



**T.C.**  
**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SİGARA BAĞIMLISI BİREYLERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ**  
**DAVRANIŞININ VE ETKİLİ FAKTÖRLERİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**DR. MERYEM SOLAK KARABÖRK**  
**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**YRD. DOÇ. DR. AYŞEGÜL ERDOĞAN**

**KAHRAMANMARAŞ-2016**

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

Tıp Fakültesi Dekanlığı'na

Arş. Gör. Dr. Meryem SOLAK KARABÖRK tarafından hazırlanan "Sigara Bağımlısı Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışının Ve Etkili Faktörlerin Değerlendirilmesi" adlı bu tezin Tıpta Uzmanlık tezi olarak uygun olduğunu onaylım.

Yrd. Doç. Dr. Ayşegül ERDOĞAN

Danışman

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği ile Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında Tıpta Uzmanlık tezi olarak 13./12/2016 tarihinde kabul edilmiştir.

Tez Değerlendirme Jüri Tutanağı:			İmza:
Başkan	Prof. Dr. Mustafa ÇELİK	Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Ayşegül ERDOĞAN	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	
Üye	Prof. Dr. Cahit ÖZER	Aile Hekimliği Anabilim Dalı	

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Tarih :13/12/ 2016

.....  
Dekan

Bu tez, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi tez yazım ve basım yönergesine uygundur.

## TEŞEKKÜRLER

Uzmanlık eğitimim süresince bilgilerini ve tecrübelerini her zaman bizimle paylaşan, desteklerini sürekli yanımda hissettiğim yetişmemde büyük emeği olan Anabilim Dalı başkanımız sayın Prof. Dr. Mustafa Çelik hocama şükranlarımı sunarım.

Tezimin gerçekleştirilmesi aşamalarında bilgi birikimi ve deneyimlerinden yararlandığım bana desteklerini ve katkılarını esirgemeyen tez danışmanlığımı yapan Halk Sağlığı Anabilim Dalı başkanı sayın Yrd. Doç. Dr. Ayşegül Erdoğan hocama en içten teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim sırasında eğitim ve öğretimime katkısı olan diğer klinik bölümlerdeki tüm değerli hocalarıma ve birlikte çalıştığım kıymetli arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Sevgi ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim canım aileme sonsuz teşekkür ederim.

**Dr. Meryem SOLAK KARABÖRK**  
**KAHRAMANMARAŞ-2016**

**SİGARA BAĞIMLISI BİREYLERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ  
DAVRANIŞININ VE ETKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**(Tıpta Uzmanlık Tezi)**

**Dr. Meryem SOLAK KARABÖRK**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**ARALIK-2016**

**ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Bu araştırmada, sigara bağımlısı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve etkili faktörlerin değerlendirilmesini amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamıza Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran 121 sigara bağımlısı hasta ile Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 120 sağlıklı birey dahil edildi. Katılımcılara sosyo-demografik özellikleri içeren anket formu, sağlıklı yaşam biçimi davranış ölçeği II formu ile sigara bağımlılarına sigara ile ilişkili sorular ve Fagerström Nikotin Bağımlılık testi formu uygulandı. İstatistiksel analizde Ki-kare, t-testi, tek ve iki yönlü varyans analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması sigara kullananlarda  $32,7\pm 8,9$  yıl iken sigara kullanmayanlarda  $33,9\pm 9,3$  yıl olarak saptanmıştır. Gruplar arasında sosyo-demografik özellikler açısından fark yoktur. Sigara bağımlısı bireylerin sigara kullandığı yıl ortalaması kadınlarda  $12,8\pm 7,9$  ve erkeklerde  $13,6\pm 8,9$  yıl olup kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ( $p=0,626$ ). Sağlıklı yaşam biçimi davranış ölçeği puan ortalaması sigara kullananlarda  $122,9\pm 16,9$  ve sigara kullanmayanlarda ise  $131,4\pm 18,5$  bulunmuştur. Sigara kullanamayanlarda sigara kullananlara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,001$ ). Katılımcıların Sağlıklı yaşam biçimi davranış ölçeği alt grupları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sigara kullanmayanlarda sigara kullananlara göre sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi boyutlarının puan ortalamaları yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Fiziksel aktivite alt boyutunda ölçeğin puan ortalaması

sigara kullanmayanlarda sigara kullananlara göre yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,064$ ).

**Sonuç:** Çalışmamızda sigara kullananların sigara kullanmayanlara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt gruplardan beslenme, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi daha düşük bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Sigara, Sigara bağımlılığı, Sağlıklı yaşam biçimi davranış ölçeği

**Sayfa Adedi:** 54

**Danışman:** Yrd. Doç. Dr. Ayşegül ERDOĞAN



**EVALUATION OF HEALTHY LIVING BEHAVIOR AND EFFECTIVE  
FACTORS IN SMOKING INDIVIDUALS**

**(Specialization Thesis)**

**MD. Meryem SOLAK KARABÖRK**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM UNIVERSITY**

**FACULTY OF MEDICINE**

**DECEMBER-2016**

**ABSTRACT**

**Aim:** In this study, we aimed to evaluate healthy lifestyle behaviors and effective factors of smoking addicted individuals.

**Material and Methods:** 121 smokers who were admitted to the outpatient clinic and 120 healthy individuals who applied to the Family Physician Polyclinic at Kahramanmaraş Sütçü İmam University Faculty of Medicine were included. A questionnaire containing socio-demographic characteristics, a healthy lifestyle behavior scale II form, smoking-related questions on tobacco addicts, and the Fagerström Nicotine Dependence test form were applied to the participant. Chi-square, t-test, single- and two-way analysis of variance were used for statistical analysis.

**Results:** The average age of participants was  $32,7 \pm 8,9$  years in smokers and  $33,9 \pm 9,3$  years in non-smokers. There was no difference in terms of socio-demographic characteristics among the groups. The mean of smoking cigarette of addiction were  $12,8 \pm 7,9$  for females and  $13,6 \pm 8,9$  for males and there was no statistical difference between males and females ( $p=0,626$ ). Healthy lifestyle behavior scale scores were found to be  $122,9 \pm 16,9$  in smokers and  $131,4 \pm 8,5$  in non-smokers. The mean score of healthy lifestyle behaviors according to smokers was higher in non-smokers than smokers and statistically significant ( $p=0,001$ ). When the average scores of subscales of participants' Healthy lifestyle behavior scale were compared; The scores of health responsibility, nutrition, spiritual development, interpersonal relations and stress management were higher than non-smokers, and this difference was statistically significant  $p < 0,05$ . The mean score in the physical activity subscale is higher than non-

smokers in the non-smoker, but the difference is statistically significant( $p=0,064$ ).

**Conclusion:** Our study found that healthy lifestyle behaviors and nutrition, health responsibility, spiritual development, interpersonal relationships and stress management were lower in smokers than non-smokers

**Key Words:** Smoking, Cigarette-addiction, Healthy lifestyle behavior scale

**Page Number:** 54

**Advisor:** Assistant Prof. MD. Ayşegül ERDOĞAN



# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEŞEKKÜRLER .....	i
ÖZET .....	ii
ABSTRACT .....	iv
İÇİNDEKİLER .....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	viii
TABLolar DİZİNİ .....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Sigara .....	3
2.1.1 Tütünün tarihçesi .....	3
2.1.2. Sigaranın epidemiyolojisi .....	4
2.1.3. Sigaranın içeriği .....	6
2.1.4. Sigara kullanımının sağlığa etkileri .....	7
2.1.4.1. Genel sağlık etkileri .....	7
2.1.4.2. Solunum sistemi üzerine etkileri .....	8
2.1.4.3. Kardiyovasküler hastalıklar üzerine etkisi .....	8
2.1.4.4. Sigaranın gebe ve fetüs üzerine etkisi .....	9
2.1.4.5. Sigara ve kanser .....	10
2.1.4.6. Sigara ve diğer hastalıklar .....	11
2.1.5. Sigara bağımlılığı .....	12
2.1.5.1. Fagerström nikotin bağımlılık testi .....	13
2.2. Beden Kitle İndeksi (BKI) .....	13
2.3. Sağlık .....	14
2.3.1 Sağlıklı yaşam biçimi davranışı (SYBD) .....	14
2.3.1.1. Beslenme .....	15
2.3.1.2. Fiziksel aktivite .....	16
2.3.1.3. Kişiler arası ilişkiler .....	16
2.3.1.4. Manevi gelişim .....	17
2.3.1.5. Sağlık sorumluluğu .....	18
2.3.1.6. Stres yönetimi .....	18
3. GEREÇ ve YÖNTEMLER .....	20



4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA .....	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	42
7. KAYNAKLAR .....	45
8. EKLER	



## SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
UHYE-ME	: Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
FEV1	: Birinci saniyede dışarı verilen hava miktarı
HDL	: Yüksek Dansiteli Lipoprotein
LDL	: Düşük Dansiteli Lipoprotein
FDA	: Amerika Birleşik Devletlerinin Gıda ve İlaç İdaresi
BKI	: Beden Kitle İndeksi
SYBD	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeğı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Katılımcıların cinsiyete ve sigara kullanımına göre dağılımı .....	23
<b>Tablo 2.</b> Sigara kullanan ve kullanmayan kadın katılımcıların BKİ durumu .....	24
<b>Tablo 3.</b> Sigara kullanan ve kullanmayan erkek katılımcıların BKİ durumu. ....	25
<b>Tablo 4.</b> Sigara bağımlısı bireylerin cinsiyete göre kapalı alanda sigara kullanma durumu. ....	25
<b>Tablo 5.</b> Sigara bağımlısı bireylerin cinsiyete göre sigara bırakma denemeleri. ....	26
<b>Tablo 6.</b> Sigara kullananların cinsiyete göre son bir yıl içinde sigara bırakma denemeleri. ....	26
<b>Tablo 7.</b> Sigara kullananlar arasında sigara bırakmayı istemeyenlerin nedenlerine göre dağılımı .....	27
<b>Tablo 8.</b> Sigara bağımlısı bireylerin cinsiyete göre Fagerström nikotin bağımlılık Testi sonuçlarının dağılımı. ....	27
<b>Tablo 9.</b> Sigara kullanan ve sigara kullanmayan bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalaması karşılaştırılması. ....	28
<b>Tablo 10.</b> Cinsiyete göre sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalaması karşılaştırılması. ....	28
<b>Tablo 11.</b> Eğitim düzeylerine göre sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalaması karşılaştırılması. ....	29
<b>Tablo 12.</b> Çocuk sahibi olma durumuna göre sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde SYBDÖ puan ortalaması karşılaştırılması. ....	29
<b>Tablo 13.</b> Aile tipine göre sigara kullanan ve sigara kullanmayan bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalaması karşılaştırılması. ....	30
<b>Tablo 14.</b> Aylık gelir düzey algılarına göre sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalaması karşılaştırılması. ....	31
<b>Tablo 15.</b> Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği maddelerinin puan ortalamasına göre karşılaştırılması (min:1-maks:4). ....	31
<b>Tablo 16.</b> Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğindeki alt gruplarının puan ortalamasına göre karşılaştırılması.....	34

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara bağımlılığı, günümüzün en önemli ve en ciddi sağlık sorunlarından biridir. Sigara deneyen her dört kişiden üçü bağımlı hale gelmektedir ve günlük sigara tüketimi nikotinin yaptığı bağımlılık nedeniyle orantılı olarak değişmektedir (1,2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), önlenebilir en önemli hastalık sebebi olarak sigarayı göstermektedir. Dünyada her sene yaklaşık 5 milyon insan sigaraya bağlı olarak hayatını kaybetmektedir. Sigara salgınının böyle devam etmesi halinde sigaraya bağlı ölümlerin 2030 yılında 10 milyona ulaşması beklenmektedir. Bu ölümlerin yaklaşık 7 milyonu az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olacağı tahmin edilmektedir. Bunun sebebi ise, sigara kullanımı gelişmiş ülkelerde azalma gösterirken, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde artma eğiliminde olmasındandır. DSÖ'nün, 2009 yılında küresel tütün salgınına ve bu salgının önlenmesine yönelik tedbirleri içeren ikinci kapsamlı raporu olan "Küresel Tütün Salgını Raporu"na göre; Türkiye'de onsekiz yaş üstündekilerin sigara kullanma oranı %33,4'tür. Onsekiz yaş üstü erkeklerin sigara kullanma oranı %50,6 iken, 18 yaş üstü kadınların sigara kullanma oranı %16,6'dır (3).

DSÖ'nün bilgilerine göre; Türkiye'de sigara kullanan 35-69 yaşları arasındaki kadınların %5'i, erkeklerin ise %25'inden fazlası tütün kullanımı nedeniyle hayatlarını yitireceği tahmin edilmektedir (4).

Birincil koruma; hastalıkların oluşmasını önlenmek için hastalıkların etkenlerini veya risk faktörlerini ortadan kaldırmak amacıyla yapılan girişimlerdir. Birincil koruma içinde bulaşıcı olmayan hastalıkları önlemek amacıyla yapılan yaşam biçimi değişiklikleri bulunmaktadır. Birincil korumanın temel özelliklerinden biri sağlıklı veya hasta olmasına bakılmaksızın tüm toplumu içeren, yaşam biçimi değişikliği veya sağlığı geliştirmek amacıyla yapılan uygulamalardır (7). Sigara kullanımı, fazla kilolu olma veya obezite, hipertansiyon ve diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleridir ve yaşam biçimi değişiklikleriyle önlenebilir. İnsanların kolayca ulaşabildiği ve sürekliliği olan birinci basamak sağlık kurumları insanların sağlık davranışlarını geliştirip devam ettirebilmesinde önemli role sahiptir (8).

Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması-2000 (UHYE-ME 2000) tarafından Türkiye genelinde belirlenmiş risk faktörleri olan yüksek kan basıncı, artmış vücut-kitle indeksi ve sigara içiminin ortadan kaldırılması ile ölümler önlenebilir.

Önlenebilir ölüm sayıları karşılaştırıldığında risk faktörlerinden olan sigara içimi üçüncü sıradadır ve sigara içilmemesi ile önemli sayıda ölümlerin önlenebileceği öngörülmüştür (9).

Bu çalışmada sigara bağımlısı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve etkili faktörlerinin ortaya konulması ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sigara

#### 2.1.1 Tütünün tarihçesi

Tütün, Patlıcangiller (Solanaceae) ailesinden olan “*Nicotiana tabacum*” adı verilen bitkinin yapraklarının kurutulması, ardından işlenip hazır hale getirilmesiyle oluşan şekline verilen isimdir. *Nicotiana Tabacum* türü, poliformik karakterde olup, bulunduğu çevreye uyum sağlayarak farklı tütün tiplerinin oluşmasına sebep olmuştur (10).

Tarımı Milattan Önce 6000 yıllarına kadar uzanan tütün bitkisi, Amerika yerlileri olan Mayalar tarafından kullanıldığı tarih kitaplarında belirtilmektedir. Tütünü yerliler puro şeklinde sararak ya da küçük parçalar halinde ilkel pipolarda kullanmışlardır (11).

Avrupalılar 1492 yılında Küba’ya ayak basan Christopher Columbus sayesinde tütünle tanışmışlardır. Küba yerlileri dini tören ve şöenlerde kullandıkları “Tobacos” adı verdikleri tütünü Avrupa’dan gelen denizcilere de ikram ederek tanıtmışlardır. Avrupa’ya tütünün yayılması ise, Jean Nicot sayesinde olmuştur. 1560 yılında Fransa’nın Portekiz elçisi olan Jean Nicot, Kral II. Henry’nin ölmesiyle depresyona giren kralın eşi Kraliçe Catherina de Medicie’ye tütün tohumu göndermiştir. Tütün tohumları saray bahçesine ekilmiş ve çiçek açınca kraliçenin migren türü baş ağrısı geçmiştir. Keyif ve cesaret verici olarak kullanılan tütün, bundan sonra “ilaç” olarak da kullanıldığı belirtilmiştir (11).

Tütün, 1601-1605 yılları arasında İngiliz, İspanyol ve Venedik gemici ve tacirleri tarafından İstanbul’a getirilmiştir. 1633 yılına kadar Osmanlı İmparatorluğu’nda tütün tarımı, kullanımı ve ithalatı için herhangi bir yasaklama getirilmemiştir. Ancak Sultan I. Ahmed zamanında tütün içmek yasaklanmış ve IV. Murad zamanında da ağır cezalar getirilmiştir. Tütün içme yasağı nedeniyle enfiye kullanımı artmıştır ve nargile kullanımı da gelişmiştir. 1646 yılında IV. Sultan Mehmet döneminde tütüne getirilen yasaklamalar kaldırmıştır. 1678 yılına kadar tütün serbest olarak ithal edilmiştir. Tütün tarımı serbest olduğundan Anadolu’da tütün ekilmeye başlanmıştır. Anadolu ve Trakya’da geniş alanlara tütün ekimi yapılmıştır. Ülkemizin

iklimi, toprak koşulları ve üreticinin özeni ile üstün kalite tütün üretilmiştir. Böylece Avrupa'ya da ihracat başlamıştır. Osmanlı İmparatorluğu döneminde 1861 senesinde tütün için en önemli gelişmeler yapılmıştır. 1862 senesinde ise bir nizamname ile tütünün inhisar şeklinde idaresi başlamıştır (12). Tütün'ü sigara ve paket halinde üreten fabrikalar 1874 yılında kurulmuş ve satış fiyatları kayıt altına alınmıştır. 1883 yılında tütün inhisarlarının işletilme hakkı Fransız Anonim Şirketi olan "Memalik-i Osmaniye Duhanları Müşterek'ül-menfaa Reji Şirketi" ne 30 yıllığına bir sözleşme ile verilmiştir. Reji şirketi faaliyetini 1923 yılına kadar devam ettirmiştir. Bu tarihten itibaren tütüne ait işlerin devlet tarafından yürütülmesi kabul edilmiştir (13).

### **2.1.2. Sigaranın epidemiyolojisi**

Sigara dünya genelinde en fazla kullanılan ve bağımlılık oluşturan maddelerden biri olarak belirtilmektedir. Hükümetlerin önleyici politikalarına rağmen tütün kaynaklı salgın dünya genelinde hâlâ sağlığı tehdit etmektedir (14).

Tütün tüketimi, önlenemeyen ve erken ölümlerin en önemli sebebidir. Günümüzde sigara ya da diğer tütün mamullerini tüketenlerin sayısı 1,3 milyar kişidir. Tütün tüketiminin yaklaşık %80'i az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır (15). Dünya Bankası bilgilerine göre, tüm dünya'da kadınların %12'si ve erkeklerin ise %47'sinin sigara içtiği tahmin edilmektedir (16). Dünyadaki tütün ürünlerini tüketenleri sayısı, dünya genelindeki 15 yaş üstü nüfusun üçte birini oluşturmaktadır ve 2025 senesinde 1,6 milyara, 2030 senesinde ise 2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Tüm dünyada günde 80.000 ile 100.000 çocuğun sigara bağımlısı olduğu öngörülmektedir (17).

Dünya Sağlık Örgütü, tütün, alkol ve bağımlılık oluşturan maddeleri 21. Yüzyılda herkes için sağlık kapsamında 12. hedefi olarak tanımlamıştır. Tüm ülkelerde 15 yaş üstü sigara içmeyenlerin oranını %80, 15 yaş altında ise %100'e yakın olması gerektiğini belirtmiştir. Sigara ile bağlantılı kontrol programlarındaki aksamanın her sene 1 milyon genç insanın sigara ile tanışmasına, 400 binden fazla yetişkinin hayatını erken yaşta kaybetmesine sebep olmaktadır (18).

DSÖ'nün verilerine göre sigara içme sıklığı 1990'lı yıllar da gelişmiş ülkelerde kadınlarda %24 ve erkeklerde %42, gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda %7 ve erkeklerde %48'dir. DSÖ'nün 2002 yılında ise gelişmiş ülkelerde kadınların %22'si ve

erkeklerin %35'i sigara içerken, gelişmekte olan ülkelerde kadınların %9'u ve erkeklerin %50'si sigara içmektedir (4, 19).

Türkiye Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008 yılı verilerine dayanarak; Türkiye de tütün ve tütün ürünlerini her gün ya da ara sıra kullanan, 15 yaş ve üstü bireylerin oranı %31,3 dür. Tütün ve tütün ürünlerini kullanım oranı kadınlarda %15 ve erkeklerde %47,9 olarak belirlenmiştir. Tütün ve tütün ürünlerini ömrü boyunca kullanmadıklarını bildirenlerin oranı ise %52,8'dir. Ömrü boyunca Tütün ve tütün ürünlerini kullanmadıklarını beyan edenlerden %74,8'ini kadınlar, %30,0'ünü ise erkeklerin oluşturduğu bildirilmiştir. Her gün ya da ara sıra tütün ve tütün ürünü kullanım oranı kentsel bölgelerde %33 iken, kırsal bölgelerde ise %27,2'dir. Tütün ve tütün mamulünü hiç kullanmayanların kentsel bölgelerdeki oranı %51 iken, kırsal bölgelerdeki oranı ise %57,1 olarak bildirilmiştir (20). Ülkemizde ortalama 4 milyon kadın ve 12 milyon erkek hâlâ sigara tüketmektedir (21). Küresel Yetişkin Tütün 2012 yılı Araştırması bilgilerine göre sigara kullanım oranı %27,1'dir. Sigara kullanım oranı kadınlarda ise %13,1 iken erkeklerde %41,4 olarak saptanmıştır (22). Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı 2013 çalışmasında ise sigara içme oranı kadınlarda %17, erkeklerde %43 olarak bulunmuştur. Sigara kullanma oranları en yüksek 25-44 yaş aralığında görülürken, bırakma oranları da en yüksek 55 ve üzeri yaşlarda olmaktadır (7).

DSÖ verilerine göre, sigaranın üretkenlikte azalmaya, sağlık harcamalarında artışa neden olacağı, ülke ekonomilerine her sene 100 milyar dolar zarara uğratacağı ve bir senede yaklaşık olarak altı milyon insanın hayatını kaybetmesine neden olacağı belirtilmektedir (14). Türkiye'de sigara kullanan 17 milyon insan bir günde 40 milyon doları, bir senede ise 15 milyar doları sigaraya harcamaktadır. Bu 17 milyondan 4 milyonu yaşamından 7 yılını, 4 milyonu ise 22 yılını yitirecektir. Ülkemizde her sene ortalama 100.000 kişi sigara nedeni hastalıklar dolayı hayatını kaybedecektir. Ülkemizde sigara nedeni hastalıkların bir yılda oluşturduğu ekonomik zarar 2,72 milyar dolardır. Bunlar işgücü kaybını, bireylerin ve ailelerin hastalıklar sebebiyle yaşadığı sosyal sorunları içermemektedir. Bu sorunlar karşısında tüm sağlık girişimleri içerisinde maliyet bakımından en uygun girişimlerden birisini sigaranın bırakılmasına yönelik tedaviler oluşturmaktadır (23).

Nüfus artışının yüksek olması, sağlık alanında bilgi eksikliği, kadınların sosyal statülerinin yükselmesi ve sigara bağımlılığına karşı koyabilmenin yetersiz olması nedeniyle gelişmemiş ülkelerde sorun hızlı bir şekilde devam edecektir. Gelişmiş



ülkelerde sigaraya karşı birçok kısıtlamaların getirilmesiyle birlikte büyük sigara firmaları yeni pazar bulmak amacıyla üçüncü dünya ülkelerine yönelerek bu ülkeler içinde sorunu arttıracaktır (24).

Sigara kullanma sıklığını eğitim, sosyoekonomik düzey, yaşanan bölge gibi etkenlerle değiştirmektedir. Bireylerin kendi sağlıkları açısından bilinçli davrandıkları, yaşam ve sağlık düzeylerinin iyi olduğu ve yasal düzenlemeler ile bireylerin sağlıklarını iyi koruyabildikleri bölgelerde sigaranın zararları bilinmekle birlikte sigara kullanma sıklığı da düşük olmaktadır. Bireylerin eğitim düzeyleri sigara kullanma sıklığında önemlidir. Sigara kullanma davranışını toplumun bir davranış olarak algıladığı gelişmekte olan ülkelerde, eğitim düzeyinden bağımsız olarak sigara içme oranları yüksektir (25).

Türkiye’de 1996 yılında tütün tüketimini kontrol edebilmek amacıyla ilk kez 4207 sayılı kanun çıkarılmıştır. Türkiye, DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi’ne taraf olduktan sonra, 2008 senesinde bu kanunun içeriği genişletilmiş ve kanun kademeli bir şekilde 2008 Mayıs ve 2009 Temmuz tarihleri arasında uygulanmaya başlamıştır. Bu yeni yasa ile birlikte Türkiye, dünyada en kapsamlı tütün kontrolü yasasına sahip olan 6 ülkeden (İrlanda, İngiltere, Yeni Zelanda, Uruguay, Bermuda ve Türkiye) biri haline gelmiştir (21).

### **2.1.3. Sigaranın içeriği**

Sigara dumanında, 4000’den fazla farmakolojik olarak aktif madde vardır. Bu maddelerin sitotoksik, mutajenik, antijenik ve karsinojenik özellikleri bulunmaktadır. Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi 2003 yılı raporuna göre sigara dumanı Grup 1 karsinojen olarak tanımlanmıştır (26).

Sigara yandığında sigara içen bireyin soluması ile ana akım ve ortama yayılmasıyla birlikte yan akım olmak üzere iki farklı duman oluşur. Sigara dumanında bulunan ana akımın partikül fazı ve gaz fazı olarak iki tipi vardır. Ana akım dumanını %8 partikül fazı ve %92 gaz fazından oluşurken, yan akım dumanının tamamına yakın büyük kısmını gaz fazı oluşturur. Yan akım dumanı meydana gelirken yanma ısısı daha az olduğundan dolayı ana akım dumanına kıyasla çok daha fazla kimyasal madde bulundurur. Yan akım dumanı kanserojen olarak tanımlanmış N-nitrosodimetilamini, ana akım dumanından 20-100 kat daha çok içermektedir. Ana akım dumanındaki partiküllerin boyutu 0,1-1,0 µm iken, yan akım dumanındaki partiküllerin boyutu 0,01-

1,0 µm'dir ve daha küçük yapıdadır (27). Gaz fazında  $10^{15}$ 'in üzerinde ve partikül fazının her gramında  $10^{17}$  den fazla serbest radikal içermektedir (28). Serbest radikaller lipit peroksidasyonu neden olur ve böylece hastalıkların oluşumuna yol açarlar (29).

Sigara dumanının gaz fazında karbonmonoksit, karbondioksit, azot oksitleri, uçucu nitroz aminler, hidrojen siyanür, kükürt içeren uçucu bileşikler, alkoller, aldehit ve ketonlar gibi birçok bileşikler bulunur. Partikül fazında ise katran, nikotin ve nem vardır. Partikül fazındaki nikotin ve nemin ayrılmasından sonra geride kalan yapışkan kahverenkli madde katran'dır ve içerisinde karsinogenik etkili polinükleer aromatik hidrokarbonlar bulundurulur (30).

Sigara dumanında bulunan Arsenik, benzen, berilyum, kadmiyum, krom, nikel, vinilklorur, 4-aminobifenil, benzo(a)piren, formaldehit, nitrojen mustard, N-nitrozodietilamin, asetaldehid, parakrezol, N-nitrozometiletamin, N 10 nitrozonornikotin, N-nitrozopiperidin, N-nitrozopirolidin, orto-toluidin gibi maddeler kanserle ilişkili olanlardan bir kısmıdır(31).

Her bir sigaranın içilmesi ile ortalama 2-3 mg nikotin ve 20-30 ml CO (Karbon Monoksit) vücuda alınmaktadır. Sigara dumanında bulunan nikotin, CO ve hidrojen siyanid en etkili bileşenlerdir. Sigaranın bağımlılık yapmasından sorumlu olan alkaloidi ise nikotindir. Nikotin merkezi sinir sistemi üzerinde düşük dozlarda uyarıcı etki oluştururken, yüksek dozlarda ise depresyona neden olur (32).

#### **2.1.4. Sigara kullanımının sağlığa etkileri**

##### **2.1.4.1. Genel sağlık etkileri**

Sigara ölümlerle sonlanmayan ortalama 50'si kronik ve yaklaşık 20'si ölümcül olan hastalıkla ilişkilidir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), akciğer kanseri, periferik ateroskleroz, beyin-damar hastalıkları ve kalp-damar hastalıklarının sebebinin sigara olduğu bilinmektedir. Tüm kronik akciğer hastalıklarının %80'inden, kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerin de üçte birinden sigara kullanımı sorumlu tutulmuştur. Son zamanlarda elde edilen kanıtlar ile kadınların sigaradan daha çok zarar görme ihtimalleri gösterilmiştir (33).

Sigara içiminin fatal etkilerinin yanında, kullananlar kullanmayanlara göre daha çok hastalanmaktadırlar. Sigara içenler, hiç kullanmamışlara ya da bırakanlara kıyasla akut ve kronik hastalığa daha fazla yakalanmakta ve günlük aktivitelerinden daha fazla uzak kalmaktadırlar. Daha fazla okul ya da iş devamsızlığı yapılmakla birlikte yatakta

geçirdikleri gün sayısı da daha fazladır. Sigara kullanmaya ergenlik döneminde başlamış ve uzun zamandan beri düzenli olarak sigara tüketen bireylerin yarısı sigara nedeniyle ölmekte ve bunların da yarısı orta yaşlarda hayatını kaybetmektedirler. Sigara kullanan bireylerin sigara kullanmayanlar ile kıyaslandığında beklenen yaşam süreleri 20–25 yıl kadar daha kısadır. Dünya genelinde sigara nedenli hastalıklar sebebiyle ölüm oranı 1990 senesinde %2,6 iken, bu rakamın 2020 senesinde %9'lara ulaşacağı öngörülmektedir (33).

#### 2.1.4.2. Solunum sistemi üzerine etkileri

Kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOA) için başlıca risk faktörü sigara tüketimidir. Sigara içimi ile KOA arasında direk olarak doz-yanıt ilişkisi vardır. Bundan dolayı sigara kullananlarda kullanmayanlar ile karşılaştırıldığında daha fazla KOA, pnömoni ve grip nedenli ölümler oluşmaktadır (34).

Sigara kullanımından dolayı mukosilyer fonksiyon bozulur, alveolar makrofaj aktivitesi zarar görür ve mukus bezlerinde hiperplazi ile birlikte hipertrofi oluşur. Sigara dumanı solunması ile bronş duvarında bulunan düz kaslar kasılır ve hava yolundaki direncinin yükselmesine yol açar. Böylece oluşan anatomik ve fonksiyonel değişimler neticesiyle ilerleyen zamanda kronik akciğer hastalığı meydana gelir (35).

Sigara kullananlarda FEV1 (Birinci saniyede dışarı verilen hava miktarı) değerleri daha düşük, FEV1 azalma hızı daha fazladır. Böylece doz yanıt ilişkisi oluşur ve erkeğe göre kadında daha ağır seyrederek. Orta yaşlı kişilerde ağır KOA riskinin göstergelerinden başlıca nedeni sigaradır. Sigara kullananlarda solunumsal şikayetler artmıştır. Sigara içimi ile dispne, kronik öksürük, balgam ve hırıltı arasında doz-yanıt bağlantısı oluşur. Bu semptomların meydana gelmesi hava yolu epitelinde siliyer kaybın olması, müköz bez hipertrofisi ve goblet hücre sayısında artma nedeniyle olur (36).

KOA'nın tüm evrelerinde sigara kullanımının engellenmesi başlıca yaklaşımdır. Üstelik sigara kullanımının bırakılması, akciğer fonksiyon kaybındaki hızlanmanın düşürülmesinde en önemli tedaviyi içerir. Sigara kullanımı ne kadar erken bırakılırsa akciğer fonksiyonlarındaki düzelmenin de o kadar etkili olacağı bilinmektedir (37).

#### 2.1.4.3. Kardiyovasküler hastalıklar üzerine etkisi

Kardiyovasküler hastalıkların temel risk faktörü sigara kullanımınıdır. Kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin günlük kullanılan sigara sayısı ile arasında bir bağlantı vardır (38). Koroner kalp hastalığı riski sigara kullananlarda 2–4 kat

artmıştır. Bununla birlikte koroner kalp hastalığının öteki risk faktörlerinden olan kolesterol yüksekliği ve hipertansiyonun da sigara kullanımı ile ilişkili olduğu bilinmektedir (35).

Özellikle koroner arter hastalığı olan bireylerde, ventrikül fibrilasyonu, akut miyokard infarktüsü ve ani ölüm gibi kardiyovasküler nedenli hastalıklara yol açmaktadır (39). Kalp krizleri ve ani ölümlere yol açmanın yanında belirgin düzeyde periferik küçük damarlarda dolaşımı bozukluğu oluşturduğundan anevrizma, varis ve gangren riskini daha da yükseltmektedir (40).

Pasif sigara dumanına maruz kalanlarda da kalp hastalığına yakalanma olasılığı artmaktadır. Yapılan bir çalışmada kendisi sigara kullanmayı, sigara içicisi olanlarla beraber yaşayan sigaraya pasif maruz kalanlarda kalp hastalığına yakalanma olasılığını % 30 seviyesine kadar yükselttiği ve bununla birlikte pasif maruziyette kalp hastalıklarının en başta gelen nedeni olduğu gösterilmiştir (41).

Sigara kullanımının bırakılmasından sonra sigara nedenli koroner kalp hastalığı riski bir yıl içinde %50 azalmakta ve 15 yıl sonra bu risk sigara kullanmayanlarla aynı seviyeye gelmektedir (42).

Sigara kullananların kullanmayanlarla kıyaslandığında serum yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) düzeyleri daha düşük olmakla birlikte serum kolesterol, düşük dansiteli lipoprotein (LDL) ve trigliserid seviyeleri önemli miktarda yükselmiştir. Bu durum tamamen anlaşılammış olsa da en azından insülin direnci ile HDL düşüklüğü arasında bağlantı olabileceği düşünülmektedir (43).

#### 2.1.4.4. Sigaranın gebe ve fetus üzerine etkisi

Sigara kullanan kadınlarda sigara kullanmayanlarla kıyaslandığında daha yüksek oranda infertilirdirler ve gebe kalmaları da daha geç olmaktadır. Buna ilaveten prenatal dönemde sigaraya maruz kalan infantlarda çeşitli majör doğumsal anomalilerin meydana geldiği bilinmektedir (36).

Hamileliği döneminde sigara kullanan annelerin bebeklerinin erken doğma ihtimalleri daha fazladır ve yaklaşık olarak 200–250 gr daha hafiftirler. Üstelik sigara kullanan anne bebeklerinde ani bebek ölüm sendromu, ölü doğum ve doğum sonrası ölüm riski daha fazladır (44). Hamileliği döneminde sigara kullanan annenin bebeğinde çeşitli ağır sağlık sorunları oluşabilir. Bütün bebek ölümlerinin %10'undan ve erken doğumların %14'ünden hamilelik döneminde sigara kullanımı sorumludur. (23).

#### 2.1.4.5. Sigara ve kanser

Tüm kanserlerin 1/3 ünün nedeni sigaradır (35). Sigara tüketimi akciğer, farinks, larinks, nazal kaviterler, nazal sinüsler, özefagus, mesane, böbrek, pankreas, mide, karaciğer, serviks kanseri ve myeloid lösemnin başlıca sebebidir (45).

Akciğer kanseri olgularının %90'ının nedeni sigaradır. Yapılan bir çalışmada 20 yaşından önce sigaraya başlamış eski sigara içicisi akciğer kanseri olan kişilerde birçok bölgede hücre mutasyonu oranı 20 yaşından sonra sigaraya başlayanlara kıyasla 2 kat fazla belirtilmiştir (46). Toksik metabolitleri ile DNA hasarı oluşturan sigara, solunum yollarında epitel hasarına neden olmaktadır. Başlangıçta skuamöz metaplazi halinde olan hasar, sigara kullanımının sürdürülmesi ile birlikte karsinoma insitu'ya dönüşebilmektedir (47).

Yapılan araştırmalarda kadın ve erkeklerde sigara akciğer kanserinin tüm histolojik tipleri (epidermoid, küçük hücreli, büyük hücreli ve adenokarsinom) için en önemli sebebi olduğu ispatlanmıştır. En sık görülen kanser türlerinden biri akciğer kanseridir; dünya genelinde en sık ölüme yol açan ve yılda 1,3 milyon ölüme neden olan kanserdir ve sağlık sorunlarının başlıca sebebi olmayı sürdürmektedir (48).

Akciğer kanseri sigara tüketicisinin her biri için risk oluşumu süresine ve miktarına bağlıdır. Mesela günde 20 adet veya daha az sigara içene göre 40 adet veya üzerinde sigara içenlerde iki kat daha fazla riski mevcuttur (36). Önemli bir faktör ise sigaraya başlama yaşıdır. Mesela, akciğer kanserine yakalanma riski 25 yaşından sonra sigaraya başlayanlara kıyasla 15 yaşından önce sigaraya başlayanlar da 4 kat daha fazladır. Akciğer kanserinden dolayı hayatını yitirenler ise sigara kullanmayanlara göre orta düzeyde sigara kullananlarda 10 kat, daha fazla sigara kullananlarda ise 15-25 kat artış gösterir (49).

DSÖ raporuna göre Tütünle Mücadele Hakkında Çerçeve Sözleşmesi'nde, bütün akciğer kanserlerinin % 80-90'ına ve gelişmekte olan ülkelerde ise bütün kanserlerin % 30'una tütünün neden olduğu, bunlarında önlenabilir kanser etkenleri içerisinde ilk sırada olduğu bildirilmektedir. 2050 yılında tütün nedenli ölümlerin ise 500 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Tütünle mücadele kapsamında yeni tütün kullanıcıların sayısı %50 azaltıldığında bu ölümlerin sayısının 340 milyona düşeceği öngörülmektedir (50). Sigaranın bırakılmasından sonra akciğer kanseri oluşma riski 5 yılda yarı yarıya, 10 yılda ise %80 oranında azalma göstermektedir (51).

Sigara tüketimi; akciğer, baş ve boyun, pankreas, üriner sistem ve mesane kanserlerinden mortalite riskini yükseltir (49,52).

Doll ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmaya göre sigara kullananlarda kullanmayanlara oranla özefagus kanseri, akciğer kanseri ve diğer respiratuvar sistem kanseri nedenli ölümlerin daha fazla olduğu bildirilmiş ve bu hastalıklarında sigara ile yakından bağlantılı olduğu saptanmıştır. Sigara içimini bırakmayı takiben 5 yıl içinde pankreas ve özefagus kanser riski azalma göstermektedir (42).

#### 2.1.4.6. Sigara ve diğer hastalıklar

Sigara, ağız kokusunun oluşumuna, tat alma duyusunda azalmaya, diş ve diş eti hastalıklarına, diş kaybına yol açmaktadır. Ayrıca koku alma duyusunun bozulmasına da sebep olmaktadır (53). Sigara içimi ile birlikte cerrahi ya da başka sebeplerden kaynaklanan yaraların iyileşmesi de geç olmaktadır(54). Sigara iştahın azalmasına ve fiziksel aktivite sırasında daha çok enerji kullanılmasına sebep olur. Bundan dolayı sigara kullanmayanlara göre sigara kullananların vücut ağırlığı daha düşüktür. Sigara içmenin bırakılması ile birlikte iştah artışı olup kilo alımı meydana gelmektedir (55).

Sigara kullananlarda en önemli gastrointestinal sağlık sorunu peptik ülserdir. Sigara, peptik ülser hastalığının iyileşme döneminin gecikmesinde, tekrarlamasında ve sebep olduğu ölümlerin önemli bir bölümünde risk faktörüdür. Peptik ülser iyileşmesi sigaranın bırakılması ile hızlanmakta ve komplikasyonlarında azaldığı bilinmektedir (56).

Sigara bağışıklık sisteminin parçası olan T lenfositlerin çoğalmalarının önlenmesine, B lenfositlerin antikor üretiminin azalmasına, Naturel killer hücreler ve makrofajların işlevlerinin bozulmasına neden olmaktadır. Bundan dolayı enfeksiyon etkenlerine karşı özellikle akciğer olmak üzere vücudun çeşitli organlarını daha savunmasız duruma getirmektedir (57).

Sigara; neden olduğu hastalıkları tedavi etmek maksadıyla verilen ilaçların etki gücünü de düşürmektedir. Sigara dumanının içermiş olduğu bazı maddeler karaciğer enzim fonksiyonlarını da etkileyerek ilaç metabolizmalarının da zarar görmesine yol açar. Mesela, KOAH tedavisinde verilen teofilinlerin yarılanma ömrü sigara kullanıcısı kişilerde yarı yarıya azalmaktadır. Sigara tüketimi ile antiaritmikler, antikoagülanlar, insülin ve steroidler gibi ilaçların metabolizmaları da etkilenir böylece sigara kullanan bireylerde kronik hastalıkların tedavileri güçleşmektedir (58).

Erkeklerin sigara kullanması; sperm sayısının ve konsantrasyonunun azalmasına, sperm hareketlerinin yavaşlamasına, sperm hücresinin kadın yumurta hücresini delme kabiliyetinin zayıflamasına ve sperm hücresinde DNA hasarının armasına sebep olmaktadır (59).

Sigara kullanan kadınların adet düzensizliği, amenore, dismenore ve erken menopoza girme olasılıkları daha yüksektir. Sigara içen bayanlarda menapoza girmeleri yaklaşık 1-2 yıl daha erken olmaktadır (36). Sigara kullanan bayanlarda menopoz dönemindeki kemik yoğunluğu sigarayı hiç kullanmamış olanlara kıyasla daha düşüktür. Kalça kırığı riski ise sigara kullanan bayanlarda kullanmayanlara göre daha fazladır (60).

Çeşitli araştırmalar sigaranın hem kadın hem de erkekte inmelere neden olduğunu göstermiştir. Sigara kullanıcılarında inme riski kullanmayanlara göre 2 kat daha yüksektir. İnme riski gençlerde daha fazla olmakla birlikte doza bağlıdır (61).

Sigara içimi ile stres artışı, ruhsal gerilim, uyku bozuklukları ve yorgunluk hali oluşmaktadır (62).

Yapılan prospektif bir araştırmada günde 1-20 adet sigara kullanan erkeklerin bütün ölüm sebeplerinden ölme riski 2,22 kat artmışken, günde 20 adetten fazla sigara kullananların ölüm riski ise 2,43 kat arttığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada kadınlar için tüm ölüm sebeplerinden ölme riski günde 1-20 adet sigara kullananlarda oran 1,6 iken, günde 20 adetten fazla sigara kullananlarda bu oranın 2,1 kat arttığı gösterilmiştir (36).

### **2.1.5. Sigara bağımlılığı**

Sigara bağımlılığı en ölümcül olan, en sık rastlanan, en pahalı fakat en önemsiz olarak değerlendirilen bir bağımlılıktır. Bireyin sigara içmeyi istemesine sigaranın içindeki nikotin sebep olur ve böylece sigara bağımlılığı oluşumuna yol açar (63). Nikotinin kolay emilimi sayesinde ağız, burun, akciğer ve deriye geçip hızlıca emilimi olmaktadır. Böylece 10-20 sn. içerisinde nikotinin beyine ulaşması gerçekleşir (64). Yarılanma ömrü 2 saat olan nikotin, karaciğerde metabolize edilir (65).

Nikotin, nucleus accumbensin ventral tegmental bölgesindeki nikotinic reseptörlere bağlanıp dopamin ve glutamat salınımına yol açarak bağımlılık oluşturucu etki meydana getirir (63). Nikotin ayrıca epinefrin, norepinefrin ve seratonin düzeylerini arttırarak sigara içme isteğini de destekler (65). Bağımlı olan bireylerde sigaranın bırakılması ile nikotin yoksunluk belirtilerinin meydana gelmesine sebep olmaktadır

(66) Yoksunluk belirtileri içerisinde sigarayı bulma davranışı, huzursuzluk, sabırsızlık, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, irritabilite, bradikardi, somatik yakınmalar, insomnia, acıkma hissi ve yemek yemede artışa bağlı olarak kilo alımı meydana gelir (67). Yoksunluk belirtileri sigara kullanmayı bıraktıktan sonraki 1-3. günlerde en yüksek seviyeye ulaşır, 3-4. haftalarda ise son bulur. Fakat sigara içmeyi bırakanların %40'ında bir aydan daha uzun süreli devam ettiği bildirilmiştir (68).

Kronik hastalıkların pek çok özelliklerini tütün bağımlılığı da taşımaktadır. Tütün kullananlarının çoğunda iyileşme ve tekrarlama safhalarının bulunduğu yıllarca süre giden bir durumdur. DSÖ, ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) ve Amerikan Psikiyatri Birliği gibi dünya genelinde sağlık açısından kabul gören otoritelerce sigara kullanımı ve bağımlılığı bir hastalık olarak sınıflandırılmıştır. Tütün bağımlılığı klinisyenler tarafından da kronik olarak tanımlı bir hastalık gibi kabul gördüğünde tedavi etkinliği de yükselecektir (69).

#### 2.1.5.1. Fagerström nikotin bağımlılık testi

Fagerstrom nikotin bağımlılık testi, sigara bağımlılığını değerlendiren göstergelerden biridir. Bu testteki altı sorunun cevaplarına göre belirlenen skor ile bağımlılık seviyesi tespit edilir (70). Fagerström testinde fiziksel tolerans ölçülebilmektedir. Yoksunluk belirtileri ve sigara kullanma isteği gibi bağımlılığın oluşturduğu diğer ölçütleri belirleyememektedir. Nikotin bağımlılığı için kullanılan bu ölçek iyi bir tarama testi olmakla birlikte elde edilen veriler tedavinin planlanması ve hastalığın ilerleyişi hakkında faydalanılabilir (71).

## **2.2. Beden Kitle İndeksi (BKI)**

Erişkinlerde boy- ağırlık ilişkisine göre zayıflık ya da şişmanlık durumunu gösteren en iyi yöntem vücut ağırlığının boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle elde edilen bir ölçümdür.  $BKI = \frac{\text{Vücut ağırlığı (kg)}}{\text{Boy uzunluğunun (m)}^2}$  olarak hesaplanır. Bu yöntem sağlığının ve vücut yağının ne düzeyde olduğunu tespit etmek için güvenilir bir yoldur. 19-70 yaş arası bütün insanlar için BKI ölçümü güvenilir bir methoddur. Fakat atletler, sporcular, kronik rahatsızlığı olan bireyler, hamile veya emziren anneler için geçerli bir yöntem değildir (72).



## 2.3. Sağlık

DSÖ'nün tanımına göre; sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda zihinsel, fiziksel ve sosyal yönden de iyilik halinde olma durumu olarak belirtilmiştir (73).

Mevcut sağlık anlayışı; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma, devam ettirme ve yükseltme, sağlık davranışları üzerinde karar alma yetisini ve iyilik halini sürdürme, arttırma, korumaya yönelik davranışların birey tarafından kazanılmasıdır (74).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin gün içindeki aktivitelerini hayata geçirmesi, kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçerek düzenlemesi ve sağlığını etkileyebilecek bütün davranışlarını kontrol edebilmesi olarak tanımlanmıştır (75).

DSÖ verilerine göre insanların davranış ve yaşam biçimleri bireylerin sağlık kalitelerinin %60'ını oluşturduğunu göstermektedir (76). Hastalıkların ve ölümlerin meydana gelmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile azaltılabilmektedir (77).

Sağlıklı yaşam biçimi; dengeli ve düzenli beslenme, sigara kullanmama, sağlık davranışlarının sorumluluğunu alma, yeterli ve düzenli seviyede egzersiz yapma, hijyenik önlemler edinme, kişiler arası olumlu ilişkiler de bulunma ve stres yönetimini içermektedir (78). Bireylerin sağlık davranışlarını en yüksek seviyeye getirebilmek için sağlığı geliştirme gayretleri önem taşımaktadır. Toplumların sağlık seviyesi sağlıklı insanların çoğunlukta olması ile belirlenir. Tüm insanların temel hakkı olan sağlıklı olma durumu, sağlığın korunması ve devam ettirilmesi, sağlığın geliştirilmesinin temeline dayanır. İnsanlar, sağlıklı davranışlar oluşturmak amacıyla kendi sorumluluklarını üzerine almalı ve günlük hayatta sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kendi alışkanlıkları haline getirmelidirler (79).

Pender'in sağlığı geliştirici modeline göre, bireyin sosyo-demografik özelliklerden olan yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum ve gelir düzeyinin, bilişsel-algısal faktörler aracılığıyla sağlığı geliştirici davranışları etkilediği ve böylece sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir (80).

### **2.3.1 Sağlıklı yaşam biçimi davranışı (SYBD)**

Pender'e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları; beslenme, egzersiz, sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim ve stres yönetimini içerir (81).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını beklentiler, algılar, değerler, inançlar, güdüler ve çeşitli bilişsel faktörler gibi duygusal ve etkileyici olabilen bireysel özellikler de etkiler. Alışkanlıklar ve eylemler gibi davranış misalleri, sağlığın korunması ve geliştirilmesiyle ilişkilidir. Buna ilaveten bireysel özellikler; aile yapısıyla, akran grubuyla, süreçlerle, kültürel, sosyal, toplumsal ve geleneksel bileşenlerle tamamlanır (82).

Eğer bireyler sağlıkları üzerine doğru bilgi edinmezler ve yararlı sağlık seçimlerini sağlayamaz ise, sağlıkları için hangisinin iyi veya kötü olduğunu algılayamadıklarından sağlıksız yaşam biçimi davranışlarını uygulayabilirler (83). Kronik hastalıklara bağlı hastalıkların ve ölümlerin çoğundan sağlığı olumsuz etkileyen dört davranış; kötü beslenme, sigara kullanımı, fiziksel aktivite eksikliği ve aşırı alkol kullanımı sorumlu tutulmaktadır (84).

#### 2.3.1.1. Beslenme

Beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre hayatını sürdürebilmek için gerekli olan besin öğelerinden ve enerji kaynaklarından her birini yeterli ölçüde besin değerini kaybetmeden, sağlığı tehdit edici duruma getirmeden en kazançlı biçimde almak ve tüketmektir (85).

Sağlıklı Beslenmede;

- Düzenli olarak her gün kahvaltı yapılması,
- Her gün üç ana öğün yapılması, eğer olabilirse bir-iki ara öğün alımı,
- Yiyeceklerin iyice çiğnenerek yavaş şekilde yenilmesi,
- Çok yağlı yiyeceklerin tüketilmemesi ve günlük yağ alımının azaltılması,
- Günlük şeker alımının düşürülmesi,
- Günlük tuz alımının azaltılması,
- Posalı yiyecek alımının yükseltilmesi,
- Öğünlerin atlanmaması önerilmektedir (86).

Kronik hastalık riskinin azaltılmasında beslenme alışkanlıklarının doğru yönde değiştirilmesi başlıca değişkendir. Yeterli ve dengeli beslenme davranışlarına bağlı diyetle oluşan değişikliklerin sağlık üzerine pozitif veya negatif yönde etkileri yaşam boyunca devam edeceği bilinmektedir. İnsanların diyetle yaptığı olumlu değişiklikler onların sağlık durumunun korunmasını neden olurken, yaşın ilerlemesiyle oluşabilecek

hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz ve kanser gibi hastalıkların meydana gelme riskini de engellemektedir (87).

### 2.3.1.2. Fiziksel aktivite

Fiziksel aktivite, günlük hayatın içerisinde kas ve eklemlerimizi çalıştırarak enerji harcanmasıyla yapılan, solunum ve kalp hızını arttıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktivitelerdir. Egzersiz ise, planlanmış bir şekilde tekrarlayan vücut hareketlerinin yapılmasıdır. Çağımızda dünya genelinde yoğun bir şekilde mücadele edilen, uzun süreli enerji alım dengesizliği nedeniyle oluşan ve çeşitli hastalıkların meydana gelmesine sebep olan, yaşam süresini ve kalitesini negatif yönde etkileyen obezitenin oluşumun da başlıca faktörlerden biri fiziksel aktivitenin yetersiz olmasıdır. Türkiye de dünyada olduğu gibi şişmanlığın görülme yaşı küçülmekte, görülme sıklığı zamanla artış göstermekte ve sağlık üzerindeki etkileri tehlikeli seviyelere ulaşmaktadır (88).

Çağımızda uzun yaşamak kadar yaşam kalitesini yükselterek yaşamak da önemli bir konudur. Sağlıklı olarak ileri yaşlara gelebilmek ve yaşa bağlı meydana gelebilecek sağlık risklerini en az seviyeye indirebilmek için birçok yöntemlerden en önemlilerinden biri de fiziksel aktivitedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılındaki verilerine göre, hareketsiz hayatın dünya genelinde bir yılda 1,9 milyon kişinin hayatını kaybetmesine sebep olmaktadır. Dünyada hareketsiz yaşam; kalp hastalıklarının %22'sine sebep olurken meme kanseri, kolon kanseri ve diyabet olgularının ortalama %10-16'sının oluşumuna yol açmaktadır (89).

Düzenli egzersiz yapılmasıyla kaslar da kuvvetlenme, kas gerginliğini ve anksiyeteyi azaltma, akciğer kapasitesinde artma, kemik kalitesini yükselterek kırıkların oluşumu engelleme, postürü koruyarak duruş bozukluklarını engelleme, bireyin normal kilosunu sürdürme ve aşırı kalori alma durumlarını tolere etme gibi pozitif yönleri mevcuttur. Üstelik hipertansiyon, diabetes mellitus, kalp hastalıklarının önlenmesi ve korunmasında, depresyon ve osteoporozdan korunmada önemlidir (90).

### 2.3.1.3. Kişiler arası ilişkiler

Kişilerarası ilişkiler, insanların birbirleriyle ikili ya da grup halinde ilişkileri olup, sağlığın geliştirilmesinde önemli role sahip bir kavramdır. Kişilerarası destek ilişki seviyesine, ilişki kalitesine ve ilişkinin süre giderliği ile bağlantılıdır. Etkin bir iletişimin meydana gelmesi kişilerarası ilişkide en önemli unsurdur (91).

İletişim bireyin kendini ifade edebilmesi, duygu ve düşüncelerini anlatabilmesi ve başkalarının da bunları anlayabilmesi olarak tanımlanmaktadır. İletişim için en az iki kişi gereklidir, aralarında ilişki bağı kurulur ve bu bağ sayesinde karşılıklı saygı duyma, birbirlerine destek olma ve değer verme oluşur. Kişilerarası ilişkinin sağlıklı olarak ilerlemesinde aşağıdaki etkenler önem taşımaktadır.

- Algılama (kişinin genel tecrübeleriyle davranışın gidişatını belirler)
- Duygular (sevgi, şefkat, öfke ve kin duyguları)
- Değerler (değer sisteminde yas, cins, inanışlar etkendir)
- Kültür (bireyin dünya görüşü, gelenek ve adetleri)
- Sosyal durum

Kişilerarası ilişkilerde aktif dinleme de önemli unsurlardan birisidir. Aktif dinleme sırasında bilgi alma, bireyi tanıma, problemleri belirleme, çözüm bulma ve bilgi vermenin olması gereklidir. İnsanların kişilerarası desteğinin iyi olması sorunlarıyla daha iyi mücadele edip başarılı olmasına ve verimliliği ile birlikte yaşam kalitesinin yükselmesine neden olur (92).

#### 2.3.1.4. Manevi gelişim

Sağlık, bireyin ruhsal, duygusal, fiziksel ve sosyal olma gibi hayatın tüm boyutlarıyla bağlantılı bir kavramdır. Yapılan çalışmaların çoğunluğunda mental ve fiziksel sağlık sonuçları ile ruhsal durum arasında bağlantı bildirilmiştir. Çalışmalarda bireyin ruhsal inançlarının, insanın uzun yaşamasını ve fiziksel hastalığın tedavi edilmesi gibi sağlığı olumlu düzeyde etkilediği belirtilmiştir. Bireyin bedeni ile ilgilenmesi, bedensel anlamı ile birlikte manevi yönünün de olması kendini gerçekleştirebilme seviyesinin yükselmesine ve böylece sağlığın geliştirilmesini yardımcı olmaktadır. Kendini gerçekleştirme ulaşılmak istenen bir gelişme seviyesi gibi bireyin davranışlarını yönlendiren içgüdünün gelişmesidir. Kendini gerçekleştirmiş kişi, pozitif ve negatif yönlerini bilmekle beraber kendini tanır, bilinen bir plan ve program dahilinde bilinen bir maksat ve gaye için hayatını devam ettirir. Bireyin kendini gerçekleştirme güdüsü, bireyin davranışlarını yönlendiren temel güdüdür. Bundan dolayı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hayata geçirilmesinde manevi gelişim ve meydana getirdiği kendini gerçekleştirme çok önemlidir (93).

### 2.3.1.5. Sağlık sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, insanların kendi sağlığına özgü sağlığı koruyacak ve sağlığı geliştirecek davranışları ve davranış değişikliklerini sağlayabilmesidir. Sağlık sorumluluğu, insanların sağlık bakım kalitesine etkilemekle beraber kendi sağlığına hangi seviyede katıldığı konusunda belirleyici olur

İnsanların sağlığı ile ilgili alabileceği sorumluluk seviyesi:

- Kendini ve vücudunu tanıması, sağlığı ile ilgili farklılıklar oluştuğunda bir doktora ya da sağlık kuruluşuna başvurabilmesi,
- Düzenli sürelerde tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin düzenine ve sıklığına itina göstermesi,
- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi,
- Sağlıkla ilgili konularda tartışması,
- Sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi,
- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi,

Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenir. İnsanların bu davranış ve tutumları yerine getirilmesi, kendi sağlığına değer verdiğini gösterir (94).

### 2.3.1.6. Stres yönetimi

Stres, canlıların tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bedensel ve ruhsal tepkilerin oluşumuna yol açan durumdur. Organizma bu tehdit ve zorlanmalar karşısında kendi kendini korumak amacıyla birçok tepkiyi harekete geçirmektedir. Tehlike karşısında oluşan harekete geçme özelliği sayesinde “savaş ya da kaç” diye adlandırılan yanıt meydana gelir. Canlı baş edemeyeceğini düşündüğü bir tehlike ile karşı karşıya geldiğinde bu tehlikeden uzak durmaya çalışır, baş edebileceğini düşündüğü tehlike ile savaşmakla birlikte bu duruma ayak uydurur. Ancak stres içinde olan insanlar bazen kendilerine gereken özeni göstermezler ve sağlıklarını bozabilecek davranışlarda bulunabilirler. Bu gibi tehlikeli davranışlar, vücudun rutin fonksiyonlarını, hastalıklarla baş edebilme kabiliyetini etkiler ve hastalıkların oluşumuna destek sağlayabilir. Stres, sağlığı olumsuz olan sağlık davranışlarını artırarak ve olumlu sağlık davranışlarını ise azaltarak etkiler (92,93,95).

Stres ile başa çıkabilme yöntemlerinin hedefi, stresi düşürmek, kontrol etmek ve başa çıkabilmeyi geliştirmektir. Strese karşı oluşan tepkiler yıllar sonra kronik

hastalıkların meydana gelmesine neden olmaktadır. Bunlar psikolojik ya da zihinsel hastalıklar olabildiği gibi yüksek tansiyon, baş ağrısı, kalp rahatsızlıkları gibi bedensel hastalıklar da olabilir. Sağlığın geliştirilmesinin en önemli amaçlarından biri stres kontrolüdür. Çünkü sağlığın geliştirilmesiyle hayat kalitesi yükselir, bakım maliyetleri düşer ve hastalıklar önlenmiş olur. İnsanın iç ve dış kaynaklarını, güçlerini iyi bir şekilde idare edip geliştirmesi stresin azaltılmasıyla olur. Örneğin, sağlıklı yeme alışkanlıkları gibi iç kaynaklarını ve stresi azaltmak için sosyal iletişim gibi dış kaynaklarını geliştirmek ve gevşeme tekniklerini hayata geçirmekle sağlanabilir. Stresle başa çıkabilmek için sağlıklı yaşam biçimini, sosyal ve eğitim destekleri, gevşeme teknikleri, baş etme stratejileri geliştirmek gibi metodlar kullanılabilir (93).

Sigara kullanımı hekimler tarafından hastalık ya da bağımlılık olarak değerlendirilmemektedir. Aile hekimleri ilk tıbbi temas noktası olup, sağlık sistemine açık ve sınırsız giriş sağlayan, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, kişilere kendi kültürleri bağlamında sürekli, koordine ve kapsamlı sağlık hizmeti sunumu amaçlar. Günümüzde bireylere sağlıklı yaşam biçimi değişikliklerinin kazandırılması ile birçok kronik hastalığın morbidite ve mortalitesinin azaltılabildiği bilinmektedir. Bireylerle yakın ve uzun süreli ilişki kuran Aile hekimleri, hastalarının sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışlar edinmeleri için danışmanlık hizmeti sunarak kapsamlı yaklaşımı da uygulamış olurlar. Bu nedenle Aile Hekimleri hastalarının sigara kullanımını sorgulamalı, sigara bırakmalarını teşvik etmeli, tedavi ve takibini yapmalı, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını edinmelerini ve geliştirmelerini amaçlamalıdır.

Çalışmamızda, sigara bağımlısı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışının ve etkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Sağlığı korumak için öncelikle önlenabilir risk faktörü olan sigaranın bırakılması sağlanmalı ve sağlığı geliştirici davranışların iyileştirilmesi için çalışılmalıdır. Çalışmamızın sigara kullanımı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda farkındalık oluşturacağı, koruyucu hekimlik politikalarının geliştirilmesinde katkı sağlayacağı ve planlanacak yeni çalışmalara yol gösterici olabileceği düşünülmüştür.

### 3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

Katılımcılara araştırmacılar tarafından geliştirilen açık ve kapalı uçlu sorular içeren standart anket formu uygulandı. Geliřtirilen Anket formunun ön uygulaması 20 kişiye (sigara bağımlısı olan ve olmayan) yapılmış olup gerekli düzeltmelerden sonra ankete son hali verildi. Katılımcıların tümü için çalışmaya dahil edilme kriterleri; 18 yaş üstünde olmak, kronik hastalığı olmamak ve Marař otu kullanmamak olarak belirlendi. Ayrıca sigara kullanan katılımcılardan ise en az 3 yıldır sigara kullanıcısı olanlar çalışmaya alındı. Çalışmaya Kahramanmaraş Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi Sigara Bırakma polikliniğine başvuran sigara kullanan 121 hasta ile Aile Hekimliği polikliniğine başvuran sigara kullanmayan 120 birey olmak üzere 241 kişi dahil edildi. Anketin ilk bölümünde; her iki gruba (sigara kullanan ve kullanmayan) sosyo-demografik veriler, boy-kilo ve sigara kullanma öyküleri soruldu. Sigara kullananlara ise ayrıca Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi uygulandı. Anketin ikinci bölümünde ise Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) her iki gruba da uygulandı.

Katılımcıların BKİ belirlemek için aşağıdaki formül kullanılmıştır. BKİ: Ağırlık (kg) / Boy Uzunluğu (m)<sup>2</sup> formülü ile hesaplanır. Bu formüle göre, BKİ'nin;

- <18,5 olması zayıf
- 18,5 - 24,99 arasında olması normal
- 25,0 - 29,99 arasında olması kilolu
- 30,0 - 34,99 arasında olması sınıf I obez
- 35,0 - 39,99 arasında olması sınıf II obez
- 40,0 ve üzerinde olması sınıf III obez olarak hesaplanmaktadır(73).

Sigara kullanan kişilerde nikotin bağımlılık derecesini belirlemek amacı ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi anket formu içinde verilmiştir. 1978 yılında Fagerström tarafından Nikotin bağımlılığının belirlenmesi amacıyla geliştirilen Fagerström tolerans testi, 1992 yılında Fagerström, Heathertan ve Kozlowski tarafından revize edilerek Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi oluşturulmuştur. Bu testin içerdiiği 6 sorunun her biri farklı puanlardan oluşur ve bağımlılık düzeyini çok az (0-2 puan), az (3-4 puan), orta (5 puan), yüksek (6-7) puan, çok yüksek (8-10 puan) olarak belirler (71). Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi; uyanmayı takiben ilk içilen sigara zamanı,

günlük kullanılan sigara sayısı, içmeden duramayacağı sigara zamanı, sigara içiminin yasak olduğu ortamlarda sigara içmeden kalabilme hali, uyandıktan sonraki günün ilk saatlerinde kullanılan sigara miktarı, şiddetli düzeyde hasta olduğunda bile sigara içme isteği ile ilgili 6 sorudan oluşan bir testtir (71). Araştırmalarda 5 ve üzerinde puanı olanların bağımlılık derecelerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir(71). Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması Uysal ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır (96).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, 1987 yılında Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve 1996 yılında tekrar revize edilerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır. Walker ve arkadaşlarının geliştirmiş olduğu ölçeğin güvenirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri, toplam ölçek için .94'tür. Alt faktörlerinin güvenirlik katsayısı .79-.89 arasındadır (97). Ölçeğin Türkiye'de geçerliliği ve güvenirliği Esin (1997) ve Akça (1998) tarafından yapılmıştır. Bahar ve arkadaşları tarafından da 2008 yılında bireyin sağlıklı yaşam biçimine ilişkin sağlığı geliştiren davranışları ölçen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II, Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 6 alt grubu bulunan toplam 52 maddeden oluşmaktadır. Alt gruplar; sağlık sorumluluğu (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51. madde), fiziksel aktivite (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46. madde), beslenme (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50. madde), manevi gelişim (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52. madde), kişilerarası ilişkiler (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49. madde) ve stres yönetimini (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47. madde) içerir.

Sağlık sorumluluğu, kişilerin kendi iyilik durumu için aktif olarak sorumluluk üstlenmesidir. İnsanların kendi sağlığı için özen göstermesi, sağlık hakkında bilgi edinmesi ve gerektiğinde profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir.

Fiziksel aktivite, hafif, orta ve ağır egzersizlerin düzenli olarak yapılmasıdır. Planlı bir şekilde günlük hayatın bir parçası olarak yürütülmelidir.

Beslenme, bireyin yiyecek ve öğünlerini seçmesini ve düzenlemesini belirler.

Manevi gelişim, iç kaynakların geliştirilmesine odaklanır. Gelişme, aşılma ve ilişki kurma ile gerçekleşebilir. Aşılma, kim olduğumuz ve yaptığımız şeylerden farklı olarak yeni deneyimler için fırsat oluşturulmasını ve iç huzuru sağlar. İlişki kurma, evrenle uyum ve ilişki içinde bulunduğunu hissetmedir. Gelişme, bireylerin iyilik haline yönelik kendi gücünü en yüksek düzeye çıkarması ve hayatındaki amaçlar için çalışmadır.



Kişilerarası ilişkiler, insanlar ile olan ilişkilerdir. Kişilerarası ilişkilerde, iletişimi iyi kullanabilmek başkaları ile nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmeyi sağlar. İletişim duygu ve düşünceleri sözel ve sözel olmayan mesajlarla paylaşmayı içerir.

Stres yönetimi, gerilimi etkin bir şekilde kontrol edebilmek veya azaltmak için insanların psikolojik ve fizyolojik kaynaklarını belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir (97).

SYBD Ölçeği derecelendirilmesi 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1 puan), bazen (2 puan), sık sık (3 puan), düzenli olarak (4 puan) olarak kabul edilmektedir. Ölçekte bulunan tüm maddeler olumludur. Ölçeğin bütün maddelerinden alınan en düşük puan 52 ve en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin toplam puanı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçek puanının artması, katılımcının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha olumlu değerlendirdiğini göstermektedir. Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında ölçeğin güvenirlik katsayısı .92 olup, yüksek güvenirlik derecesine sahiptir. Ölçeğin alt faktörlerinin güvenirlik katsayısı; Sağlık sorumluluğu .77, Fiziksel Aktivite .79, Beslenme .68, Manevi Gelişim .79, Kişilerarası İlişkiler .80, Stres Yönetimi .64 olarak saptanmıştır (98).

Veri analizi SPSS istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Verilerin normalliği Shapiro-Wilk testi ile denetlendi. Normal dağılım gösteren değişkenlerin incelenmesinde parametrik testler kullanıldı. İstatistik parametre olarak ortalama  $\pm$  Standart sapma kullanıldı. İkili grupların karşılaştırılmasında Bağımsız iki örnek t testi, üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi, Bağımlı değişkenlerin iki değişken açısından grup karşılaştırılmalarında iki yönlü varyans analizi kullanılmış olup, istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0,05$  kabul edilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Bu araştırmaya Kahramanmaraş Tıp Fakóltesine başvuran sigara kullanan 121 ve sigara kullanmayan 120 olmak üzere toplam 241 katılımcı dahil edilmiştir. Araştırmada sigara bağımlısı bireylerin sağılıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler değerlendirilmiştir.

Araştırmadaki tüm katılımcıların %46,9'ü (113) kadın, %53,1'i (128) erkektir. Katılımcıların 121'i sigara bağımlısı bireylerden oluşurken, 120'si ise sigara kullanmayan kontrol grubunu oluşurmaktadır.

Araştırmadaki sigara kullananların yaş ortalaması 32,7±8,9 yıl iken sigara kullanmayanların yaş ortalaması 33,9±9,3 yıl olarak saptanmıştır. Yaş ortalaması bakımından sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (p=0,307).

**Tablo 1.** Katılımcıların cinsiyete ve sigara kullanımına göre dağılımı

Cinsiyet	Sigara kullanan		Sigara kullanmayan		Toplam	Sayı
	Sayı	(%)	Sayı	(%)		
Kadın	61	(54,0)	52	(46,0)	113	(100)
Erkek	60	(46,9)	68	(53,1)	128	(100)
<b>Toplam</b>	121	(50,2)	120	(49,8)	241	(100)

\*Satır yüzdesi alınmıştır.

$$\chi^2 = 1,21$$

$$p=0,271$$

Katılımcıların cinsiyet dağılımına baktığımızda kadınların %54,0'ü sigara kullanırken, %46,0'ı sigara kullanmamaktadır. Erkeklerin ise %46,9'u sigara kullanırken, %53,1'i ise sigara kullanmamaktadır. Katılımcıların cinsiyet dağılımı incelendiğinde sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (p>0,05).

Sigara kullanan ve kullanmayan katılımcıların eğitim düzeyleri açısından %39'u (94) üniversite (önlisans/lisans/yüksek lisans/doktora/uzmanlık) mezunu iken, %36,5'i (88) lise mezunudur. Sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında eğitim düzeyleri bakımından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (p=0,501). Sigara kullanan ve kullanmayan kadın katılımcılar arasında eğitim düzeyleri bakımından istatistiksel olarak

fark yoktur( $x^2 = 3,94$ ;  $p=0,267$ ). Sigara kullanan ve kullanmayan erkek katılımcılar arasında da eğitim düzeyleri açısından fark saptanmamıştır( $x^2 = 3,06$ ;  $p=0,383$ ).

Tüm katılımcıların %67,2'si (162) evlidir. Tüm katılımcıların %64,7'si (156) bir ve üzeri çocuk sahibidir. Medeni durum ve çocuk sayısı açısından sigara kullanan ve kullanmayanlar karşılaştırıldığında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların %76,3'ü çekirdek aile tipine sahip olduğunu belirtmişlerdir. Aile tipi ve mesleği açısından sigara kullanan ve kullanmayanlar karşılaştırıldığında fark bulunmamıştır( $p>0,05$ ). Sosyal güvence bakımından incelendiğinde tüm katılımcıların %93,4'ü SGK'lıdır, %5'inin (12) sosyal güvencesi yoktur. Gündüz çalışanlar ise tüm katılımcılar içindekilerin %87,6'sını (211) oluşturur. Hem sosyal güvence hem de çalışma biçimi açısından sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Tüm katılımcıların aylık gelirleri hakkındaki düşünceleri değerlendirildiğinde %44,0'ı (106) kısmen yeterli, %39,0'ı (94) yeterli ve %17,0'ı (41) ise yetersiz olarak bildirmiştir. Sigara kullananlar aylık gelirleri hakkındaki düşüncesi açısından %44,6'sı kısmen yeterli ve %35,5'i yeterli bulurken, %19,8'i ise yetersiz olarak değerlendirmiştir. Sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında aylık gelirleri hakkındaki düşünceleri açısından istatistiksel olarak fark yoktur ( $x^2 = 1,91$ ;  $p=0,385$ ).

**Tablo 2.** Sigara kullanan ve kullanmayan kadın katılımcıların BKİ durumu.

BKİ	Sigara kullanan		Sigara kullanmayan		Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Zayıf	6	(9,8)	0	(0)	6	(5,5)
Normal	33	(54,1)	25	(48,1)	58	(51,3)
Fazla kilolu	16	(26,2)	17	(32,7)	33	(29,2)
1. Derece Obez	4	(6,6)	7	(13,5)	11	(9,7)
2. Derece Obez	0	(0)	3	(5,8)	3	(2,7)
3. Derece Obez	2	(3,3)	0	(0)	2	(1,8)
Toplam	61	(100)	52	(100)	113	(100)

Beden kitle indeksine göre sigara kullanan kadınların %54,1'i normal kilolu iken, sigara kullanmayan kadınların %48,1'i normal kilodadır. Kadınların BKİ ortalamalarına bakıldığında; sigara kullananlarda  $24,2\pm 5,8$ , sigara kullanmayanlarda  $25,8\pm 4,7$ 'dir.

**Tablo 3.** Sigara kullanan ve kullanmayan erkek katılımcıların BKİ durumu.

BKİ	Sigara kullanan		Sigara kullanmayan		Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Zayıf	0	(0)	0	(0)	0	(0,0)
Normal	32	(53,3)	22	(32,4)	54	(42,2)
Fazla kilolu	23	(38,3)	32	(47,1)	55	(43,0)
1. Derece Obez	4	(6,7)	11	(16,2)	15	(11,7)
2. Derece Obez	0	(0)	3	(4,4)	3	(2,3)
3. Derece Obez	1	(1,7)	0	(0,0)	1	(0,8)
Toplam	60	(100)	68	(100)	128	(100)

BKİ'ine göre sigara kullanan erkeklerin %53,3'ü normal kilolu iken, sigara kullanmayan erkeklerin %47,1'i fazla kilolu bulunmuştur. BKİ ortalamaları açısından sigara kullanan erkeklerde  $25,5\pm 3,7$  iken, sigara kullanmayan erkeklerde  $26,8\pm 4,1$  olarak bulunmuştur.

Sigara bağımlılığına bakıldığında sigara kullanan bireylerin sigara kullandığı yıl ortalaması kadınlarda  $12,8\pm 7,9$ , erkeklerde  $13,6\pm 8,9$  yıldır. Kadın ve erkeklerin bu ortalamaları açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ( $p=0,626$ ).

**Tablo 4.** Sigara bağımlısı bireylerin cinsiyete göre kapalı alanda sigara kullanma durumu.

Cinsiyet	Kapalı alanda sigara kullanma durumu				Toplam	
	Evet	(%)	Hayır	(%)		
Kadın	53	(86,9)	8	(13,1)	61	(100)
Erkek	54	(90,0)	6	(10,0)	60	(100)
Toplam	107	(88,4)	14	(11,6)	121	(100)

\*Satır yüzdesi alınmıştır.

$$\chi^2 = 0,287$$

$$p = 0,592$$

Sigara bağımlısı bireylerde kapalı alanda (ev, işyeri, balkon, vs.) sigara içme davranışı açısından değerlendirildiğinde kapalı alanda sigara içme yüzdesi %88,4'tür. Bu oran kadınlarda %86,9, erkeklerde %90,0 olup, istatistiksel olarak cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktur ( $p=0,592$ ).

**Tablo 5.** Sigara bağımlısı bireylerin cinsiyete göre sigara bırakma denemeleri.

Cinsiyet	Sigara bırakmayı deneyenler				Toplam	
	Evet n	(%)	Hayır	(%)	Sayı	(%)
Kadın	31	(50,8)	30	(49,2)	61	(100)
Erkek	33	(55,0)	27	(45,0)	60	(100)
Toplam	64	(52,9)	57	(47,1)	121	(100)

\*Satır yüzdesi alınmıştır.  $\chi^2 = 0,212$   $p = 0,645$

Sigara bağımlısı bireylerin %52,9'u (64) sigara bırakmayı denemişlerdir. Sigara bırakma denemeleri açısından cinsiyetler arasında istatistiksel fark saptanmamıştır ( $p = 0,645$ ).

Sigara bırakmayı deneyen 64 kişiye kaç kez sigara bırakmayı denedikleri sorulmuştur. Bırakmayı deneyenlerden %28,1'i (18) bir kez ve %79,7'si (51) en fazla 3 kez denemiştir. Kadınların %67,8'i (21) ve erkeklerin %90,9'u (30) en fazla 3 kez sigara bırakmayı denemiştir. Kadın ve erkek cinsiyet arasında sigara bırakmayı deneme sayıları bakımından istatistiksel fark bulunmamıştır ( $\chi^2 = 9,25$ ;  $p = 0,321$ ).

**Tablo 6.** Sigara kullananların cinsiyete göre son bir yıl içinde sigara bırakma denemeleri.

Cinsiyet	Son bir yıl içinde sigara bırakmayı deneyenler				Toplam	
	Evet	(%)	Hayır	(%)	Sayı	(%)
Kadın	14	(23,0)	47	(77,0)	61	(100)
Erkek	18	(30,0)	42	(70,0)	60	(100)
Toplam	32	(26,7)	89	(73,3)	121	(100)

\*Satır yüzdesi alınmıştır.  $\chi^2 = 0,212$   $p = 0,409$

Araştırma kapsamındaki sigara kullananların %26,7'si son bir yıl içinde sigara bırakmayı denemiştir ve cinsiyet bakımından istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ( $p = 0,409$ ).

**Tablo 7.** Sigara kullananlar arasında sigara bırakmayı istemeyenlerin nedenlerine göre dağılımı

bırakmak istememe nedenleri	Sigarayı	
	Sayı	(%)
Sigara içmek beni mutlu ediyor	25	(53,2)
Sigarayı bırakamayacağımı düşünüyorum	11	(23,4)
Alışkanlık	4	(8,5)
Stresimi alıyor	1	(2,1)
Diğer	6	(12,8)
<b>Toplam</b>	47	(100)

Sigara bağımlısı 121 bireyden %61,2'i (74) sigara bırakmayı istediklerini ifade etmişlerdir. Sigarayı bırakmak istemeyen 47 kişiden 25'i (%53,2) mutlu ettiği için, 11'i (%23,4) ise bırakamayacağımı düşündüğü için sigara bırakmayı istemediklerini ifade etmişlerdir.

Sigara kullananların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine göre bağımlılık puan ortalaması kadınlarda  $4,2 \pm 2,2$  ve erkeklerde  $5,1 \pm 2,3$  olarak bulunmuş olup istatistiksel olarak da fark vardır ( $p=0,033$ ).

**Tablo 8.** Sigara bağımlısı bireylerin cinsiyete göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi sonuçlarının dağılımı.

Cinsiyet	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi					Toplam
	Çok az bağımlı (0-2 puan)	Az bağımlı (3-4 puan)	Orta derecede bağımlı (5 puan)	Yüksek bağımlı (6-7 puan)	Çok yüksek bağımlı (8-10 puan)	
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
<b>Kadın</b>	16 (26,3)	18 (29,6)	8 (13,1)	13 (21,3)	6 (9,8)	61 (100)
<b>Erkek</b>	9 (15,5)	17 (28,3)	8 (13,3)	16 (26,6)	10 (16,7)	60 (100)
<b>Toplam</b>	25 (20,6)	35 (28,9)	16 (13,2)	29 (24,0)	16 (13,3)	121 (100)

\*Satır yüzdesi alınmıştır.

Araştırmada sigara bağımlısı 121 katılımcıya Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi uygulanarak aldıkları puanlara göre bağımlılık skoru oluşturuldu. Sigara kullananların %50,5'i orta derecede ve üzeri bağımlı idi. Sigara kullanan kadınların %55,9'u çok az bağımlı ve az bağımlı grubu oluştururken, sigara kullanan erkeklerin ise %56,6'sı orta derecede ve üzeri bağımlı idi.

Sigara kullanan ve sigara kullanmayan bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmamızda minimum 74 ve maksimum 177 puan aldığı bulunmuştur.

**Tablo 9.** Sigara kullanan ve sigara kullanmayan bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalaması karşılaştırılması.

Tüm katılımcılar	SYBDÖP		p
	Sayı	Ort±SD	
Sigara Kullananlar	121	122,9±16,9	0,001
Sigara Kullanmayanlar	120	131,4±18,5	

Sigara kullanan bireylerde ölçeğin genel puan ortalaması 122,9±16,9 bulunmuş iken sigara kullanmayan bireylerde ise 131,4±18,5 bulunmuştur. Sigara kullanmayan bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalaması sigara kullanan bireylerden yüksek olup, istatistiksel olarak fark saptanmıştır (p= 0,001).

**Tablo 10.** Cinsiyete göre sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalaması karşılaştırılması.

Cinsiyet	Sigara kullanan		Sigara kullanmayan		p
	Sayı	SYBDÖ Ort±SD	Sayı	SYBDÖP Ort±SD	
Kadın	61	124,3±16,9	52	128,7±20,1	0,202
Erkek	60	121,5±17,0	68	133,4±17,0	0,001

Sigara kullanan ve kullanmayan kadınlar arasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği puan ortalamasına bakıldığında istatistiksel fark yoktur (p=0,202). Sigara kullanan ve kullanmayan erkekler arasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği puan ortalamasında sigara kullanmayanlarda ölçeğin puan ortalaması yüksek bulunmuş olup istatistiksel fark vardır (p=0,001).

Sigara kullanan kadın ve erkekler arasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği puan ortalaması açısından değerlendirildiğinde; kadınlar 124,3±16,9 ve erkekler 121,5±17,0 puan almış olup istatistiksel fark bulunmamıştır (p=0,378).

**Tablo 11.** Eğitim düzeylerine göre sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalaması karşılaştırılması.

Eğitim Düzeyi	Sigara kullanan		Sigara kullanmayan		p
	Sayı	Ort±SD	Sayı	Ort±SD	
İlköğretim	27	120,8±17,5	27	125,0±19,0	<b>0,400</b>
Lise	46	120,7±15,6	42	127,6±15,4	<b>0,041</b>
Üniversite	44	124,9±16,8	50	138,1±18,9	<b>0,001</b>

Sigara kullanan ve kullanmayanlar eğitim düzeyleri (ilköğretim, Lise, Üniversite) açısından değerlendirildiğinde; ilköğretim düzeyi hariç diğer eğitim düzeyleri için SYBDÖ puan ortalaması sigara kullanmayanlarda sigara kullananlardan yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). İlköğretim mezunu olanlarda ise sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında SYBDÖ puan ortalamasında istatistiksel fark bulunmamıştır ( $p = 0,400$ ).

Medeni duruma bakıldığında sigara kullanan ve kullanmayan evli grupta SYBDÖ puan ortalaması sigara kullanmayanlarda ( $131,5 \pm 18,6$ ) sigara kullananlardan ( $123,4 \pm 17,7$ ) yüksek olup istatistiksel olarak fark bulunmuştur ( $p = 0,006$ ). Bekarlar (bekar, eşinden ayrılmış, eşini kaybetmiş) arasında da ölçeğin puan ortalaması sigara kullananlara ( $122,0 \pm 15,7$ ) göre sigara kullanmayanlarda ( $131,2 \pm 18,5$ ) daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p = 0,019$ ).

**Tablo 12.** Çocuk sahibi olma durumuna göre sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde SYBDÖ puan ortalaması karşılaştırılması.

Çocuk durumu	Sigara kullanan		Sigara kullanmayan		p
	Sayı	Ort±SD	Sayı	Ort±SD	
Çocuğu olmayan	47	121,1±15,7	38	133,8±18,7	<b>0,001</b>
Çocuklu olan	74	124,1±17,7	82	130,3±18,4	<b>0,034</b>

Çocuk sahibi olmayan sigara kullanan ve kullanmayanlar karşılaştırıldığında sigara kullanmayanların SYBDÖ puan ortalaması sigara kullananlara göre yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak fark saptanmıştır ( $p = 0,001$ ). Çocuk sahibi olanlar karşılaştırıldığında sigara kullanmayanlarda ölçeğin puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak fark saptanmıştır ( $p = 0,034$ ).



**Tablo 13.** Aile tipine göre sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması karşılaştırılması.

Aile tipi	Sigara kullanan		Sigara kullanmayan		p
	Sayı	Ort±SD	Sayı	Ort±SD	
Çekirdek aile	93	122,1±16,2	91	130,5±21,0	<b>0,001</b>
Geniş aile	25	125,6±18,1	25	132,0±16,9	0,201
Yalnız	3	127,0±32,4	4	148,7±10,9	0,256

Çekirdek ailesi ile birlikte yaşayan 184 katılımcı değerlendirildiğinde; Sigara kullanmayanların SYBDÖ puan ortalaması sigara kullananlardan yüksek bulunmuştur, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Anova-posthoc bonferroni,  $p=0,001$ ). Hem yalnız yaşayanlarda hem de geniş aile (geniş aile, akraba, arkadaş) olarak yaşayanlarda sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında ölçeğin puan ortalaması bakımından istatistiksel fark bulunmamıştır (Anova-posthoc bonferroni,  $p>0,05$ ).

Çalışan (işçi, memur, çiftçi, esnaf, emekli, diğer) 162 kişi değerlendirildiğinde; sigara kullanmayanlardaki (131,5±18,9) ölçek puan ortalaması sigara kullananlardan (121,7±16,4) yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,001$ ). SYBDÖ puan ortalaması sigara kullanmayan öğrencilerde 134,1±19,5 ve sigara kullanan öğrencilerde 123,2±17,0 olup aralarında istatistiksel fark saptanmamıştır ( $p=0,102$ ). Çalışmayan (ev hanımı, herhangi bir işim yok) katılımcıların ölçek puan ortalaması açısından sigara kullanan (126,6±18,7) ve kullanmayanlar (129,1±16,5) arasında fark yoktur ( $p=0,638$ ).

Sosyal güvencesi (SGK, Yeşil Kart, Özel sağlık sigortası) olanlar değerlendirildiğinde; sigara kullanmayanlarda (131,4±18,6) SYBDÖ puan ortalaması sigara kullananlardan (122,6±17,1) yüksek olup istatistiksel olarak fark vardır ( $p=0,001$ ). Sosyal güvencesi olmayanlara bakıldığında; SYBDÖ puan ortalaması sigara kullanmayanlarda 129,6±17,6 ve sigara kullananlarda 127,2±15,0 olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,819$ ).

**Tablo 14.** Aylık gelir düzey algılarına göre sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalaması karşılaştırılması.

Aylık gelir algıları	Sigara kullanan		Sigara kullanmayan		p
	Sayı	Ort±SD	Sayı	Ort±SD	
Yeterli	43	125,7±16,3	51	136,17±21,0	<b>0,010</b>
Kısmen yeterli	54	120,1±18,0	52	129,7±16,7	<b>0,005</b>
Yetersiz	24	124,2±15,0	17	122,4±9,7	0,655

Aylık gelirini yeterli ya da kısmen yeterli olarak değerlendiren sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında SYBDÖ puan ortalaması sigara kullanmayanlarda sigara kullananlardan belirgin yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak fark anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Aylık gelirini yetersiz bildirenlerde ise ölçeğin puan ortalamasında sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında istatistiksel fark bulunmamıştır ( $p=0,655$ ).

Çalışma biçimi açısından gündüz çalışanlar değerlendirildiğinde sigara kullanmayanlarda ( $131,6±19,3$ ) SYBDÖ puan ortalaması sigara kullananlardan ( $123,3±19,3$ ) yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,001$ ). Çalışma biçimi nöbet/vardiyalı olan sigara kullanmayanlarda ( $130,3±13,2$ ) ölçeğin puan ortalaması sigara kullananlardan ( $119,2±14,6$ ) belirgin olarak yüksektir ve istatistiksel fark vardır ( $p=0,040$ ).

**Tablo 15.** Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği maddelerinin puan ortalamasına göre karşılaştırmaları(min: 1-maks:4).

SYBDÖ maddeleri	Sigara kullanan Ort±SD	Sigara kullanmayan Ort±SD	p
1. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.	2,43±0,7	2,51±0,0	0,422
2. Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.	1,85±0,8	1,90±0,9	0,679
3. Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.	2,68±0,7	2,77±0,7	0,376
4. Düzenli bir egzersiz programı yaparım.	1,68±0,8	1,78±0,8	0,385
5. Yeterince uyurum.	2,79±0,9	3,09±0,9	<b>0,020</b>
6. Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.	2,54±0,8	2,79±0,7	<b>0,023</b>
7. İnsanları başarıları için takdir ederim.	3,04±0,6	3,23±0,5	<b>0,015</b>
8. Şekeri ve tatluyu kısıtlarım.	2,12±0,9	2,05±0,9	0,542

**Tablo 15.** Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği maddelerinin puan ortalamasına göre karşılaştırmaları (min:1-maks:4) (Devamı)

9. Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.	1,88±0,8	2,05±0,9	0,148
10. Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).	1,96±0,9	2,22±1,02	<b>0,045</b>
11. Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.	2,17±0,8	2,15±0,7	0,825
12. Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.	3,09±0,8	3,35±0,8	<b>0,020</b>
13. İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.	2,98±0,7	3,10±0,6	0,197
14. Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.	2,05±0,8	2,07±0,8	0,874
15. Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.	2,54±0,8	2,70±0,7	0,106
16. Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm).	1,85±0,8	2,23±0,8	<b>0,001</b>
17. Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.	2,39±0,7	2,55±0,8	0,143
18. Geleceğe umutla bakarım.	2,78±0,8	3,23±0,7	<b>0,001</b>
19. Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.	2,78±0,8	2,79±0,7	0,950
20. Her gün 2-4 öğün meyve yerim.	2,06±0,8	2,48±0,8	<b>0,001</b>
21. Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.	2,18±0,7	2,48±0,9	<b>0,007</b>
22. Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.	1,72±0,7	1,78±0,8	0,600
23. Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.	2,44±0,8	2,61±0,8	0,142
24. Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.	2,78±0,8	3,00±0,7	<b>0,027</b>
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.	2,91±0,8	3,05±0,7	0,177
26. Her gün 3-5 öğün sebze yerim.	2,06±0,7	2,18±0,7	0,231
27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.	2,61±0,7	2,96±0,7	<b>0,001</b>
28. Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.	1,53±0,7	1,70±1,2	0,213
29. Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.	2,02±0,8	2,25±0,8	<b>0,031</b>
30. Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.	2,95±0,9	3,13±0,8	0,114
31. Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.	3,06±0,7	3,22±0,7	0,109
32. Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.	2,41±0,8	2,68±0,8	<b>0,012</b>
33. Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.	1,95±0,8	2,23±0,9	<b>0,023</b>

**Tablo 15.** Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği maddelerinin puan ortalamasına göre karşılaştırmaları (min:1-maks:4) (Devamı)

34. Günlük işler sırasında egzersiz yaparım. (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	2,31±0,9	2,40±0,9	0,476
35. İş ve eğlence zamanımı dengelerim.	2,36±0,8	2,40±0,8	0,737
36. Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.	2,08±0,7	2,05±0,7	0,809
37. Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.	2,20±0,9	2,52±0,8	<b>0,005</b>
38. Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.	2,23±0,7	2,34±0,8	0,294
39. Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.	2,12±0,8	2,41±0,9	<b>0,011</b>
40. Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.	1,62±0,8	1,64±0,9	0,906
41. Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.	1,84±0,8	1,90±0,8	0,568
42. Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.	3,14±0,7	3,33±0,6	<b>0,037</b>
43. Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.	2,46±0,8	2,60±0,9	0,239
44. Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.	2,19±1,03	2,34±1,15	0,285
45. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.	1,44±0,7	1,45±0,8	0,971
46. Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.	1,51±0,7	1,60±0,8	0,346
47. Yorulmaktan kendimi korurum.	1,90±0,8	2,05±0,9	0,117
48. İlahi bir gücün varlığına inanırım.	3,69±0,6	3,79±0,5	0,185
49. Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.	2,87±0,7	3,09±0,7	<b>0,026</b>
50. Kahvaltı yaparım.	2,87±1,09	3,26±0,9	<b>0,003</b>
51. Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.	2,76±1,8	2,77±0,8	0,936
52. Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.	2,99±0,7	3,07±0,7	0,389

Sigara kullanan ve kullanmayanlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmamızda ölçeğin maddelerinden olan “Yeterince uyurum.”, “Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim.”, “İnsanları başarıları için takdir ederim.”, “Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)”, “Yaşamımın bir amacı olduğuna

inanırım.”, “Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm)”, “Geleceğe umutla bakarım.”, “Her gün 2-4 öğün meyve yerim.”, “Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.”, “Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim.”, “Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım”, “Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.”, “Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.”, “Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.”, “Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.”, “Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.”, “Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.”, “Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.”, “Kahvaltı yaparım.” ifadelerinin her birinin puan ortalamaları sigara kullanmayanlarda sigara kullananlara göre daha yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak bu fark anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

SYBDÖ'nin altı alt grupları; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimini içerir.

**Tablo 16.** Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğindeki alt gruplarının puan ortalamasına göre karşılaştırmaları.

SYBDÖ alt boyutları	Madde sayısı	Sigara kullanan Ort±SD	Sigara kullanmayan Ort±SD	p
	52			
Sağlık sorumluluğu	9	20,0±4,1	21,8±4,3	0,001
Fiziksel aktivite	8	14,2±4,3	15,3±5,1	0,064
Beslenme	9	19,8±4,0	21,3±4,2	0,007
Manevi Gelişim	9	26,04±4,0	27,7±3,7	0,001
Kişiler arası ilişkiler	9	24,7±3,9	26,1±3,8	0,007
Stres yönetimi	8	17,9±3,2	19,0±3,9	0,021

Katılımcıların SYBDÖ alt grupları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi boyutlarının puan ortalamaları sigara kullanmayanlarda sigara kullananlara göre yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Fiziksel aktivite alt boyutunda ölçeğin puan ortalaması sigara kullanan ve sigara kullanmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,064$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada 121'i sigara kullanan ve 120'si sigara kullanmayan olmak üzere toplam 241 katılımcı araştırmaya dahil edildi. Sigara kullanan bireylerin %50,4'ü (61) kadın ve %49,6'ı (60) erkektir. Sigara kullanmayan bireylerin %43,3'ü (52) kadın ve %56,7'si (68) erkektir. Sigara kullananların yaş ortalaması  $32,7 \pm 8,9$ , sigara kullanmayanların yaş ortalaması  $33,9 \pm 9,3$  'dür. Sigara kullananların %63,7'si (77) ve sigara kullanmayanların %70,8'i (85) evli idi. Sigara kullananların %3,3'ü okur yazar değil-okur yazar, %22,3'ü ilköğretim, %38'i lise, %36,4'ü yüksek okul ve üniversite eğitim düzeyi saptandı. Sigara kullanmayanlarda bu oranlar sırasıyla %0,8, %22,5, %35, %41,7 olarak saptandı.

Çalışmamızda sigara kullananların %61,2'si, sigara kullanmayanların ise %68,3'ü bir ve üzeri çocuk sahibidir. Çalışmamızda sigara kullananların ve sigara kullanmayanların yaklaşık üçte ikisi (2/3) çekirdek ailesi ile yaşamaktadır.

Çalışmamızda sigara kullanan ve kullanamayan gruplar arasında sosyo-demografik özellikler; cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi, medeni durumu, çocuk sayısı, aile tipi, mesleği, sosyal güvencesi, aylık geliri hakkındaki düşüncesi ve çalışma biçimi bakımından değerlendirildiğinde anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda kadınların BKİ ortalamalarına bakıldığında; sigara kullananlarda  $24,2 \pm 5,8$  ve sigara kullanmayanlarda  $25,8 \pm 4,7$ 'dir Erkeklerin BKİ ortalamalarına bakıldığında sigara kullananlarda  $25,5 \pm 3,7$  ve sigara kullanmayanlarda  $26,8 \pm 4,1$  olarak bulunmuştur. Samsun'da sigara kullananlar üzerinde yapılan bir çalışmada BKİ ortalamaları kadınların  $27,55 \pm 5,92$ , erkeklerin ise  $27,18 \pm 4,32$  tespit edilmiştir (99). Komiyama ve ark. sigara kullanan Japon katılımcıların ortalama BKİ'leri  $23,5 \pm 3,6$  bulunmuştur (100). Yurtdışında postmenopozal sigara içen kadınlarda BKİ ortalamaları ise  $27,15 \pm 5,1$  olduğu izlenmiştir (101). Bizim çalışmamız aile hekimliği ve sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastalarda yapılmış olup, BKİ ortalamalarına baktığımızda yukarıdaki çalışmaların bazıları ile benzer bazı çalışmalara göre düşük bulunmuştur.

Sigara bağımlısı bireylerin sigara kullandığı yıl ortalaması kadınlarda  $12,85 \pm 7,9$ , erkeklerde  $13,60 \pm 8,9$ 'dur. Sigara kullanım yıl ortalaması diğer çalışmalarda, Doğru (99)  $19,9 \pm 9,11$  yıl, Eroğlu ve ark.(102)  $17,78 \pm 9,79$  yıl, Örsel ve ark. (103)  $21,8 \pm 10,5$  yıl,

Sharon S. ve ark.(101) postmenapozal kadınlarda 19,8 ±11,6 yıl olarak bulunmuştur. Sigara kullanım yıl sayısı ortalamasına bakıldığında bizim çalışmamızda en düşük yıl ortalamasına sahiptir, bunun nedeni ise çalışmamıza dahil olan katılımcıların yaş ortalamasının daha düşük olmasından kaynaklanabilir.

Sigara bağımlısı bireyler kapalı alanda (ev, işyeri, balkon,vs.) sigara içme davranışı açısından değerlendirildiğinde kapalı alanda sigara içme yüzdesi %88,4 olup, kadın ve erkek cinsiyet açısından birbirlerine çok yakındır ve istatistiksel olarak cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktur. TÜİK 2010 verilerine göre kapalı ortamda sigara kullanımının yasak olmadığı işyerlerinde pasif sigara dumanından etkilenim %90'dan daha fazla iken kapalı ortamlarda sigara kullanımının izin verilmediği işyerlerinde ise %12,5'tir. Sigara kullanımı konusunda politikası olmayan işyerlerinde sigara dumanından pasif etkilenim hızı %74,8'dir (21). Pasif etkilenimi kapalı alanlarda içilen sigara gibi düşünürsek sonuçlarımız TÜİK çalışmasına göre yüksektir.

Bu çalışmada sigara bağımlısı bireylerin yarısından fazlası (%52,9)'u sigara bırakmayı denedikleri bulunmuştur. Bu durum kadınlarda %50,8 iken erkeklerde %55 bulunmuş olup, cinsiyetler arasında istatistiksel fark yoktur. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı 2013 (7) çalışmasında sigara içenlerin %57'si ve Doğru'nun (99) çalışmasında %57,9'u sigarayı bırakmayı denemiştir. Tunç'un (104) Öğretmenlerde yaptığı çalışmada %64,9, Eroğlu'nun (102) hastane çalışanlarında %68,9, Sürmeli'nin (105) sigara bırakma polikliniğe başvuran hastalarında %73,3 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda sigara bırakma denemeleri daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda Sigara bağımlısı 121 bireyin %61,2'i (74) sigarayı bırakmak istediklerini ifade etmişlerdir. Sigara kullananlarla yapılan çalışmalarda sigara bırakma isteği Dicle üniversitesinde % 80 (105), Çilingir ve arkadaşları (106) %60, Kiter ve arkadaşları (107) %86, Eroğlu (102) %72,2, Amerika'da (108) ise % 70 bulunmuştur. Çalışmamız Çilingir ve ark.'nın sonuçları ile benzer, diğer çalışmalara göre sigara bırakma isteği daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamızdaki 121 sigara bağımlısınının 64'ü (%52,8) sigara bırakmayı denemişlerdir. Bırakmayı deneyenlerin yaklaşık %80'i üç kez ve daha az, %53'ü iki kez ve daha az olmak üzere sigara bırakmayı denemişlerdir. Geri kalan %20'si ise dört ve üzeri kez denemişlerdir. Dicle üniversitesi sigara polikliniğine başvuran hastalarda yapılan çalışmada sigarayı bırakmayı deneyenlerin %53,5'i iki ve daha az sayıda denemiş iken, %46,5'i ikiden fazla sayıda denemişlerdir (105). Çalışmamızda ki

sonuçlarımıza benzerdir. Seydişehir meslek yüksek okulunda yapılan çalışmada ise sigara içen öğrencilerin %59,7 üç ve daha az sigara bırakmayı denedikleri tespit edilmiştir (109). Bizim çalışmamız da daha yüksek sonuçlar bulunmuştur.

Transteorik modele göre son bir yıl içinde sigara bırakmayı deneyenler sigara bırakmak için hazırlık dönemi içinde bulunabilirler. Bizim çalışmamızda sigara kullanan kadınların %23,3'ü ve erkeklerin %30'u son bir yıl içinde sigara bırakma denemesinde bulunmuşlardır. Son bir yıl içinde sigarayı bırakma denemesi açısından kadın ve erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. TÜİK 2012 raporuna göre 15 yaş ve üzeri yaştaki tütün ve tütün mamulü kullanan bireylerin son bir yıl içerisinde bırakmayı deneyen kadınların oranı %44,9'a ve erkekler oranı 41,8'dir (22). Bizim çalışmamızda küresel yetişkin tütün araştırması 2012 raporuna göre daha düşük orandadır.

Sigarayı bırakmak istememe nedenlerine bakıldığında; bırakmak istemeyen toplam 47 sigara bağımlısının %53,2'si (25) sigara içmenin kendisini mutlu ettiği için, %23,4'ü (11) ise sigarayı bırakamayacağını düşündüğü için sigara bırakmayı istemediklerini bildirmişlerdir. Diğer çalışmalarda daha çok bırakma nedenleri sorulmuştur. Sigaranın bir bağımlılık olduğu göz önüne alındığında sigara bırakmak istememelerinin nedeni kendilerince savunma mekanizması geliştirmelerinden olabilir.

Sigara kullananların cinsiyete göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi değerlendirilmiş; bağımlılık puan ortalaması kadınlarda  $4,2 \pm 2,2$  ve erkeklerde  $5,1 \pm 2,3$  olup anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda sigara kullananların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine göre %20,6'sı çok az bağımlı, %28,9'u az bağımlı, %13,2'si orta bağımlı, %24'ü yüksek bağımlı, %13,3'ü çok yüksek derecede bağımlı olarak belirlendi. Sigara kullanan katılımcıların %50,5'i orta derecede ve üzeri bağımlı idi. Dicle üniversitesinde sigara bırakma polk.'ne başvuran hastalarda Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine göre %37,8'inde orta, düşük ve çok düşük bulunurken, %62,3'ünde çok yüksek ve yüksek olduğu tespit edilmiştir (105). Doğru'nun çalışmasında katılımcıların %41,2'i yüksek, %40 orta düzeyde, %18,8'i ise düşük düzeyde bağımlılığa sahip olduğu belirtilmiştir (99). Bizim çalışmamız da Doğru ve Sürmelinin çalışmasına göre Fagerström Nikotin Bağımlılık düzeyleri daha düşüktür.

Sigara kullanan ve kullanmayanlarda SYBD ölçeği kullanılarak yapılan çalışmamızda sigara kullananların puan ortalaması  $122,9 \pm 16,9$  iken, sigara kullanmayanların ölçek puan ortalaması  $131,4 \pm 18,5$ 'dir. İstatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızda sigara kullanan ve sigara kullanmayan kadınlar arasında



SYBD ölçek puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Erkekler arasında ise SYBD ölçek puan ortalaması sigara kullananlara göre sigara kullanmayanlarda daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çukurova Üniversitesi sağlık bilimleri dışı fakültelerde öğrenim gören öğrencilerle (110) ve Ünalın ve ark.'nın (111) yine öğrencilerle yaptığı çalışmada sigara kullanımı ile SYBD ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bozhüyük'ün (112) öğrencilerle, Kaya ve ark.'nın (113) öğretim elemanlarında, Yalçinkaya ve ark.'nın (114) sağlık çalışanlarında, Tedik'in (115) hemşirelerde, Alemdar'ın (116) özel bir zayıflama merkezinde, Sevindik'in (117) öğrencilerde, Thanavaro ve ark.'nın Amerika'da kadınlarda, Martinelli'nin (119) sigara içen ve içmeyenlerde yapmış oldukları çalışmalarda sigara kullanmayanların sigara kullananlara göre SYBD ölçek puan ortalaması yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Bizim çalışmamız Thanavaro ve ark.'nın (118) kadınlarla yapmış olduğu çalışma hariç diğerleri ile benzerdir. Bu sonuçlar sigara bağımlısı bireylerin sigara kullanmayanlara göre daha düşük düzeyde sağlık bilincine sahip olduklarını düşündürmektedir.

Sigara kullanan kadın ve erkekler arasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği puan ortalamasında istatistiksel fark bulunmamıştır. Bozhüyük'ün (112) Sağlık Bilimleri öğrencileri ile, Sabancıoğullarından'ın (110) üniversite öğrencileri ile, Ünalın ve ark.'nın (111) meslek yüksek okul öğrencileri ile, Ammouri ve ark.'nın (120) yetişkinlerle yaptıkları çalışmalarda cinsiyet ile SYBDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde ki çalışmalar bizim çalışma sonuçları ile benzerdir. Çalışmamıza göre sigara kullanımı kadın ve erkek cinsiyet arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilememektedir ancak sigara kullanan kadınlarda sigara kullanan erkeklere göre SYBDÖ puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi ise çalışmamızdaki sigara kullanan kadınların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine göre daha az bağımlı bulunduğu için olabilir.

Çalışmamızda sigara kullanan ve kullanamayanlar eğitim düzeyi (ilköğretim, lise, üniversite) açısından değerlendirildiğinde; SYBDÖ puan ortalaması ilköğretim mezunları hariç diğer eğitim düzeyleri için sigara kullanmayanlarda sigara kullananlara göre hem yüksek hem anlamlı saptanmıştır. Çetin'in (121) Sağlık personeli ile, Thanavaro ve ark.'larının (118) kadınlarla yaptıkları çalışmalarda öğrenim durumu ile SYBD ölçeği puan ortalamaları anlamlı bulunmuş, eğitim seviyesi yükseldikçe puan ortalamalarının da arttığı saptanmıştır. Alemdar'ın çalışmasında eğitim seviyesi yükseldikçe SYBDÖ II puan ortalamalarının da arttığı görülmüş fakat anlamlı

bulunmamıştır (116). Çalışmamıza göre sigara kullananlarda eğitim seviyesi üniversite mezunu olanlarda diğer eğitim seviyelerine göre daha yüksektir.

Bizim çalışmamızda medeni durum açısından hem evlilerde hem de bekarlarda SYBDÖ puan ortalaması sigara kullananlara göre kullanmayanlar da yüksek ve anlamlı fark bulunmuştur. Çetin'in sağlık personeline yaptığı çalışmada medeni durum ile SYBD ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (121).

Çocuk sahibi olma durumu açısından sigara kullanan ve kullanmayanlar değerlendirildiğinde; çocuk sahibi olsun ya da olmasın sigara kullananlara kıyasla sigara kullanmayanların SYBDÖ puan ortalaması hem yüksek hem anlamlı saptanmıştır. Çetin'in sağlık personeli ile yaptığı çalışmada çocuk varlığı ile SYBD ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel fark saptanmamıştır (121).

Çalışmamızda çekirdek ailesi ile birlikte yaşayanlar değerlendirildiğinde; sigara kullanmayanların SYBDÖ puan ortalaması sigara kullananlardan yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Bozhüyük'ün (112) ve Sabancıoğullarından'ın (110) üniversite öğrencileri ile yapmış oldukları çalışmalarda ise ailesiyle birlikte yaşayan öğrencilerde SYBD ölçek ortalaması anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamızda yalnız veya geniş aile olarak yaşayanlar değerlendirildiğinde; sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında ölçeğin puan ortalaması bakımından istatistiksel fark bulunmamıştır.

Sigara kullanan ve kullanmayan öğrenciler arasında SYBDÖ puan ortalaması bakımından istatistiksel fark bulunmamıştır. Çalışmayan bireylerde sigara kullanan ve kullanmayanların SYBDÖ puan ortalaması açısından istatistiksel fark saptanmamıştır. Çalışanlar değerlendirildiğinde; sigara kullanmayanlardaki ölçek puan ortalaması sigara kullananlardan yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıdır. Alemdar çalışmasında katılımcıların meslekleri ile SYBDÖ II puan ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (116). Sevindik'in çalışmasında gelir getirici bir işte çalışan öğrencilerin SYBD ölçeği puanları çalışmayanlara göre anlamlı yüksek saptanmıştır (117). Çetin'in çalışmasında sağlık personeline meslek durumuna göre SYBD toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (121).

Çalışmamız da sosyal güvencesi olan sigara kullanan ve kullanmayanlar değerlendirildiğinde; sigara kullanmayanlarda SYBDÖ puan ortalaması sigara kullananlardan yüksek olup istatistiksel olarak fark vardır. Sosyal güvencesi olmayanlar değerlendirildiğinde; sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında SYBDÖ puan ortalamasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bozhüyük (112) ve Sabancıoğullarından'ın (110) çalışmalarında öğrencilerin sosyal güvencesi olup olmaması ile sağlıklı yaşam

biçimi davranışları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kaewpan ve ark.'nın (122) orta yaşlı erkeklerle yaptığı çalışmada, sosyal güvence ile sağlığı koruyucu davranışlar arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.

Aylık gelirini yeterli ya da kısmen yeterli olarak değerlendiren sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında SYBDÖ puan ortalaması sigara kullanmayanlarda sigara kullananlardan belirgin yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak fark anlamlıdır. Aylık gelirini yetersiz bildirenlerde ise ölçeğin puan ortalamasında sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında istatistiksel fark bulunmamıştır. Sevindik'in (117) çalışmasında aylık geliri yüksek olan aileye sahip olan öğrencilerin SYBD ölçeği puanı anlamlı olarak yüksektir. Tedik (115) hemşirelik öğrencilerinde, Sabancıoğullarından'ın (110) Sağlık Bilimleri dışı üniversite öğrencilerinde, Bozhüyük'ün (112) Sağlık Bilimleri üniversite öğrencilerinde, Ünal ve ark.'nın (111) meslek yüksek okulları öğrencilerinde yapmış oldukları çalışmalarda gelir düzeyi ile SYBD ölçeği puan ortalamalarında fark bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda sigara kullanan ve kullanmayanların aylık gelir düzey algısı arttıkça SYBDÖ puan ortalamaları da artış göstermiştir ve bu açıdan Sevindik'in (117) çalışması ile benzerdir.

Çalışma biçimi açısından gündüz ya da nöbetli çalışanlar kendi arasında değerlendirildiğinde; sigara kullanmayanlarda SYBDÖ puan ortalaması sigara kullananlardan yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır.

Çalışmamızda katılımcıların SYBDÖ alt grupları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi boyutlarının puan ortalamaları sigara kullanmayanlarda sigara kullananlara göre yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Fiziksel aktivite alt boyutunda ölçeğin puan ortalaması sigara kullanan ve kullanmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sigara kullanan ve kullanmayanlar alt boyutlardan en düşük puanı fiziksel aktivite alt boyutunda almışlardır. Genel olarak her iki grubumuzun fiziksel aktivitesi az bulunmuştur. Bozhüyük çalışmasında sigara kullanmayanlarda, sağlık sorumluluğu, beslenme, tinsellik, kişiler arası ilişki, stres yönetimi alt ölçeklerinden yüksek puan ortalamasını almış ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Fiziksel aktivite alt ölçeği puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (112). Çukurova Üniversitesi öğrencileri ile yapılan çalışmada öğrencilerin sigara içme davranışı ile beslenme alt ölçeği arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (110). Ünal ve arkadaşların öğrencilerde yapmış olduğu çalışmaya göre

sigara içme durumu ile SYBDÖ'ü kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, stresle yönetimi, beslenme, egzersiz alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (111). Sağlık personelinin sigara durumu ile SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiği çalışmada; sağlık sorumluluğu puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Sigara kullananların sağlık sorumluluğu puanları daha düşük bulunmuştur (121). Erzurum hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmada SYBDÖ alt grup puan ortalamaları sigara kullanmayan öğrencilerde yüksek bulunmuş, beslenme alt grubu hariç diğer bütün alanlarda gruplar arasındaki fark anlamlı saptanmıştır (115). Martinelli, sigara kullanan ve kullanmayan üniversite öğrencilerinde sağlıklı geliştirici davranışları araştırmış; sigara kullanmayan öğrencilerin SYBD ölçeği sağlık sorumluluğu, egzersiz, besleme, stres yönetimi alt boyutların toplamında anlamlı olarak daha yüksek puan aldığını göstermiştir (119). Bizim çalışmamızın sonuçları Bozhüyük'ün (112) çalışması ile benzerdir. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuçlar sigara kullanmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sigara kullananlara göre daha çok benimsediğini ve hayatlarına da uyguladıklarını düşündürmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sigara kullanan ve kullanmayanlar katılımcılar arasında cinsiyet, yaş ortalaması, öğrenim düzeyleri, medeni durumu, çocuk sayısı, aile tipi, mesleği, sosyal güvencesi, çalışma biçimi ve aylık gelirleri hakkındaki düşünceleri değerlendirildiğinde istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çalışmamızda BKİ değerlendirildiğinde; sigara kullanan kadınların %9,8'i zayıf, %54,1'i normal kilolu, %26,2'si fazla kilolu, %6,6'sı 1. derece obez, %3,3'ü 3. derece obez bulunurken, sigara kullanmayan kadınların ise %48,1'i normal, 32,7'si fazla kilolu, %13,5'i 1. derece obez, %5,8'i 2. derece obez bulundu. Erkeklerin BKİ bakıldığında; sigara kullananların %53,3'ü normal kilolu,, %38,3'ü fazla kilolu, %6,7'i 1 derece obez, %1,7'si 3. derece obez saptanırken, sigara kullanmayanlarda ise %32,4'ü normal kilolu, %47,1'i fazla kilolu, %16,2'si 1.derece obez, %4,4'ü 2. Derece obez saptanmıştır

Sigara bağımlısı bireylerin sigara kullandığı yıl ortalaması kadınlarda  $12,85\pm 7,9$ , erkeklerde  $13,60\pm 8,9$ 'dur. Kadın ve erkeklerde sigara içme yıl ortalaması açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Sigara bağımlısı bireylerde kapalı alanda (ev, işyeri, balkon, vs.) s sigara içme yüzdesi %88,4'dir. Sigara bağımlısı bireylerin %52,9'u sigara bırakmayı denemişlerdir. Sigara bırakmayı deneme sayıları bakımından kadın ve erkek cinsiyet arasında fark bulunmamıştır. Sigara bırakmayı son bir yıl içinde deneyenler %26,7'dir. Sigara bağımlısı bireylerin %61,2'i (74) sigara bırakmayı istemektedirler. Sigarayı bırakmak istemeyenlerin %53,2'si sigara içmenin kendisini mutlu ettiği için, %23,4'ü ise sigarayı bırakamayacağını düşündüğü için sigara bırakmayı istemediklerini bildirmişlerdir.

Sigara kullananların Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeğine göre bağımlılık puan ortalaması kadınlarda  $4,2\pm 2,2$  ve erkeklerde  $5,1\pm 2,3$  olarak bulunmuştur. İstatistiksel olarak fark vardır ( $P<0,05$ ).

SYBDÖ puan ortalaması sigara kullanamayanlarda sigara kullananlardan yüksektir. Sigara kullanan ve kullanmayan kadınlar arasında SYBDÖ puan ortalaması açısından fark bulunmamıştır. Sigara kullanan ve kullanmayan erkekler karşılaştırıldığında; SYBDÖ puan ortalaması sigara kullanmayanlarda kullananlardan yüksek ve anlamlı bulunmuştur.

Eğitim düzeylerine göre sınıflandırılarak (İlköğretim, Lise, niversite) yapılan değerlendirmede; ilköğretim mezunları hariç diğer eğitim düzeylerinde SYBDÖ puan ortalaması sigara kullanmayanlarda sigara kullananlara kıyasla daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur.

Sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında medeni durum değerlendirildiğinde hem evliler de hem de bekarlar da SYBDÖ puan ortalaması açısından anlamlı fark bulunmuştur.

ocuk sahibi olan ya da olmayanlar gruplandırıldığında her iki grupta sigara kullanmayanların SYBDÖ puan ortalaması sigara kullananlara göre yüksek bulunmuştur.

Çekirdek ailesi tipi olan sigara kullanmayanların SYBDÖ puan ortalaması sigara kullananlardan yüksek ve anlamlıdır. Yalnız yaşıyanlar veya geniş aile olarak yaşıyanlar değerlendirildiğinde; sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında ölçeğin puan ortalaması bakımından istatistiksel fark bulunmamıştır.

Çalışanlar değerlendirildiğinde; sigara kullanmayanlardaki ölçek puan ortalaması sigara kullananlardan yüksek ve anlamlıdır ( $p=0,001$ ). Çalışmayan katılımcılar veya öğrencilerde ölçek puan ortalaması bakımından sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Sosyal güvencesi olanlarda sigara kullanmayanların SYBDÖ puan ortalaması sigara kullananlardan yüksek olup istatistiksel olarak fark vardır ( $p=0,001$ ). Sosyal güvenceleri olmayanlarda ise SYBDÖ puan ortalaması açısından sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında istatistiksel fark yoktur ( $p=0,819$ ).

Aylık geliri hakkındaki düşünceleri yeterli veya kısmen yeterli olarak sınıflandırıldığında SYBDÖ puan ortalaması sigara kullanmayanlarda sigara kullananlardan belirgin yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak fark anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Aylık gelirini yetersiz bildirenlerde ise ölçeğin puan ortalamasında sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında istatistiksel fark bulunmamıştır ( $p=0,655$ ).

Çalışma biçimi açısından gündüz ya da nöbet/vardiyalı çalışanlar sınıflandırılarak yapılan değerlendirmede sigara kullanmayanların SYBDÖ puan ortalaması sigara kullananlardan yüksektir ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

Katılımcıların SYBDÖ alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi boyutlarının puan ortalamaları sigara kullanmayanlarda sigara kullananlara göre yüksek

olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Fiziksel aktivite alt boyutunda ölçeğin puan ortalaması sigara kullanan ve kullanmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,064$ ).

Sigara bağımlılarının sağlıklarını iyileştirmek ve sağlık seviyelerini yükseltmek için yapabilecekleri en önemli davranış sigaranın bırakılmasıdır. İnsanların öncelikle sigaraya başlaması önlenmeli, sigara kullanılmaması teşvik edilmeli ve sigara kullananlarında sigarayı bırakması desteklenmelidir. Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemini kavramaları, kazandırılmaları ve günlük hayata uygulamaları da desteklenmelidir. Bu konuda en önemli görev de Aile hekimlerinin üzerine düşmektedir. İlk tıbbi temas noktası olan, kapsamlı ve bütüncül yaklaşım amaçlayan aile hekimleri sigara bağımlılığını bir hastalık olarak değerlendirmeli, sigara bırakılmasını teşvik etmeli, insanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmelerine ve hayatlarına uygulamalarına yardımcı olmalıdırlar.

## 7. KAYNAKLAR

1. Dinn WM, Ayçiçeği A, Harris CL (2004).Cigarette Smoking in a student sample: Neurocognitive and Clinical Correlates. *Addictive Behaviors*; 29(1): 107 -26.
2. Sadock BJ. (2007) Maddeye Bağlı Bozukluklar. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th Baskı. (Çev. Ed. Aydın H, Bozkurt A), Güneş Kitabevi, İstanbul: 1137-328.
3. The World Health Report on The Global Tobacco Epidemic.İstanbul, 2009. [whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918\\_eng\\_full.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf) (Erişim tarihi:10.10.2016).
4. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization.3.Male smoking, pp.24-25, USA, 2002. <http://www.who.int/tobacco/en/atlas5.pdf> (Erişim tarihi: 10.10.2016).
5. Tucker JS, Ellickson PL, Klein DJ. Predictors of the regular smoking during adolescence and young adulthood. *J Adolesc Health* 2003; 32: 314-24.
6. Barnes PJ. Managing chronic obstructive pulmonary disease. Science Pres Ltd. 1999; 4-5.
7. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması.Ankara 2013. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>.
8. Booth AO, Nowson CA. Patient recall of receiving lifestyle advice for overweight and hypertension from their General Practitioner. *BMC Fam Pract* 2010;11:8.
9. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, 2000, Türkiye. Risk Faktörleri. <http://www.hm.saglik.gov.tr>.
10. Azkan, N. Tütün. Sigara ve sağlık, s.3-6, Bursa, 2002.
11. Barış İ. Tütün Kullanımı Tarihçesi, [http://www.toraks.org.tr/sub/sigarasiz/TuTuN\\_KULLA\\_NIMININ\\_TARiHcESi-I\\_Baris.pdf](http://www.toraks.org.tr/sub/sigarasiz/TuTuN_KULLA_NIMININ_TARiHcESi-I_Baris.pdf) (Erişim Tarihi: 10.10.2016).
12. Sapan H. Türk tütününde fiyatlandırma politikası. Edirne: Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 1997(Erişim tarihi: 25.07.2016)



13. Seydioğulları M. Dünyada ve Türkiyede Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları, Editörler: Aytimur ZA, Akçay Ş, Tütün ve Tütün Kontrolü. 1. Baskı İstanbul: Aves Yayıncılık Toraks Kitapları. Sayı 10, Ocak 2010;3-20.
14. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva, 2013. Access to: [www.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871\\_eng.pdf](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf) (Erişim tarihi:10.10.2016)
15. [www.who.int/mediacenter/factsheets/fs339/en/](http://www.who.int/mediacenter/factsheets/fs339/en/) (Erişim tarihi:10.10.2016).
16. Beyer J, Waverly I. Tobacco control policy. Strategies, successes and setbacks. The World Bank, 2003; 1-12.
17. Dabakoglu T, Kukner S, Vicdan K et al. Smoking, drinking and drug use in female adolescent. Tr J Med Sci 1993; 19: 157-64.
18. Warren CW, Riley L, Asma S, Eriksen MP, Gren L, Blanten C, et al. Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey Project. Bull WHO 2000;78:868-76.
19. Mackay J, Eriksen M. The tobacco atlas. World Health Organization. 4. Female smoking, pp.26-7, USA, 2002. <http://www.who.int/tobacco/en/atlas8.pdf> (Erişim tarihi: 10.10.2016).
20. Küresel yetişkin tütün araştırması, 2008. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı.
21. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2010, Türkiye Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı.
22. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012, Türkiye İstatistik Kurumu.
23. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak AZ, Özkan M, Örsel O. Tütün Kontrolü. Toraks Dergisi 2006; 7(1): 51-64.
24. Bilir N. Türkiye’de Tütün Kontrolünün Dünü- Bugünü ve Yarını. Ertem ve Ark. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu, 2012.
25. Demir T. Sigara ve Sigara Bırakma Tedavileri. In: Çen G. Sigara Epidemiyolojisi İstanbul: 2005: 5-15.
26. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. Tobacco smoke and involuntary smoking monograph on the evaluation of carcinogenic risk of chemicals to humans. Geneva; 2003.
27. California environmental protection agency office of environmental health hazard assesment. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. Final

- Report. 1997. <http://oehha.ca.gov/air/report/health-effects-exposure-environmental-tobacco-smoke> (Erişim tarihi: 10.10.2016)
28. Ambrose JA, Barusa RS. The Pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease. *Jam Coll Cardiol* 2004; 43:1731-3.
  29. Witztam J, Moore M, Falsom AR, Barnes RW, Eckfeldt JH. The oxidation hypothesis of atherosclerosis. *Lancet Pres* 1994; 344: 793-95.
  30. Singer BC, Hodgson AT, Nazaroff WW. Gasphase Organics in enviromental tobacco smoke: 2. Exposure relevant emission factors and indirect exposures from habitual smoking. *Atmospheric Environment* 2003;37 (39-40):5551-61.
  31. Smith CJ, Perfetti TA, Garg R and Hansch C. IARC Carcinogens reported in cigarette mainstream smoke and the calculated log p values. *Food And Chemical Toxicology* 2003; 41(6): 807–17.
  32. Silverstein P. Smoking and wound healing. *Am J Med* 1992; 93(1A):22-4.
  33. Zevin S, Saunders S, Gourlay SG, Jacob P, Benowitz NL. Cardiovascular effects of carbon monoxide and cigarette smoking. *J Am Coll Cardiol* 2001; 38:1633-8.
  34. şahin M, Arslandağ M. Kardiyovasküler sistem ve sigara. Tür A (Editör). Sigaranın bilimsel yüzü'nde. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2005;147-61.
  35. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı, 2010. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Bakanlığı Yayınları no:796, Ankara, 2010.
  36. Su H. ATS statement-cigarette smoking and health. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 154:1579-80.
  37. Warner DO. Preoperative smoking cessation: The role of the primary care provider. *Mayo Clin Proc* 2005;80(2):252-8.
  38. Ockene IS, Miller NH. Cigarette smoking, cardiovascular disease, and stroke: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation* 1997;96(9):3243-7.
  39. Hallstrom AP, Cobb LA, Ray R. Smoking as a risk factor for recurrence of sudden cardiac arrest. *N Engl J Med* 1986;314:271-5.
  40. Secondhand Smoke Exposure and Cardiovascular Effects: Making Sense of the Evidence.  
<http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2009/Secondhand-Smoke-Exposure-and-Cardiovascular-Effects-Making-Sense-of-the-Evidence/Secondhand%20Smoke%20%20Report%20Brief%203.pdf> (Erişim tarihi:11.10.2016)

41. Aydınlar A, Sigaranın Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkileri. İn: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve sağlık, Bursa; 2002; 206-15.
42. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994;309:901–11.
43. Karadağ M, Bilgiç H. Tütün ve tütün kontrolü. Türk Toraks Derneği kitabı, 2010.
44. Marakoğlu K, Sezer E. Sivas'ta gebelikte sigara kullanımı. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2003; 25(4):157-64.
45. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 The MPOWER package.
46. Al-Eisa Is, Al-Terkit AM, Radwan MM, Al-Jassar T, Al-Mutar MS. Smoking among health care workers of the capital governorate health region, Kuwait: prevalence and attitudes. *Kuwait Medical Journal* 2006, 38(2):100-6.
47. Öztuna F, Sigaranın Hücresel etkileri. *Akciğer Arşivi* 2004; 2: 111-6.
48. Cohen V, Khuri FR. Progress in lung cancer chemoprevention. *Cancer Control* 2003;10:315-24.
49. Fielding JE. Smoking: Health effects and control. *N Engl J Med* 1985; 313:491-8.
50. Jha P, Chaloupka FJ. Tobacco control in developing countries. New York: Oxford University Press 2000.
51. Trichopoulos D, Petridou E, Lipworth L, Adami HO. Epidemiology of cancer. İn: DeVita VT, Hellman JS, Rosenberg SA (Eds.). *Cancer principles practice of oncology*. 5th ed. Philadelphia, New York: Lippincott-Raven; 1997. p. 240-1.
52. Carbone D. Smoking and cancer. *Am J Med* 1992; 93(1A):13-7 119.
53. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.
54. Koop CE. The effects of cigarette smoking: Introduction. *Am J Med* 1992; 93(1A):1.
55. Rigotti NA. Cigarette smoking and body weight. *N Engl J Med* 1989; 320:899-903.
56. Endoh K, Leung FW. Effects of smoking and nicotine on the gastric mucosa: A review of clinical and experimental evidence. *Gastroenterology* 1994;107:864-78.

57. Srivastava ED, Barton JR, O'Mahony S, et al. Smoking, humoral immunity, and ulcerative colitis. *Gut* 1991 Sep;32(9):1016-9.
58. Zevin S, Benowitz NL. Drug interactions with tobacco smoking. An update. *Clin Pharmacokinet* 1999; 36:425-38.
59. Sepaniak S, Forges, Gerarad H, et al. The influence of cigarette smoking on human sperm quality and DNA fragmentation. *Toxicology* 2006;223:54-60.
60. Mackay J, Amos A. Women and tobacco. *Respirology* 2003; 8:123-30.
61. US Department of Health and Human Services. A Report of the Surgeon General: The health consequences of smoking. Washington (DC), US Department of Health and Human Services. 1982.
62. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.
63. Berrettini WH, Lerman CE. Pharmacotherapy and pharmacogenetics of nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 2005;162:1441-51.
64. Henningfield JE, Stapleton JM, Benowitz NL et al. Higher levels of nicotine in arterial than in venous blood after cigarette smoking. *Drug Alcohol Depend* 1993; 33:23-9.
65. John R, Hughes MD. Nikotine bağlı bozukluklar. Kaplan And Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry. 8. Baskı. Philadelphia, 2005:1257-64.
66. Ferry LH, Burchette RJ. Efficacy of bupropion for smoking cessation in nondepressed smokers. *J Addict Dis* 1994; 13:249.
67. Breslau N, Kilbey M, Andreski P. Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders: Finding from an epidemiologic study of young adults. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 464-9.
68. Hughes JR. Nicotine-related disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams&Wilkins; 2000; p.10338.
69. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S.Department .of Health and Human Services. Public Health Service, May 2008.

70. Fagerstrom KO, Heatherton TE, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assesment. Ear Nose Throat J 1992; 69: 763-7.
71. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO., The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991; 86: 1119-27.
72. Weinstein AR., Sesso HD., Lee IM., Rexrode KM., Cook NR., Manson JE.,et all. (2008). The Joint of Physical Activity and Body Mass Index on Coronary Heart Diseaserisk in Women. Arch Intern Med., 168(8):884-90.
73. WHO. World Health Organization. Definition of Health, 2010. (<http://www.who.int> (Erişim tarihi: 10 10 2016).
74. Sisk, RJ. Caregiver burden and health promotion. Int J Nurs Stud 2000;37:3.
75. Pender NJ. Health promoting in nursing practice. 2.ed. California: Norwalk; 1987.
76. The WHO cross-national study of health behavior in school-aged children from 35 countries: Findings from 2001-2002. J Sch Health 2004; 74: 204-6.
77. Sanci, LA., Coffey, CM., Veit, FC., Carr-Gregg, M., Patton, GC., Day, N., Bowes, G. (2000). Evaluation of the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care: randomized controlled trial. BMJ 2000; 320 (7229):224-9.
78. Bahar Özvarış Ş. “Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme” Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde Ç. Güler, L. Akın, (Eds), s. 1131-1186 Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006.
79. Komduur RH, Korthals M, Molder H. The good life: living for health and a life without risks? On a prominent script of nutrigenomics. Br J Nutr 2009; 101: 307-16.
80. Pender NJ, Walker SN, Sechrist KR, Stromborg MF. Development and testing of the health promotion model. Cardiovasc Nurs 1988 ;24(6):41-3.
81. Pender NJ, Barkauskas VH , Hayman L , Rice VH , Anderson ET. Health promotion and disease prevention: Toward excellence in nursing practice and education. Nursing Outlook 1992;40(3): 106-112.
82. Gochman DS (editor). Health Behaviour: Plural Perspectives, In: Health Behaviour, Emerging Research Perspective. New York: Plenum Publishing Corporation; New York 1988:3-4.
83. Upton D, Thirlaway K. Promoting Healthy Behaviour: A Practical Guide. 2nd ed., New York: Roudledge; 2014:76

84. Kung HC, Hoyert DL, Xu JQ, Murphy SL. Deaths: Final data for 2005. National Vital Statistics Reports 2008;56(10).
85. Baysal A. Beslenme. 7. Baskı. Hatipoğlu yayıncılık,1997.
86. Çakır B, Toprak İ, Yüksel B. Saha Personeli İçin Toplum Beslenme Programı Eğitim Materyali. 3. Baskı. Onur Matbaacılık Ofset Ltd. Şti, Ankara, 2002.
87. Anon, (1999). Diet, nutrient and prevention of chronic diseases. WHO (Report No: 797), Geneva:WHO, 1999.
88. Obesite, Diyabet ve Metabolik hastalıklar daire başkanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. <http://beslenme.gov.tr/index.php?page=346>. (Erişim tarihi:18.10.2016).
89. Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G. Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008.
90. Eskiurt N, Akyüz G. Osteoporoz: Genel Bir Değerlendirme, s.1-22. MD Yayıncılık, Ankara, 2002.
91. Özcan A. Hasta Hemşire İlişkisi ve İletişim. Sistem Ofset, Ankara, 2006.
92. Ünal M. Sağlıklı Yaşam: Sağlığın Geliştirilmesi. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 1. Baskı, Eskişehir, 2013.
93. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Perspektif Baskı, İstanbul, 2005.
94. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. Nurs Res 1996; 45(1):30-6.
95. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları, Remzi Kitabevi, 21.Basım, İstanbul, 2002.
96. Uysal M, Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram G, Uysal Ö, Yılmaz V. Fagerstrom nikotin bağımlılık testinin Türkçe versiyonun güvenilirliği ve faktör analizi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2004;52(2):115-21.
97. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the Health Promoting Life style Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center,1996.
98. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2008; 12(1):1-12.

99. Doğru GK. Sigara kullanım durumlarının uzun vadede kişileri beden kitle indeksi üzerine etkileri Ondokuz Mayıs Üniversitesi Aile Hekimliği ABD, Uzmanlık tezi. Samsun, 2015.
100. Komiyama M., Wada H., Ura S., Yamakage H., SatohAsahara N., Shimatsu A., Koyama H., Kono K., Takahashi Y., Hasegawa K., Analysis of Factors That Determine Weight Gain during Smoking Cessation Therapy, Plos one 2013;8(8).
101. Sharon S. AllenT, Dorothy Hatsukami, Dawn M. Brintnell, Tracy Bade, Effect of nicotine replacement therapy on post-cessation weight gain and nutrient intake: A randomized controlled trial of postmenopausal female smokers, Addictive Behaviors 2005; 30:1273-80.
102. Eroğlu S. İstanbul'da Genel Bir Devlet Hastanesinde Çalışanların Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktorler. İstanbul Med J 2013; 14: 170-4.
103. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Şipit T, Kurt B. Sigarayı bırakmada nikotin replasman tedavisi ve davranış eğitimi yöntemlerinin karşılaştırılması: Doğal izlem çalışması. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2005; 53(4): 354-61.
104. Tunç Z. Edirne'de öğretmenlerin sigara içme ile bırakma davranışlarını ve etkileyen faktörler. Trakya üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Edirne, 2007.
105. Sürmeli CD. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinde Değerlendirilen Olgular. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Diyarbakır, 2008.
106. Çilingir D, Hintistan S, Öztürk H. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sigara kullanma alışkanlıkları ve etkileyen faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;1(2).
107. Kiter G, Başer S, Akdağ B, Ekinçi A ve ark. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran olguların sigara içme özellikleri. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2008; 56(1): 30-6.
108. CDC. Health Objectivesw for the Nation Cigarette Smoking Among Adults, United States. 1993. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1994; 43: 925-30.
109. Kutlu R, Çivi S. The Frequency and Affecting Factors of Smoking Among the Students at Sehdisehir Vocational School. Bağımlılık Dergisi 2006; 7: 71-9.
110. Sabancıoğullarından Y. Çukurova üniversitesi sağlık bilimleri dışı fakülte öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Çukurova

- Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 2010.
111. Ünal D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. Meslek Yüksekokullarının Sağlık ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007;14(2) 101-9.
  112. Bozhüyük A. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 2010.
  113. Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, Yorgancı E, Öz F, Kankaya CF. Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. Kor Hek 2008; 7(1):59-64.
  114. Yalçinkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull 2007;6(6):409-20.
  115. Tedik SE. Hemşirelik öğrencilerinde fazla kilo durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2015.
  116. Alemdar S. Özel bir zayıflama merkezine devam eden yetişkin kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ağırlık kaybına yansması. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Ankara, 2016.
  117. Sevindik F. Fırat Üniversitesi öğrencilerinde problemlili internet kullanımı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Malatya, 2011.
  118. Thanavaro JL, Moore SM, Anthony M. Predictors of health promotion behavior in women without prior history of coronary heart disease. Applied Nursing Research 2006; 19: 149-55.
  119. Martinelli AM. An explanatory model of variables influencing health promotion behaviors in smoking and nonsmoking. Public Health Nurs 1999; 16 (4):263-9.
  120. Ammouri AA, Neuberger G, Nashwan AJ, Al-Haj AM. Determinants of self reported physical activity among Jordanian adults. J Nurs Scholarsh 2007; 39(4): 342-8.
  121. Çetin FE.. Ankara halk sağlığı müdürlüğü ve merkez ilçelerin toplum sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının



değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2015.

122. Kaewpan W, Kalampakorn S, Luksamijarulkul P. Factors Related to Health-Promoting Behaviors among Thai Middle-Aged Men. J Med Assoc Thai 2007; 90(9): 1916-24





T.C.  
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı :72011914.602.05.04/ ~~17~~  
Konu : Yrd.Doç.Dr. Ayşegül ERDOĞAN

12./12/2016

Sayın Yrd.Doç.Dr. Ayşegül ERDOĞAN  
Dahili Tıp Bilimleri Öğretim Üyesi

07.03.2016 tarihli karar no 08 olan Tıpta Uzmanlık Tezi olan etik kurulun proje yürütücüsünün Yrd.Doç.Dr. Ayşegül ERDOĞAN olarak değiştirilmesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulunca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

  
Prof. Dr. Metin KILINÇ  
Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı