 31-60 dakika içinde | 9- Cevap vermesi gerekmeyen |
| 2- 6-30 dakika içinde | |

28- Sigara içiminin yasak olduğu yerlerde içmeden durmakta zorlanma durumu (21):

- | | | |
|----------|---------|-----------------------------|
| 0- Hayır | 1- Evet | 9- Cevap vermesi gerekmeyen |
|----------|---------|-----------------------------|

29- Gün boyunca içilen sigaralardan en hoş olanı (22):

- | | | |
|----------|-------------------------|-----------------------------|
| 0- Diğer | 1- Sabahın ilk sigarası | 9- Cevap vermesi gerekmeyen |
|----------|-------------------------|-----------------------------|

30- Uyanmayı izleyen ilk saatlerde, daha sık sigara içme durumu (23):

- | | | |
|----------|---------|-----------------------------|
| 0- Hayır | 1- Evet | 9- Cevap vermesi gerekmeyen |
|----------|---------|-----------------------------|

31- Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar rahatsız olma halinde de sigara içme durumu (24):

- | | | |
|----------|---------|-----------------------------|
| 0- Hayır | 1- Evet | 9- Cevap vermesi gerekmeyen |
|----------|---------|-----------------------------|

32- Günde içilen sigara sayısı (17):

- | | |
|---------------------------|-----------------------------|
| 0- 10 veya daha az sigara | 3- 31 + sigara |
| 1- 11-20 sigara | 9- Cevap vermesi gerekmeyen |
| 2- 21-20 sigara | |

33- Önümüzdeki 6 ay içerisinde sigarayı bırakmayı düşünme durumu (25):

- | | | |
|---------|----------|-----------------------------|
| 1- Evet | 2- Hayır | 9- Cevap vermesi gerekmeyen |
|---------|----------|-----------------------------|

34- Önümüzdeki 1 ay içerisinde sigarayı bırakmayı düşünme durumu (26):

1- Evet 2- Hayır 9- Cevap vermesi gerekmeyen

35- Geçen yıl sigarayı bırakmayı deneme durumu (27):

1-Evet 2- Hayır 9- Cevap vermesi gerekmeyen

36- Bırakma aşamalarına göre sınıflama (25, 26 , 27)

1-Bırakmayı düşünmeyenler: (25. soruya "hayır" diyenler)

2-Bırakmayı düşünenler: (25. soruya "evet" deyip, 26. soruya "hayır" diyenler ve/veya 27. soruya "hayır" diyenler)

3-Bırakma hazırlığı içinde olanlar: (25, 26. ve 27. sorulara "evet" diyenler)

4-Bırakmayı deneyenler: (29. soruya "6 aydan az" cevabını verenler)

5-Bırakmayı sürdürenler: (29. soruya "6 aydan fazla, 5 yıldan az" cevabını verenler)

9- Cevap vermesi gerekmeyen

37- Bırakma denemesini bozma nedeni (28):

1-Dayanamadım

6-

2-Arkadaşlarım ısrar etti

7-

3- Sıkıntılar, stres, sorun

8-

4- Aşırı içme isteği

9- Cevap vermesi gerekmeyen

5-

38- Sigarayı ne kadar zaman önce bıraktığı (29): (Bırakma süresi ay olarak belirtilecek)

00- 1 aydan daha az

99- Cevap vermesi gerekmeyen

39- Bırakmış olanların, kaçınıcı denemeleri olduğu (30):

(Sayı belirtilecek)

9- Cevap vermesi gerekmeyen

40- En samimi dört arkadaşın kaç tanesinin sigara içtiği (31):

(Sayı yazılacak: 0, 1, 2, 3, 4) 9- Cevap vermesi gerekmeyen

41- Şimdiye kadar bir kez bile olsa, herhangi bir alkollü içki içip içmeme durumu (32):

1-Evet

2- Hayır

42- İlk alkollü içkiyi içme yaşı (33):

(Belirtilen yaş yazılacak):

99- Cevap vermesi gerekmeyen

43- İlk içilen alkollü içki (34):

1- Bira

4- Viski

7- Cin

2- Şarap

5- Votka

8- Likör

3- Rakı

6- Kanyak

9- Cevap vermesi gerekmeyen

44- Son bir yılda içki içip içmeme durumu (35):

1-Evet

2- Hayır

9- Cevap vermesi gerekmeyen

45- Son bir ayda içki içip içmeme durumu (36):

1-Evet

2- Hayır

9- Cevap vermesi gerekmeyen

- 46- Halen herhangi bir alkollü içki içip içmeme durumu (37):
1- Hergün içiyor
2- Günde birden az fakat haftada bir defadan fazla içiyor
3- Haftada bir kez içiyor
4- Haftada bir defadan daha az içiyor
5- Bırakmış
6- Hiç içmemiş (32. soruya "hayır" diyenler)
- 47- 37. soruya "içmiyorum" diyenlerin son içkilerini ne kadar süre önce içtiği (38):
(Belirtilen süre "ay" olarak yazılacak) 99- Cevap vermesi gerekmeyen
00- 1 aydan az
- 48- Bir oturuşta 5 birim içki içme durumu (39):
1- Hiçbir zaman
2- Yılda 1'den az
3- Yılda 1-11 defa
4- Ayda 1-3 defa
5- Haftada 1 defa
6- Her seferinde
9- Cevap vermesi gerekmeyen
- 49- Son iki haftada bir oturuşta 5 birim içki içme durumu (40):
1- Evet 2- Hayır 9- Cevap vermesi gerekmeyen
- 50- Son bir haftada kaç kez içki içtiği (41):
(Sayı yazılacak: 0, 1, 2, 3, 4,.....) 9- Cevap vermesi gerekmeyen
- 51- Son bir haftada 1. içişte kaç birim içki içildiği (41):
(Sayı yazılacak: 0, 1, 2, 3, 4, 5) 9- Cevap vermesi gerekmeyen
- 52- Son bir haftada 2. içişte kaç birim içki içildiği (41):
(Sayı yazılacak: 0, 1, 2, 3, 4, 5) 9- Cevap vermesi gerekmeyen
- 53- Son bir haftada 3. içişte kaç birim içki içildiği (41):
(Sayı yazılacak: 0, 1, 2, 3, 4, 5) 9- Cevap vermesi gerekmeyen
- 54- Son haftada toplam olarak kaç birim içki içildiği (41):
(Sayı yazılacak: 0, 1, 2, 3, 4, 5) 9- Cevap vermesi gerekmeyen
- 55- Genellikle kullanılan içki türü (42):
1- Bira 4- Viski 7- Cin
2- Şarap 5- Votka 8- Likör
3- Rakı 6- Kanyak 9- Cevap vermesi gerekmeyen
0- Cevapsız
- 56- İşyerinde "yapıştırıcı (bally)" kullanmak durumunda kalıp kalmadığı (43):
1- Evet 2- Hayır
- 57- İşyerinde "tiner" kullanmak durumunda kalıp kalmadığı (43):
1- Evet 2- Hayır
- 58- İşyerinde "benzin" kullanmak durumunda kalıp kalmadığı (43):
1- Evet 2- Hayır

59- İşyerinde "mazot" kullanmak durumunda kalıp kalmadığı (43):

1- Evet 2- Hayır

60- "Yapıştırıcı (bally)"nın kokusundan hoşlanıp hoşlanmadığı (44):

1- Evet 2- Hayır

61- "Tiner"in kokusundan hoşlanıp hoşlanmadığı (44):

1-Evet 2- Hayır

62- "Benzin"in kokusundan hoşlanıp hoşlanmadığı (44):

1-Evet 2- Hayır

63- "Mazot"un kokusundan hoşlanıp hoşlanmadığı (44):

1-Evet 2- Hayır

64- "Yapıştırıcı (bally)"nın kokusunu iş dışında arzulayıp arzulamama durumu (45):

1-Evet 2- Hayır

65- "Tiner"in kokusunu iş dışında arzulayıp arzulamama durumu (45):

1-Evet 2- Hayır

66- "Benzin"in kokusunu iş dışında arzulayıp arzulamama durumu (45):

1-Evet 2- Hayır

67- "Mazot"un kokusunu iş dışında arzulayıp arzulamama durumu (45):

1-Evet 2- Hayır

68- Kokusundan hoşlandığı için , özellikle kokladığı bir maddenin olup olmadığı (46):

1-Evet 2- Hayır

69- Hangi maddeyi kokladığı (47):

1- Yapıştırıcı (bally) 2- Tiner 3- Benzin
4- Mazot 5- Yapıştırıcı ve Tiner
9- Cevap vermesi gerekmeyen

70- Son bir ayda bu maddeyi koklayıp koklamadığı (48):

1-Evet 2- Hayır 9- Cevap vermesi gerekmeyen

71- Ne kadar süredir bu maddeyi kokladığı (49):

(Belirtilen süre "ay" olarak yazılacak) 99- Cevap vermesi gerekmeyen
00- Cevapsız (Hatırlamıyor)

72- Bu maddeyi genellikle hangi aralıklarla kokladığı (50):

1-Hergün 2- 2-3 günde bir 3- Haftada bir
4- Nadiren 5- Sadece bir kez denemiş 9- Cevap vermesi gerekmeyen

73- Ailenin bu durumdan haberi olup olmadığı (51):

1-Evet 2- Hayır 9- Cevap vermesi gerekmeyen

74- Bu durum karşılığında ailenin tutumunun ne olduğu (52):

- | | |
|-----------------------|-----------------------------|
| 1- Dövdüler, kızdılar | 6- |
| 2- Karışmıyorlar | 7- |
| 3- | 8- |
| 4- | 9- Cevap vermesi gerekmeyen |
| 5- | |

75- İş bitiminde eve giderken, yanına kokladığı maddeden alıp almadığı (53):

- | | | |
|---------|----------|-----------------------------|
| 1- Evet | 2- Hayır | 9- Cevap vermesi gerekmeyen |
|---------|----------|-----------------------------|

76- Bu maddeyi yalnız mı, arkadaşlarıyla mı kokladığı (54):

- | | | |
|-----------|-------------------|-----------------------------|
| 1- Yalnız | 2- Arkadaşlarıyla | 9- Cevap vermesi gerekmeyen |
|-----------|-------------------|-----------------------------|

77- Sanayide çalışan her 10 çıraktan kaç tanesinin uçuşu madde kokladığını düşündüğü (57):

- | | |
|---|---------------|
| (Sayı yazılacak: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) | 9- Bilmiyorum |
|---|---------------|