



T.C.

HİTİT ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ERKEK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA SİGARA İÇME DAVRANIŞI,
SİGARAYI BIRAKMANIN BELİRLEYİCİLERİ VE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

PELİN UYAR

Çorum - 2022

**ERKEK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA SİGARA İÇME DAVRANIŞI,
SİGARAYI BIRAKMANIN BELİRLEYİCİLERİ VE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

PELİN UYAR

**Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı**

Yüksek Lisans Tezi

TEZ DANIŐMANI

Doç. Dr. Gülay YILMAZEL

Çorum 2022

Pelin Uyar tarafından hazırlanan “ Erkek Sağlık Çalışanlarında Sigara İçme Davranışı, Sigarayı Bırakmanın Belirleyicileri ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” adlı tez çalışması 05/04/2022 tarihinde aşağıdaki jüri üyeleri tarafından oy birliği ile Hitit Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç.Dr.Gülay Yılmazel

Dr.Öğr.Üyesi Remziye Cici

Dr.Öğr.Üyesi Kevser Işık

Hitit Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulunun 15/04/2022 tarih ve 2022/660 sayılı kararı ile Pelin UYAR'ın Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans derecesi alması onanmıştır.

Prof. Dr. Muhammed Asif YOLDAŞ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını beyan ederim.

Pelin UYAR



ERKEK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA SİGARA İÇME DAVRANIŞI, SİGARAYI BIRAKMANIN BELİRLEYİCİLERİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Pelin UYAR

ORCID: 0000-0003-3642-2777

HİTİT ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Yüksek Lisans Tezi

Nisan 2022

ÖZET

Bu çalışma, erkek sağlık çalışanlarında sigara içme davranışı, sigarayı bırakmanın belirleyicileri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Kesitsel türdeki bu araştırma Haziran-Ağustos 2021 tarihleri arasında Amasya iline bağlı Merzifon, Suluova ve Gümüşhacıköy ilçelerindeki birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında görev yapan, 18 yaş ve üzeri, 250 erkek sağlık çalışanı ile tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri SPSS 22.0 programı aracılığı ile yüzdeler, ortalama, ki-kare testi, Fisher's exact testi, Anova ve normal dağılım göstermeyen verilerde Kruskal Wallis H test ve Mann Whitney U Test ile binary lojistik regresyon ve doğrusal regresyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Analizlerde $p < 0,05$ değeri istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı genel indeks puan ortalaması $41,1 \pm 5,1$ 'dir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin %50,8 oranı ile yeterli olduğu, yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinin sigara içenlerde %48,9, sigara içmeyenlerde %53,5 olduğu belirlenmiştir. Sigara içen erkek sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyi; lisansüstü eğitim alanlarda en fazla olup ($p < 0,000$), hekim/dış hekimi grubunda diğer ünvanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,000$). Sigara içen katılımcıların Fagerström nikotin bağımlılık puan ortalaması $3,2 \pm 2,7$ olarak bulunmuştur. Nikotin bağımlılık puanları ile sigaraya ilk başlama yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde ilişki belirlenmiştir ($p < 0,000$). Sigara içen erkek sağlık çalışanlarının %55'i düşük, %25,5'i orta, %19,5'i yüksek derecede nikotin bağımlısı olduğu tespit edilmiştir. Sağlık algısını orta olarak belirtenlerin %44,4'ünün yüksek düzeyde nikotin bağımlısı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Yalnızlık, stres, öfke nedeniyle sigara içme nedenleri ile nikotin bağımlılığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık

belirlenmiştir ($p<0,05$). Erkek sağlık çalışanlarının tütün politikalarını caydırıcı bulmadığı görölmüştür ($p<0,05$). Sigarayı bırakma öz-yeterliliği düşük olanların %39,5'nin yüksek düzeyde nikotin bağımlısı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Sağlık okuryazarlığı düzeyi mükemmel olan katılımcıların %51,4'ünün, yeterli olanların %42,9'unun iki ay içerisinde sigarayı bırakamayacağı saptanmıştır ($p<0,000$). Sonuç olarak, erkek sağlık alışanlarında sigara içmenin ve sigarayı bırakmanın risklerine karşı düşük farkındalığın sağlık okuryazarlığı düzeylerinden etkilendiği belirlenmiştir.

Anahtar Kavramlar: Erkek, sağlık alışanı, sigara içme, sağlık okuryazarlığı

Bilim Kodu: 1032.05



**DETERMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN SMOKING BEHAVIOR, THE
DETERMINANTS OF SMOKING CESSATION, AND HEALTH LITERACY IN MALE
HEALTHCARE PROFESSIONALS**

Pelin UYAR

ORCID: 0000-0003-3642-2777

HITIT UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL

Master of Science Thesis

February 2022

ABSTRACT

In this study, it was aimed to determine the relationship between smoking behavior, determinants of smoking cessation, and health literacy among male health workers. This cross-sectional study was completed with 250 male health workers, aged 18 and over, working in primary and secondary healthcare institutions in Merzifon, Suluova and Gümüşhacıköy affiliated to Amasya Provincial Health Directorate between June and August 2021. Turkish Health Literacy Scale-32 and Fagerström Nicotine Addiction Test were used to collect research data. The data of the study were evaluated using the SPSS 22.0 program using percentile, mean, chi-square test, Fisher's exact test, and Anova, the Kruskal Wallis H test and Mann Whitney U Test for data that did not show normal distribution, using binary logistic regression and linear regression analysis. In evaluations, $p < 0,05$ value was considered statistically significant.

The health literacy general index score average of the research group was 41.1 ± 5.1 . It was determined that the level of health literacy was sufficient with a rate of 50.8%, this rate was 48.9% in smokers and 53.5% in non-smokers. The health literacy level of male health workers who smoked was the highest in those with postgraduate education ($p < 0.000$), and it was found to be higher in the physician/dentist group compared to other titles ($p < 0.000$). The mean Fagerström nicotine addiction score of the smokers was found to be 3.2 ± 2.7 . A statistically significant negative correlation was determined between nicotine addiction

scores and the age of first smoking ($p<0.000$). It has been determined that 55% of male health workers who smoke are low, 25.5% are moderately addicted to nicotine, and 19.5% are highly addicted to nicotine. It was observed that 44.4% of those who stated their perception of health as moderate were highly addicted to nicotine ($p<0.05$). A statistically significant difference was found between the reasons for smoking due to loneliness, stress, anger and nicotine addiction levels ($p<0.05$). It was determined that smokers did not find tobacco policies a deterrent ($p<0.05$), and 39.5% of those with low self-efficacy to quit smoking were highly addicted to nicotine ($p<0.05$). It was determined that 51.4% of the participants with excellent health literacy levels and 42.9% of those who were competent could not quit smoking within two months ($p<0.000$). As a result, it has been determined that the low awareness of smoking and the risks of quitting smoking in male healthcare workers is affected by health literacy levels.

Key Terms: Men, health worker, cigarette smoking, health literacy

Science Code: 1032.05

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecimde verdiği büyük emeklerin yanı sıra, akademik bilgi, birikim ve tecrübesiyle bana rol model olan değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Gülay Yılmazel'e,

Yüksek lisans eğitimimin ders dönemi boyunca değerli katkılarından dolayı Sayın Prof. Dr. İlknur Avcı Aydın ve Doç. Dr. Birsen Atalay'a,

Akademik bilgi ve birikimi ile her zaman yanımda olan, manevi desteğini ve anlayışını her zaman hissettiğim hocam Sayın Dr. Öğretim Üyesi Funda Özpulat'a,

Tez çalışmam boyunca beni her konuda destekleyen arkadaşlarıma, nöroloji servisi ekip arkadaşlarıma ve klinik sorumluma,

Hayatımın her aşamasında bana güvenen ve destekleyen annem, babam, kardeşlerime, desteklerini hissettiğim ikinci ailem Uyar ailesine,

Her zaman ve her koşulda yanımda olan kıymetli eşim Yasin'e ve oğlum Doruk'a tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım.

Pelin UYAR

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	i
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
GİRİŞ.....	1

1. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. Tütün Ürünleri.....	3
1.1.1. Tütün ürünlerinin hastalık yükü ve ölümlere katkısı	3
1.2. Sigara Kullanımı Epidemiyolojisi.....	4
1.3. Sigaranın Sağlık Üzerindeki Etkisi.....	6
1.3.1. Sigara, astım ve Koah ilişkisi.....	6
1.3.2. Sigara ve kalp-damar hastalıkları ilişkisi.....	7
1.3.3. Sigara ve kanser ilişkisi.....	7
1.3.4. Sigara ve diğer sağlık sorunları ilişkisi.....	8
1.4. Sigarayı Bırakmanın Belirleyicileri.....	8
1.4.1. Nikotin bağımlılığı.....	9
1.4.2. Öz-yeterlilik.....	10
1.4.3. Risk algısı.....	11
1.4.4. Sağlık okuryazarlığı.....	12
1.4.4.1. Sağlık okuryazarlığının halk sağlığındaki yeri.....	13
1.5. Sigara ve Sağlık Okuryazarlığı.....	14

1.6. Tütün ve Tütün Ürünleri ile Mücadele.....	15
1.7. Sağlık Çalışanlarının Tütün ve Tütün ürünleri ile Mücadeledeki Yeri.....	18

2. BÖLÜM

MATERYAL VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli.....	20
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	20
2.3. Araştırmanın Evreni, Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	20
2.3.1. Araştırmanın evreni.....	20
2.3.2 Katılımcıların araştırmaya dahil edilme kriterleri.....	21
2.3.3 Katılımcıların araştırmadan dışlanma kriterleri.....	21
2.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	21
2.4.1 Araştırmanın bağımlı değişkenleri.....	21
2.4.2 Araştırmanın bağımsız değişkenleri.....	21
2.5. Veri Toplama Araçları.....	21
2.5.1. Sosyo-demografik özellikler bilgi formu.....	21
2.5.2. Sigarayı bırakmanın belirleyicileri.....	21
2.5.3. Fagerström nikotin bağımlılık testi.....	22
2.5.4. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği.....	22
2.6. Verilerin Toplanması.....	23
2.7. İstatistiksel Analiz.....	23

3. BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Bulgular	26
---------------------	----

4. BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1 Tartışma.....	43
SONUÇ/SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48

KAYNAKLAR.....	50
EKLER.....	64
EK-1 : Etik kurul onayı	65
EK-2: Amasya İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı.....	66
EK-3 : Gönüllü Onam Formu.....	67
EK-4 : Anket Formu.....	71



TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 2.1. Doğrusal regresyon analizinde modele alınan bağımlı/bağımsız değişkenler ve özellikleri.....	24
Tablo 2.2. Lojistik regresyon analizinde modele alınan bağımsız değişkenler ve özellikleri.....	25
Tablo 3.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	26
Tablo 3.2. Katılımcıların sigara içme durumlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri.....	27
Tablo 3.3. Sigara içen katılımcıların sigara içme davranışları.....	28
Tablo 3.4. Sigara içen katılımcıların sigara içme davranışına yönelme nedenleri.....	29
Tablo 3.5. Sigara içen katılımcıların sigara kullanımına ilişkin risk algısı.....	29
Tablo 3.6. Sigara içen katılımcılarda sigarayı bırakmanın belirleyicilerine yönelik risk algısı.....	30
Tablo 3.7. Sigara içen katılımcılarda sigara bırakma öz-yeterliliği.....	30
Tablo 3.8. Sigara içen katılımcıların sigaranın sağlık zararlarına yönelik farkındalıkları.....	31
Tablo 3.9. Sigara içen katılımcıların tütün politikalarına yönelik tutumları.....	31
Tablo 3.10. Sigara içen katılımcılarda nikotin bağımlılık düzeyi.....	32
Tablo 3.11. Sigara içen katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre nikotin bağımlılık düzeyleri.....	33
Tablo 3.12. Sigara içme nedenlerine göre katılımcılarda nikotin bağımlılık düzeyleri.....	34
Tablo 3.13. Sigarayı bırakma risk algısına göre katılımcılarda nikotin bağımlılık düzeyleri.....	35
Tablo 3.14. Sigarayı bırakma öz-yeterliliğine göre katılımcılarda nikotin bağımlılık düzeyleri.....	36
Tablo 3.15. Tütün politikalarına yönelik tutumlarına göre katılımcılarda nikotin bağımlılık düzeyleri.....	37
Tablo 3.16. Sosyo-demografik özelliklerine göre sigara içen katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri.....	38
Tablo 3.17. Sigara bırakma risk algısına göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri.....	40
Tablo 3.18. Sigara bırakma öz-yeterliliğine göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri.....	41
Tablo 3.19. Nikotin bağımlılık düzeylerine göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri.....	41

Tablo 3.20. Nikotin bağımlılık puanları ile bazı değişkenler arasındaki ilişki.....	42
Tablo 3.21. Yüksek nikotin bağımlılık düzeylerine etkili değişkenlerin lojistik regresyon analizi.....	42



SİMGELER VE KISALTMALAR

Simgeler

%95 CL	%95 Güven Aralığı
χ^2	Ki-kare İşareti
p	Anlamlılık Değeri
r	Korelasyon Katsayısı
OR	Odds Oranı (Olasılıklar Oranının Oranı)

Kısaltmalar

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
CDC	Centers For Disease Control and Prevention
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GOLD	Global İnitiation For Chronic Obstructive Lung Disease (Kronik Obstruktik Akciğer Sağlığı için Girişim)
HASUDER	Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
HLS-EU	European Health Literacy Consortium (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyomu)
DSM-V	The Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders
ICD Health	International Statistical Classification Of Diseases And Related Health
IHME	The Institute Problems for Health Metrics and Evaluation
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KYTA	Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
OECD	The Organisation for Economic Co-operation and Development
T-SOY-32	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
SPSS İstatistik Programı)	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler

TKD

Türk Kalp Derneği

TÜİK

Türkiye İstatistik Enstitüsü

WHO

World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)



GİRİŞ

Küresel düzeyde epidemi haline gelen tütünün, geçmişten günümüze kadar yaygın bir şekilde tüketildiği bilinmektedir (World Health Organization [WHO], 2021a). Tütün kullanımı prevalansı 2000 yılından itibaren (%33.3) düşüş eğilimi göstermesine rağmen yüksek düzeydeki tütün kullanım prevalansı, toplumsal mücadeleler sonucu geçmişten günümüze %24,9 seviyesine gerilemiştir (WHO, 2021a). Tütünle ilişkili hastalıklara bağlı olarak 2017 yılında sekiz milyon kişi yaşamını kaybetmiştir (WHO,2020-2025). Tüm yaşlar içerisinde erkek ölümlerinin %21,4'ü ve kadın ölümlerinin %23'ü tütün ürünlerine atfedilmektedir (IHME, 2019a). Tütün ve tütün ürünleri Türkiye' de de en fazla ölüm ve sakatlığa neden olan risk faktörlerindedir (IHME, 2019a). Tütün kullanımı, kardiyovasküler ve solunum yolu hastalıklarına ek olarak 20'den fazla farklı kanser türüne neden olmaktadır (WHO, 2019).

Tütünde bulunan nikotin bağımlılık yapıcı bir maddedir (WHO, 2019). Yüksek oranda nikotin içeren sigara; dünyada en sık kullanılan tütün ürünü (WHO, 2020a) olup, yetişkin grupta sigara içme oranı %16.1 olarak tahmin edilmektedir (WHO, 2018a). Bütün yaş grupları içerisinde erkeklerin sigara kullanma oranı, kadınlara göre yüksektir. Erkeklerde sigara kullanım oranı en fazla olan ülke %70.7 ile Endonezya, en düşük ülke ise %7.3 oranı ile Etiyopya'dır (WHO, 2018a). Türkiye, en çok sigara kullanan ülkeler arasında dördüncüdür (OECD, 2018a) ve yetişkinlerin %31,6 sı sigara kullanmaktadır (Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasının [KYTA], 2016). Sigara hastalıklara zemin hazırlayan bir predispozan faktördür (WHO, 2019). Sigara içenlerde akciğer kanseri görülme sıklığı 22 kat daha fazladır (WHO, 2020a). Başta solunum yolu hastalıkları olmak üzere pek çok hastalıklar ve sakatlığın temelinde sigara kullanımı yatmaktadır (WHO, 2020a).

Günümüzde hemen hemen her meslek grubunda sigara kullanım prevalansı yüksektir (Jung ve diğerleri, 2019; Wang, Shen, Sotero, Li ve Hou, 2018). Sigara kullanımı sağlık çalışanları arasında da belirgin bir şekilde yaygındır ve genellikle erkek sağlık çalışanları daha fazla sigara kullanmaktadır (Bilgin, 2012; Pöld ve Pärna, 2017; Raag ve Pärna, 2018).

Sigara içenlerin sigaraya yönelik algıları, sigara kullanmayan kişilerin sigara kullanımına karşı görüş ve algılarını da etkileyebilmektedir (Krosnick ve diğerleri, 2017). Bu yüzden sigaranın bırakılması, birey ve toplum sağlığı için önemlidir. Sigara kullananların sigarayı bırakmaya yönelik tutumlarını; sigaranın sağlık üzerindeki etkilerine yönelik farkındalıkları, aile baskısı, dini inanışları, nikotin bağımlılık düzeyleri, sigaraya yönelik risk algıları, sergiledikleri öz-yeterlilik davranışları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri etkilemektedir (Chung ve diğerleri, 2018; Jayakrishnan ve diğerleri, 2012; Mannocci ve diğerleri, 2019; Pardavila-Belio ve diğerleri, 2019).

Öz-yeterlilik sigarayı bırakmada bir motivasyon örüntüsüdür ve öz yeterlilik inançları yüksek olan kişilerin sigara içme motivasyonları düşük bulunmaktadır (Hughes ve Naud, 2016). Nikotin bağımlılık düzeyleri düşük olan bireylerin, sigarayı daha kolay bıraktıkları

belirlenmiştir (Zincir, Aydın ve Kaymak, 2012). Sigara bırakma davranışında kritik ve bağımsız bir risk faktör ise bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyidir (Hoover ve diğerleri, 2018). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hakkındaki yazılan bilgilerini okuyup anlaması ve yorumlayabilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Nutbeam, 2009). Yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireyler olumlu sağlık davranışını sürdürmekte ve sigara kullanmayı tercih etmemektedir (Taylor ve diğerleri, 2017; Fernandez ve diğerleri, 2016). Hastalık yükünde artışa katkı sağlayan faktörlerden biri olan sigara kullanımının toplumda rol model görevini üstlenmiş sağlık çalışanları arasında yüksek olması, sağlık okuryazarlığı ile ilgili kısıtlılıkların olduğunu düşündürmektedir (Çelebi ve diğerleri, 2021; Gil-Salmeron, Smith, Yang L Rieder ve Grabovac, 2021). Küresel düzeyde ve farklı toplumlarda sağlık çalışanlarının sigara kullanımı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlı düzeydedir (Peyman ve Samiee-roudi, 2016; Nilan ve ark., 2019).

Bu çalışmanın diğer çalışmalardan ayrılan yönü, erkek sağlık çalışanlarındaki sigara kullanımı, sigara kullanımının belirleyicileri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkili faktörleri incelemesidir.

Bu çalışmanın amacı, erkek sağlık çalışanlarında sigara içme davranışı, sigarayı bırakmanın belirleyicileri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Çalışmanın problemleri

1. Erkek sağlık çalışanlarında sigara içme prevalansı nedir?
2. Erkek sağlık çalışanları arasında sağlık okuryazarlığı ne düzeydedir?
3. Sigara içen erkek sağlık çalışanlarında sigarayı bırakmanın belirleyicileri nelerdir? olarak belirlenmiştir.

Çalışma hipotezi; "erkek sağlık çalışanlarında sigara bağımlılığı düzeyi yüksektir ve sigarayı bırakma davranışları sağlık okuryazarlığı düzeyinden etkilenir" şeklinde belirlenmiştir.

Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında görevli erkek sağlık çalışanları ile gerçekleştirildiğinden araştırmanın sonuçları tüm sağlık çalışanlarına genellenemez.

1. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1 Tütün ve Ürünleri

Tütün (nicotiana); bitkiler sistematüğinde patlıcangiller familyasında yer almakta olup, 65 türe sahiptir. Tütün yaprağının ana madde haliyle kullanılarak yapılan tüm ürünleri; tütün ürünü ismini almış olup çeşitli (içme, buruna çekme, emme, çiğneme) formlarda kullanılmaktadır. En çok kullanılan tütün ürünleri; sigara, pipo, puro, nargile, enfiye, bidi, kretek, çiğnemelik tütün ve elektronik sigaradır (WHO, 2019).

Sigara; en çok kullanılan tütün ürünüdür (WHO, 2020a) ve yaklaşık 8 mm çapında, kıyılan tütün parçalarının bir kâğıda dolanarak hazırlanması ile oluşmaktadır. Sigara içerisinde toksik etki gösteren 600 madde bulunmaktadır (Lee ve diğerleri, 2012). Yanan sigara dumanında 7.000'den fazla kimyasal madde olduğu bilinmektedir. Aseton, asetik, amonyak, arsenik, benzen, bütan, kadmiyum, karbon monoksit, formaldehit, heksamin, kurşun, naftalin, metanol, nikotin, katran, reaktif oksidan maddeler (ROS) ve tolüen sigara içerisinde bulunan kimyasalların bazılarıdır. Nikotin, karbon monoksit, ROS ve akrolein en önemli ve baskın bağımlılık yapan sigara dumanı bileşenleridir (Lee ve diğerleri, 2012).

1.1.1 Tütün ve ürünlerinin hastalık yükü ve ölümlere katkısı

Dünya üzerinde orta ve düşük gelirli ülkelerde yaşayan 1 milyarın üzerinde tütün kullanıcısının olduğu bilinmektedir (WHO, 2019). 2018 yılı verilerine göre; dünya genelinde milyonlarca kişi (1,1 milyar erkek ve 279 milyon kadın) tütün ürünü kullanmıştır (WHO, 2019). Erkek cinsiyette tütün kullanımının en fazla olduğu ülkeler; Endonezya, Rusya Federasyonu, Çin ve Türkiye'dir. Kadın cinsiyette ise Avusturya, Yunanistan, Şili, Fransa ve Macaristan'dır (OECD, 2019).

Küresel Hastalık Yükü Raporu 2019 yılı verilerine göre; sessiz katil tütün 8,71 milyon ile en ölümcül ikinci risk faktörüdür (IHME, 2019a). Buna ek olarak; 2030 yılında, tütün kaynaklı hayatını kaybedenlerin sayısının, sekiz milyona yükseleceği ve gelişmekte olan ülkelerde ölümlerin daha fazla olacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2019a). Tüm yaşlar içerisinde tütün kullanımı erkek ölümlerinin %21,4'ünden, kadın ölümlerinin ise %23'ünden sorumlu tutulmaktadır. Tütüne atfedilen hastalık yükü Balkanlar ve Çin'in 2 bölgesinde (Liaoning and Heilongjiang) %20'den fazla olup, Avrupa bölgesinde %10-20 arasında değişmektedir. Latin Amerika, Amerika ve Meksika'da atfedilen hastalık yükü %6'dan daha azdır (IHME, 2019a).

Tütün kullanımı; Avrupa bölgesindeki 30 yaş üstü yetişkin ölümlerinin %16'sını oluşturmakta ve bu kayıpların çoğunun erken yaşlarda gerçekleştiği bildirilmektedir (WHO, 2020a). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde tütün kullanımı yüzünden ölenlerin sayısı 50 yılda artmıştır ve tütün kaynaklı ölümler, tüm ölümlerin 1/5'tir (Centers For Disease Control and Prevention [CDC], 2014). Ulusal Hastalık Yükü 2019 çalışmasına göre, Türkiye' 2009 ve

2019 aralığında tütün ürünleri ölüm ve sakatlık risk faktörü sıralamasında birinci sıradaki yerini korumuştur (IHME, 2019a).

1.2 Sigara Kullanımı Epidemiyolojisi

Tüm dünyada en çok tüketilen tütün ürünü olan sigara, küresel düzeyde bireylerin ve toplumların sağlığında tehdit oluşturan bir risk faktörüdür (WHO, 2019). Son 20 yıl içerisindeki prevalans değişimleri incelendiğinde; 2000 yılında dünya nüfusunun %33,3'ünün sigara kullandığı tahmin edilmektedir. Bu oran 2021 yılına kadar %24,9 seviyesine kadar gerilemiştir (WHO, 2021a). Yetişkinler arasında sigara içme prevalansı %16,1 olarak belirlenmiştir (WHO, 2018a). Bütün yaş grupları için erkeklerin sigara kullanım prevalansı, kadınlara göre yüksek seyretmektedir. Erkek cinsiyette sigara kullanım oranı en fazla olan ülke %70,7 ile Endonezya, en düşük ülke ise %7,3 oranı ile Etiyopya'dır. Dünya genelinde sigara kullanma verileri karşılaştırıldığında, nüfusunun %40'ından fazlası sigara içen beş ülke sırasıyla Kiribati (%47); Karadağ (%46); Yunanistan (%43); Timor (%43); Nauru (%40)'dur (Our World In Data, 2019).

Avrupada'ki 34 ülkeye ait bir rapora göre; ülkelerin 15 yaş ve üzeri popülasyonlarında ortalama sigara içme oranı %18'dir (OECD, 2019). En fazla sigara içme oranına sahip ülke Yunanistan'dır (OECD, 2019).

Amerika'da yaşayan erkekler, kadınlardan daha fazla sigara içmekte ve en yüksek sigara kullanım prevalansı her iki cinsiyette 25-44 yaş grubunda yer almaktadır (CDC, 2019). Bunun ile birlikte İzlanda dışındaki bütün ülkelerde, erkekler kadınlardan daha fazla sigara tüketmektedir (OECD, 2019).

Irka göre; İspanyol olmayan Amerikan Yerlileri ve Alaska yerlilerinin sigara kullanım oranı daha fazladır. Lezbiyen/gay/biseksüel bireyler, boşanmış kişiler, engelli ve ciddi anksiyete yaşayan kişilerin de sigara kullanım oranı daha yüksek tespit edilmiştir (CDC, 2019).

Nijerya'da sosyoekonomik seviyesi düşük olan erkeklerin daha fazla sigara içtiği belirlenmiştir. Sigara içen bireylerin çoğunun kırsal alanda yaşadığı tespit edilmiştir (Uguru ve diğerleri, 2015).

Sigara içme oranları eğitim düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı olup, lisansüstü eğitim almış kişiler arasında en düşüktür (CDC, 2019). Amerikalı yetişkinlerin sigara içme prevalansları meslek gruplarına göre de ele alınmış olup, endüstriyel üretim alanında çalışan inşaat işçilerinin sigara kullanım prevalanslarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Syamlal, King ve Mazurek, 2017). Çin'de 45 yaş üzeri yöneticilerin ve iş profesyonellerinin sigara içme olasılığı daha yüksek bulunmuştur (Wang, Shen, Sotero, Li ve Hou, 2018). Japonya'da sigara içme yaygınlığı eğitim ve öğrenim desteği kategorisinde çalışanlar arasında en düşük iken en yüksek oranın ulaşım ve posta hizmetleri çalışanlarına ait olduğu belirlenmiştir (Fujita, Babazono, Harano ve Jiang, 2020). Kore'de erkeklerin kadınlara göre daha fazla sigara içme

davranışı sergilediği belirlenmiş, esnaf olarak görev yapan erkeklerin diğer meslek gruplarına göre daha fazla sigara içme prevalansına (%52,2) sahip olduğu görülmüştür (Jung ve diğerleri, 2019).

Sigara kullanım oranlarının yaygın görüldüğü bir diğer sektör sağlık sektörüdür. Küresel düzeyde erkek sağlık çalışanlarının sigara kullanım prevalansları, kadın sağlık çalışanlara göre daha yüksek saptanmıştır (Bilgin, 2012; Pöld, 2017; Raag, 2018). Yunanistan (hekimlerde %38,6), Çin Halk Cumhuriyeti (hekimlerde %23.0), Portekiz (hekimlerde %18.9, hemşirelerde %26.1), Filistin (tüm sağlık çalışanlarında %34.5), Suudi Arabistan (tüm sağlık çalışanlarında %18) gibi ülkelerde sağlık çalışanlarındaki sigara içme prevalansları yüksektir (Lewis, Shin ve Davies, 2011; Mahdi ve diğerleri, 2018; Mizher, Fawaqa ve Sweileh, 2018; Ravara, 2011). Metaanaliz bir çalışmada, 63 ülkede yaşayan sağlık çalışanlarının sigara kullanım prevalansı %21 olarak tespit edilmiş, en yüksek prevalans erkek cinsiyete ait bulunmuştur (Nilan, 2019). Genel erkek nüfus popülasyonuna göre Hindistan (<%10)'da yaşayan erkek sağlık çalışanları en az, Pakistan (>%50)'da yaşayan erkek sağlık çalışanları en fazla sigara tüketmektedir (Nilan, 2019).

Türkiye'de sigara kullanımı en tehdit edici halk sağlığı konusudur (OECD 2018a). Avrupa Bölgesi ülkeleri incelendiğinde erkeklerin en çok sigara tükettiği ülke, Türkiye'dir (OECD, 2018a). Ülkemizde 1990'lı yıllardan itibaren bireylerin tütün kullanım sıklığı çeşitli çalışmalarla ortaya konulmuştur. Yetişkinlerde sigara tüketimine ait ilk çalışma 1988 yılında gerçekleştirilmiştir. Çalışmada sigara kullanım sıklığı %44 tespit edilmiştir (PIAR, 1988). 1990 yılında Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörlerine yönelik yapılan çalışma raporuna göre; sigara içme oranı erkeklerde %59,4 ve kadınlarda %18,9'dur. Rapora göre, 90'lı yıllarda Türkiye nüfusunun %31,5'inin tütün ürünü kullandıkları tahmin edilmiştir (Onat, 1999).

T.C. Sağlık Bakanlığı ve Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) ile yapılan protokol çerçevesinde ilki 2008 yılında gerçekleştirilen Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasının (KYTA) sonuçlarına göre Türk toplumunda tütün ve tütün ürünleri kullanım oranı %31,3'tür (erkeklerde %47,9, kadınlarda ise %15,2). İçme sıklığının en fazla 25-34 (%40,3) ve 35-44 (%39,6) yaş-grupları görüldüğü bildirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010). Yetişkinlerde sigara kullanım oranı Türkiye'de 2012 yılında %27,1'e gerilemiştir (KYTA, 2012). KYTA 2016 sonuçlarına göre; sigara kullanım oranı %31,6 dır. Sigara kullanım prevalansı cinsiyete göre; erkeklerde fazladır (erkeklerde %44,1, kadınlarda %19,2) ve günde tüketilen sigara sayısı 18'dir. Sigaraya başlama yaş ortalaması 18 olarak tespit edilmiştir (KYTA, 2016). Sahan ve arkadaşlarının (2018) Balçova'daki bireyler ile yaptığı çalışmada; dezavantajlı grupların, düşük eğitim seviyesine sahip veya işsiz erkeklerin sigara kullanma ve sigara bağımlısı olma ihtimali daha yüksek olduğu görülmüş ve bu gruplarda sigarayı bırakma oranının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Sahan, Günay, Şimşek, Soysal ve Ergör, 2018). Konya'da 4.874 kamu çalışanının sigara içme sıklığını belirlemeye yönelik

yapılan bir çalışmada (2021), il emniyet müdürlüğüne mensup kişiler ile sağlık yöneticilerinin daha fazla sigara kullandığı belirlenmiştir (Kutlu, 2021).

Türkiye’de sağlık çalışanlarında yapılmış 22 çalışmanın metaanalizinde, sigara kullanım prevalansı hekimlerde %32,6, hemşirelerde %40,3 olarak gösterilmiştir ve sonucun gelişmiş ülkelere oranla oldukça yüksek olduğu açıklanmıştır (Tezcan ve Yardım, 2003). Türk toplumunda yapılan diğer araştırmalara göre; pratisyen hekimlerin %39,3’ü, hemşirelerin %40,7’si, sağlık teknisyenlerinin %43,3’ü düzenli aralıklarla sigara içtiklerini belirtmişlerdir (Aslan, 2008; Halk Sağlığı Uzmanları Derneği [Hasuder], 2012). Ülkemizde yapılmış çalışmalarda sağlık çalışanları içerisinde cinsiyete dayalı olarak, erkek sağlık çalışanlarının sigara kullanım prevalansı daha yüksek bulunmuştur (Sağlam, Bayraktar, Kadioğlu ve Acemoğlu, 2010; Çilekar ve Günay, 2020; Dirican ve diğerleri, 2019).

1.3 Sigaranın Sağlık Üzerindeki Etkisi

Sigara içmek yaşamdan en az 10 yıl çalmakta, yaşam süresini kısaltmaktadır (WHO, 2020a). Sigara kullanımı; astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), tüberküloz ve diğer solunum yolu hastalıkları başta olmak üzere, Tip2 diyabet, erektil disfonksiyon, göz hastalıkları, demans ve doğum defektleri gibi hastalıklara ve sakatlıklara yol açmaktadır (WHO, 2020a).

1.3.1 Sigara, astım ve KOAH ilişkisi

Tütün dumanı, proinflamatuvar ve anti-immün etkiler dahil olmak üzere insan üst solunum yolu mikroflorasının bileşimini değiştirerek, bağışıklık sistemi üzerinde açık ve karmaşık etkiler oluşturmaktadır (Zuo ve diğerleri, 2019). En çok kullanılan tütün ürünü olan sigaranın dumanı da humoral ve hücrel bağışıklığı etkileyerek üst solunum yolunun bağışıklık durumunu değiştirmekte, enfeksiyon hastalıklarının oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Zuo ve diğerleri, 2019). Sigara içmek; pnömoni, tekrarlayan tüberküloz riskini ve tüberküloza yakalanmayı 2,5 kat artırmakta, hastalığın tedavisine yanıtı bozmakta, KOAH’a neden olmaktadır (WHO, 2009a; Marshall ve diğerleri, 2020). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), zararlı gaz ve partiküllere karşı havayolları ve akciğerin artmış kronik inflamatuvar yanıtı ile ilişkili ve kalıcı hava akımı kısıtlanması ile karakterize, yaygın, ilerleyici, önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (Global İnitiation For Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2021). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında sigara içimi ile akciğerde kronik enflamasyon gelişmekte, bu enflamasyon parankimal dokuda amfizem ile sonuçlanan yıkım ve fibroze yol açmakta, bu değişimler ilerleyici hava açlığına neden olmaktadır (Barnes, 2016). En son veriler incelendiğinde, 212 milyon KOAH tanılı hasta kayıtlara geçmiştir (IHME, 2019a). Küresel KOAH prevalansı %13.1 olarak tespit edilmiştir (Blanco, Diego, Bueno, Casas-Maldonado ve Miravittles, 2019). Sosyo-demografik indeksi (SDİ) yüksek ülkelerde KOAH gelişiminin en önemli nedeni olarak sigara içimi gösterilmektedir (IHME, 2019a).

Sigara içimi; akciğerlerin küçük hava yollarının etrafındaki kasların iltihaplanmasına, sıkışması nedeniyle daralmasına ve astım semptomlarına neden olmaktadır (Astım Tanı ve Tedavi Rehberi, 2020; Baskaran ve diğerleri, 2019). Astım 2019 yılı itibariyle tahmini 262 milyon insanı etkilemiş ve 461.000 ölüme neden olmuştur (WHO, 2021b). Küresel astım prevalansı %15.7'dir (IHME, 2019b). Astım gelişme nedenleri arasında çok çeşitli faktörler olsa da çevresel irritan varlığı, gebelikte sigara içimi, çocuk yaşta sigara içilen ortama maruziyet ve kişinin sigara kullanması tetikleyici faktörler olarak ortaya çıkmaktadır. Sigara içen gebelerin bebeklerinde astım gelişme riski de 3 kat artış göstermektedir (Eisel ve diğerleri, 2018).

1.3.2 Sigara ve kalp-damar hastalıkları ilişkisi

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan rapora göre her yıl 1,9 milyon insan tütünün neden olduğu kalp hastalığından ölmektedir (WHO, 2020b). Küresel Hastalık Yüku 2019 Türkiye raporuna göre, iskemik kalp hastalıkları ve inme en çok ölüme yol açan ilk iki hastalıktır (IHME, 2019). Yapılan çalışmalarda; miyokard enfarktüsü riski; sigara içenlerde, sigara içmeyenlere göre daha yaygındır (Toluey, Ghaffari, Tajlil, Nasiri, Rostami, 2019; Abed, Eshah, Moser, 2018). Sigara içenlerde iskemi oranı da yüksektir (Lee ve diğerleri, 2018). Sigara içmek neredeyse tüm kardiyovasküler hastalık alt tiplerinin riskini artırmaktadır (Banks ve diğerleri, 2019). Sigara ve kalp-damar hastalıkları arasındaki ilişki arter duvarının zedelenmesi artmış kan fibrinojen düzeyi ve kan viskozitesi mekanizmalarıyla açıklanabilmektedir (Türk Kalp Derneği [TKD], 2020).

1.3.3 Sigara ve kanser ilişkisi

Birden fazla risk faktöründen kaynaklansa da dünyadaki tüm kanser ölümlerinin %25'inden sorumlu olan ve en az 20 kanser türüyle bağlantılı olan tütün kullanımının, kanser tümörlerinin oluşumunda önemli bir rolü vardır (WHO, 2020c). Tümörlerin gelişiminde birkaç tütün maddesi rol oynasa da 4-metilnitrosamino-1-3-piridil-1-bütanon (NNK) ve N'-nitrosonornikotin (NNN)'nin daha fazla etkileri bulunmaktadır. Aktive olan NNK ve NNN, tümör başlangıcı olarak kabul edilebilecek DNA eklentileri oluşturarak onkogenlerde ve tümör baskılama genlerinde zararlı mutasyonları indüklemektedir. Bu arada, NNK ve NNN'nin nikotinic asetilkolin reseptörüne bağlanması, hücre çoğalmasını sağlayarak tümör büyümesini hızlandırmaktadır. NNK ve NNN'nin bu iki yönü, tütüne maruz kalan bireylerde kanser oluşumuna yardım etmektedir (Xia ve diğerleri, 2021). DSÖ 2018 verilerine göre, dünya genelinde 2.9 milyon akciğer kanseri vakası bulunmaktadır (WHO, 2018b). Amerikan Kanser Derneği ABD'deki akciğer kanseri prevalansının artacağını öngörmektedir (American Cancer Society, 2020a). Arap ülkelerindeki kanser vakalarının incelendiği çalışmada, sigara kullanımının 2536 kişide doğrudan kansere yol açtığı, vakaların hem kadınlarda hem de erkekler de akciğer kanseri şeklinde görüldüğü belirlenmiştir (Al-Zalabani, 2020). Akciğer kanseri gelişimi, sigarayı bırakmayı başarmış kişilerde azalma eğilimindedir (American Cancer Society, 2020b).

Türkiye 2017 yılı kanser istatistiklerine göre tüm yaş gruplarında erkek cinsiyette en çok görülen kanser türü akciğer kanseridir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Yılda 30 paketten fazla sigara içmiş ya da halen sigara içmekte olanlar ile 15 yıldan daha kısa süredir içmeyen ya da 50 yaş ve üzerinde ek bir risk etyolojisine sahip sigara içicilerinin kanser açısından yüksek risk altında olduğu belirlenmiştir (Türk Toraks Derneği, 2018).

Akciğer kanseri dışında, gastrointestinal sisteme ait tüm dokularda sigaranın kanser yapıcı etkisi bulunmaktadır (Bailie, 2017; Cumberbatch, 2016; Chunxia ve diğerleri, 2019; Lugo ve diğerleri, 2018; Chen, 2020). Sigara içme dozunun ve süresinin artması ile mide kanseri riskinin arttığı bildirilmektedir (Nomura ve diğerleri, 2012). Çin’de sigara içen ve içmeyen erkeklerin incelendiği bir çalışmada; 15 yıldan daha uzun süre ile günde 10 adetten fazla sigara içenlerin, içmeyenlere göre daha fazla tiroid kanserine yakalandığı belirlenmiştir (Wang ve diğerleri, 2020). Japonya’da 1990-2010 yılları arasında 95.525 kişi ile yürütülen kohort tipi bir çalışmada, 222 kişide oral kavite ve faringeal kanser vakasına rastlanılmıştır. Hem sigara içen hem de aşırı alkol tüketen bireylerde kanser görülme riskinin daha fazla olduğu görülmüştür (Lu ve diğerleri, 2018). Gırtlak kanseri riskinin, 30 yıl boyunca günde 20 adetten fazla sigara içenlerde 20 kat daha fazla ortaya çıktığı belirlenmiştir (Di Credico ve diğerleri, 2019).

1.3.4 Sigara ve diğer sağlık sorunları ilişkisi

Sigara gingivitis, reflü, katarakt, cinsel sorunlar, infertilite, erken menapoz, spontan abortus, erken doğum, ölü doğum, prematüre doğum, osteoporoz ve kemik kırıkları riskini artırmaktadır. Sigara içen kişiler daha sık hastalanmakta ve iş gücü kayıpları yaşamaktadır (Dalar, Süerdem, Öztürk ve Saygı, 2015). Sigara kullanan kişilerde cerrahi operasyonlar sonrası hospitalizasyon dönemleri uzamakta, solunum sistemine ait komplikasyonlar daha sık gerçekleşmekte, hastalık dönemlerinde morbidite ve mortalite riski artmaktadır (Önen, 2012; Wang ve diğerleri, 2020).

1.4 Sigarayı Bırakmanın Belirleyicileri

Sigara kullanımının bireylere ve toplumlara verdiği zararlar çok açık olup; sigara içenlerin çoğu, sigaranın tehlikelerinin farkında olarak danışmanlık ve ilaç tedavisi ile sigarayı bırakmak istemektedir (WHO, 2020d). Sigaranın oluşturduğu tehlikelerin farkında olmanın yanı sıra; ABD’de yapılan bir çalışmada, sigara içenlerin akciğer kanseri olma olasılıklarını hafife aldığı ortaya konulmuştur (Krosnick ve ark., 2017). Son 10 yıl içerisinde birçok ülkede sigara kullanımının azaltılması için çok çeşitli politikalar (vergi uygulamaları, kapalı alanda sigara içimi yasakları vs.) oluşturulmuştur. Sigarayı bırakmaya yönelik sağlık profesyonellerinden alınan davranış terapileri de sigarayı bırakmada en etkili ve az maliyetli uygulamalardır (WHO, 2019).

Sigarayı bıraktıktan dakikalar sonra vücutta olumlu sağlık etkileri oluşmaya başlamaktadır (WHO, 2019). Sadece bir gün içerisinde bile bireylerin kan-volüm hacminin normale

döndüğü, kan karbonmonoksit seviyelerinin azaldığı öngörülmüştür. Sigarayı bıraktıktan üç ay sonrasına kadar kalp ve akciğer fonksiyonlarında iyileşme gözlenmiştir (WHO, 2019).

Sigarayı bırakmada etkili olan faktörler nikotin bağımlılığı düzeyi, bireylerin sigaraya yönelik tutumları ve sigara bırakmaya yönelik sergiledikleri öz-yeterliliklerdir (Zincir, Aydın ve Kaymak, 2012; Krosnick, 2017; Pardavila-Belio ve diğerleri, 2019; Chung ve diğerleri, 2018). Sigarayı bırakma davranışları üzerinde etkisi gözardı edilemeyecek diğer bir unsur sağlık okuryazarlığıdır (Hoover ve diğerleri, 2018). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin iyilik halini teşvik eden ve sürdüren; sağlıkla ilgili bilgiye erişme, anlama, kullanma becerilerini artıran okuryazarlık türü olarak tanımlanmaktadır (Nutbeam, 1998).

1.4.1 Nikotin bağımlılığı

Tütün içinde bulunan nikotin, çok güçlü psikostimulan bir maddedir (Dalar, Süerdem, Öztürk ve Saygi, 2015). Nikotin, kullanıcıların bırakmasına engel olmakta ve kendisinden uzak durulduğunda fiziksel ve semptomatik rahatsızlıklar ortaya çıkarmaktadır (Sanner ve Grimsrud, 2015). İçerisinde yoğun miktarda nikotin bulunan sigaranın kullanım alışkanlığının ortaya çıkış şekli şu şekilde özetlenmektedir: Alkali ortamda nikotin iyonize olmayıp; akciğerlere, ağız mukozasına, buruna ve deriye yerleşerek kolaylıkla emilmektedir. Yarılanma süresi iki saat olan nikotinin; vücuda alındığında %80'i karaciğerde CYP2A6, UDP-glukuronosiltransferaz ve flavin içeren bir monooksijenaz tarafından yıkıma uğramaktadır. En son olarak %85-90'ı vücutta etkilemeye başlamaktadır (Sanner ve Grimsrud, 2015). Beyinde sinir hücreleri arasındaki boşluklara yerleşen nikotin, dopamin salınımına sebep olmaktadır. Sigara içimi bittikten bir süre sonra; dopamin miktarı azalmakta, bu azalmaya bağlı olarak kullanıcıda irritasyon ve stres meydana getirmektedir. Kullanıcı, dopamin salınımı için nikotin arama ihtiyacını hissetmeye başlamaktadır. Vücutta dopamin salınımının azalmasına bağlı olarak, nikotin bağımlılığına cevaben vücutta nikotin yoksunluk sendromu (NYS) gelişmektedir (Avrupa Sigara Bırakma Kılavuzu, 2013). Nikotin bağımlılığı DSÖ'nün Hastalıkların ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflama Sistemi (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems=ICD) tarafından tütün bağımlılığı olarak tanımlanmıştır (American Medical Association [AMA], 2000). Amerika Psikiyatri Birliği (APA) tütün bağımlılığını, "tütün kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları" adı altında hastalık olarak kabul etmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği [APA], 2014). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (The Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders)'a göre; tütün bağımlılarının 12 aylık süre içerisinde en az iki klinik bağımlılık bulgusu vermesi beklenmektedir. DSM-V kriterlerine göre bağımlılık bulguları değerlendirilmektedir (APA, 2014):

Ölçüt 1. Birey, maddeyi başlangıçta hedeflediğinden daha yüksek miktarda ve uzun süreyle alır.

Ölçüt 2. Birey, maddeye ulaşmak için çabalar, efor sarfeder.

Ölçüt 3. Bireyin gündelik etkinliklerinin neredeyse tümü maddenin etrafında döner.

Ölçüt 4. Maddeye karşı aşırı bir istek ve dürtü görülür, fakat bu dürtünün maddeye ulaşılan ortamda ortaya çıkma olasılığı daha yüksektir.

Ölçüt 5. Ev ve okul gibi yerlerde bireyin başlıca yükümlülüklerini yerine getirmede başarısızlığa yol açabilir.

Ölçüt 6. Birey, tüm müdahalelere rağmen madde kullanımını sürdürebilir.

Ölçüt 7. Birey, ailesel etkinliklerden ve hobilerinden madde kullanmak üzere vazgeçebilir.

Ölçüt 8. Birey, bedensel olarak tehlikeli durumlarda madde kullanımını sürdürülebilir.

Ölçüt 9. Birey, madde kullanımının yarattığı zorluğa karşın sakınmada başarısız kalır.

Ölçüt 10. Birey, istenen etkiyi sağlamak için maddeyi belirgin olarak artan dozlarda kullanır ya da alıştığı miktarda tüketmeye devam ettiğinde belirgin olarak etkinin azalmasını bildirir.

Ölçüt 11. Yoksunluk belirtileri ortaya çıkar ve birey bu belirtileri gidermek için madde kullanımına yönelir.

Sigara bağımlılığı, nikotin maddesinin neden olduğu tütünden vazgeçememe durumudur. Toplumda sigara bağımlılığının incelendiği bir çalışmada; katılımcıların %67,1'inde yüksek derecede nikotin bağımlılığı saptanmıştır (Yılmazel, Çetinkaya, Naçar, 2014). Yaş faktörü arttıkça bağımlılık düzeyinde artış gözlenmiştir (Kanık ve Tözün, 2020). Şiddetli sigara bağımlılığı gösteren kişilerin eğitim düzeyi düşük bulunmuştur (Baturak ve diğerleri, 2020). Sigara bağımlılarında artmış anksiyete, depresyon, bağımlılık, uyku durumunda düzensizlik ve uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Rujnan, Çaykara, Sağlam ve Pençe, 2019). Sigarayı bırakan kişilerde bağımlılık düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Zincir, 2012).

1.4.2 Öz-yeterlilik

Sağlıklı yaşam için bireylerin olumsuz sağlık davranışlarından (sigara içimi, alkol alımı vs.) kaçınması önemlidir (WHO, 2020e). Sigara kullanmama ya da bırakma, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için elzem bir sağlık davranışıdır ve bu davranışın sergilenmesinde devreye giren unsur öz-yeterlilik algısıdır (Lisa, 2018; Hughes ve Naud, 2016; Shadel ve diğerleri, 2017). Bandura'nın (1977) tanımına göre öz-yeterlilik; kişilerin bir davranışı oluşturmak için gereken bütün materyalleri toplayıp o davranışı en iyi şekilde ortaya çıkarma durumunda kendisine olan güvenidir (Bandura, 1977). Öz-yeterlilik inançları yüksek olan bireylerin, sigara kullanan kişilere göre sigara içmeyi tercih etmedikleri görülmektedir (Öztürk, Kırac ve Kavuncu, 2018; Hughes, 2016).

Sigara kullanıcılarının sigara bırakma niyetlerinin olmaması, sigaray^ı bırakmaya yönelik bir girişimde bulunmalarını zorlaştırmaktadır (Warner ve diğerleri, 2018). Sigara bırakmaya

yönelik öz-yeterliliğin artırılması, sigara bırakma niyetinin de artmasına neden olmaktadır (Pardavila-Belio, 2019; Clyde ve diğerleri, 2019). Fakat yüksek sigara bırakma öz-yeterliliğine sahip bireyler, istediği zaman sigarayı bırakabileceğini düşündüklerinden, sigaranın risklerine karşı daha az hassas olabilmekte ve sigara içmeye devam edebilmektedirler. Sonuç olarak kendilerini daha az risk altında hisseden sigara kullanıcılarında, kendilerini daha çok risk altında gören kullanıcılara göre sigara bırakma niyetlerinin daha zayıf olacağı belirlenmiştir (Poggiolini, 2019). Sigaradan kaynaklanan sağlık risklerini gösteren resimli sağlık uyarıları, sigara kullanıcılarının sağlık sonuçları hakkındaki inançlarını ve bilgilerini artırabilmektedir (Reid ve diğerleri, 2017). Sigara ambalajlarındaki resimli sağlık uyarılarının da öz-yeterliliği ve öz-saygısı yüksek kişilerde sigara bırakmaya yönelik arzuların ortaya çıkmasında ve niyetin oluşmasında önem arz ettiği tespit edilmiştir (Chun, 2018).

1.4.3 Risk algısı

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2018 yılı boyunca 18-24 yaş arasındaki sigara kullanıcılarının %55,1'inin (21,5 milyon) sigarayı bırakma girişiminde bulunduğu, sadece %76,4'ünün sigarayı bıraktığı kayıtlara geçmiştir (CDC, 2019). Literatüre göre bireylerin sigarayı bırakmasında; sigara satış ücretlerinin fazlalığı, sigaranın bilinen sağlık zararları, bireylerin sevdiği kişiler tarafından sigara bırakmaya zorlanması ve sağlık personeli tarafından sigarayı bırakmaya yönelik alınan tavsiyeler etkili bulunmaktadır (Shkolnikov ve diğerleri, 2020; Steed ve diğerleri, 2019; Tucker ve diğerleri, 2018; Benton, 2020). Belirlenen tüm bu farkındalıkların, risk algısı ile ilişkisi olduğu görülmektedir (Tucker ve diğerleri, 2018; Benton, 2020). Risk algısı; sayısız sağlık davranışı teorisinin merkezinde yer almakta olup, sigara kullanımının önlenmesinde ve sigara bırakmada önemli yer tutmaktadır (Kaufman, Persoskie, Twesten ve Bromberg, 2018). Yapılan çalışmalar; risk algısı üzerinde ırk, yaş, sosyo-ekonomik durum ve eğitim düzeyinin doğrudan etkisi olduğunu ortaya koymaktadır (Fakir, 2011; Kaufman, Persoskie, Twesten ve Bromberg, 2018).

Bireyler; belirli sağlık tehditlerine göre risk algıları oluşturmakta, duyuşsal ve deneyimsel bileşenlere atıfta bulunabilmekte ve sonuç olarak sağlık davranışlarını değiştirebilmektedir (Ferrer ve Klein, 2015). Bireylerdeki risk algısının bilinmesi ve belirlenmesi, sigara içme davranışlarını ve sigaraya bağlı ortaya çıkan sağlık sonuçlarını azaltmaktadır (Kaufman, Persoskie, Twesten ve Bromberg, 2018). Campbell'in yaptığı çalışmada, düşük sağlık risk algısı ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir (Campbell ve ark, 2019). İsrail'de yapılmış bir çalışmada, halen sigara içen bireylerin risk algılarının düşük, hiç sigara içmemiş bireyler ile yaşlı gruptaki sigara kullanıcılarının risk algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Rosen ve diğerleri, 2019).

Sigara içenlerin sigaraya yönelik olumlu yada olumsuz algıları, toplumdaki sigara kullanmayan kesimin sigara kullanımına karşı görüş ve algılarını da etkileyebilmektedir. Sigara içen bireylerin olumlu görüntü ve davranışlarının sigara içmeyen bireylerin sigara kullanımına karşı isteğini artırabilmektedir (Krosnick, 2017).

Sigaranın bireye ve topluma verdiği zararlar ile ilgili bilgilerin yaygınlaştırılması, sigara içerik bilgilerinin medya ve sosyal platformlardan görünür kılınması, kamoyunu sigara karşıtlığı konusunda etkilemektedir. Amerika'da 2012 yılında yapılan sigara bırakma kampanyası sonrası bireylerin hem sigara bırakma farkındalığının hem de sigara risk algılarının artış gösterdiği belirlenmiştir (Duke ve ark., 2015). Avusturalya, Kanada ve Meksika'da yapılan bir araştırmada (2018); sigara paketleri üzerine yerleştirilen sigaranın toksik değerleri ile ilgili bilgilerin, algılanan sağlık riski indeksinde artışa neden olduğu görülmüştür (Cho, 2018). Sigaraya bağlı toksik risk bilgi farkındalığının oluşturulması, sigaranın sağlık zararlarına ait farkındalığı da artırabilmektedir (Mannocci ve diğerleri, 2019).

1.4.4 Sağlık okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri edinme, anlama ve kullanma yeterliliğidir (WHO, 2013).

Sorensen ve arkadaşları; sağlık okuryazarlığı ile ilgili bütün tanımları inceleyerek 2012 yılında sağlık okuryazarlığını; "okuryazarlıkla bağlantılı, bireylerin sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarını önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik" şeklinde tanımlamışlardır (Sorensen ve diğerleri, 2012).

Sağlık sistemi içerisinde sağlıklı toplumlar oluşturmak adına bireylerde sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesi önemlidir (Tanrıöver ve diğerleri, 2014). İyileştirilmiş sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlık davranışlarını, sağlık çıktılarını, sağlık maliyetlerini ve bireylerin yaşam kalitesini etkilemekte, eşitliğe ve sürdürülebilirliğe katkı sağlamaktadır (Zheng ve diğerleri, 2018).

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında önemli bir araçtır. Halk sağlığını etkileyen en önemli konulardan bir tanesi olan sağlık okuryazarlığı ile ilgili DSÖ şu ayrıntılara dikkat çekmektedir:

- Sınırlı sağlık okuryazarlığı sağlığı büyük ölçüde etkilemektedir.
- Kişisel sağlık okuryazarlığı becerilerinin gelişmesi hayat boyu süren bir durumdur.
- Sınırlı sağlık okuryazarlığı yüksek sağlık maliyetleri ile ilgilidir.
- Sağlık okuryazarlığı artan bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve korunma yöntemlerinin geliştirilmesinde anahtar rol oynayacaktır.
- Göçmenler sağlık okuryazarlığı genellikle düşük gruplardır. Göçmenlerin sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik hükümetlerin işbirliği yapmaları gerekmektedir.
- Yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığı, kişinin hayatını etkileyen kaynaklar ve kararlar üzerinde doğrudan etkilidir (WHO, 2013).

Sorensen ve arkadaşlarına göre; sosyo-demografik, sosyal, çevresel, fiziksel, durumsal ve bireysel belirleyiciler sağlık okuryazarlığını etkilemektedir (Sorensen ve diğerleri, 2012).

1.4.4.1 Sağlık okuryazarlığının halk sağlığındaki yeri

Freedman ve arkadaşları, sağlık okuryazarlığını “halk sağlık okuryazarlığı” şeklinde tanımlamışlardır (Freedman ve diğerleri, 2009). Sağlık okuryazarlığı, sağlığı geliştirme aktivitesi olarak görülmekte olup toplum sağlığına yönelik altı temada tanımlanabilir (WHO, 2009b):

- **Etkilediği insan sayısı:** Sağlık okuryazarlığı gelişmiş, gelişmemiş ya da gelişmekte olan tüm ülkeleri etkileyen bir durumdur.
- **Olumsuz sağlık çıktıları:** Toplumlardaki düşük sağlık okuryazarlığı ölüm oranlarını artırabilir.
- **Kronik hastalıklarda artış:** Bulaşıcı olmayan hastalıkların yönetiminde sağlık okuryazarlığı önemli rol oynamaktadır (Pashaki ve diğerleri, 2019; Taylor ve diğerleri, 2017; Miller, 2016).
- **Sağlık bakım maliyetleri:** Düşük sağlık okuryazarlığı toplamlardaki sağlık harcamalarına %3.0-5.0 oranında ek maliyet yansıtmaktadır.
- **Sağlık bilgisi talepleri:** Sağlıkla ilgili materyal kullanımında anlaşılır bir dil önem arz etmektedir (Quisenberry ve diğerleri, 2018).
- **Eşitlikçilik:** Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi bireylerde doğru sağlık kararları verememesini ifade eder.

Sağlık okuryazarlığı için yapılan tüm çalışmalar, sorumluluk sahibi bireylerin ortaya çıkmasını sağlamak amaçlı planlanmaktadır. Dolayısıyla yüksek sağlık okuryazarlığı, bireylerin beklenen sağlık davranışları göstermesinde etkili olacaktır (Zheng ve diğerleri, 2018). Üzerinde hassasiyetle durulması gereken asıl konu, düşük sağlık okuryazarlığıdır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması, toplum sağlığını olumsuz etkiler. Düşük sağlık okuryazarlığı, toplumda ve bireylerde bir takım sorunlara yol açmaktadır. Bu sorunlar (Tözün ve Sözmen, 2014):

- Genel sağlık düzeyinde düşüklük,
- Öz bakım yetersizliği,
- Sağlık bakım maliyetlerinde yükseklik,
- Koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarında yetersizlik,
- Kronik hastalık yönetimi ve sağlık bakım sistemine ulaşmak için gerekli beceriler yönünden yetersizlik,
- Mortalitede yükseklik,
- Sağlık bakım hizmetlerinden düşük düzeyde yararlanma,
- Tıbbi öneri ve/veya talimatlara bağlılıkta yetersizlik,
- Hastanede yatma sıklıklarının ve kalma sürelerinin uzun olması,

- Acil servis gibi maliyeti yüksek hizmetlerden yararlanma oranlarında yükseklik oluşudur.

Sınırlı sağlık okuryazarlığı, günümüz toplumunu tehdit etmektedir. Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya, Yunanistan'da yürütülen Avrupa Sağlık Okuryazarlığı çalışmasına göre; katılımcıların %47.6'sının sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu gösterilmiştir (The European Health Literacy Survey, 2012). Türkiye'de yapılan ilk sağlık okuryazarlığı araştırmasında; toplumun %64,6'sının düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir. Buna göre; yaş, düşük eğitim seviyesi ve ekonomik durumun düşük sağlık okuryazarlığının nedenleri arasında olduğu görülmüştür (Okuy ve Abacıgil, 2016). Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda; düşük sağlık okuryazarlığının düşük eğitim düzeyi, ileri yaş, düşük ekonomik düzey, erkek cinsiyet ve kronik hastalıklar ile ilişkili olduğu raporlanmıştır (Bozkurt, 2019; Deniz, 2018; Esen ve diğerleri, 2018; Morrison ve diğerleri, 2013; Öcü; Yılmazel ve Çetinkaya, 2017). Sağlık çalışanlarında sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilgili yapılmış çeşitli çalışmalar mevcut olup, yeterli sağlık okuryazarlığı oranı %23-66 arasında değişim göstermektedir Peyman ve Samiee-roudi, 2016; Bükcek ve Adana, 2021; Deniz ve ark., 2018; Martins ve diğerleri, 2019; Kheiri ve diğerleri, 2019; Khoshnudi ve diğerleri, 2019, Mahdifar, Tavakoly, Ghavami ve Vahedian- Shahroodi, 2021).

1.5 Sigara Ve Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, sigara kullanan bireylerde sigaranın bırakılmasında bağımsız bir faktör olarak ele alınmaktadır (Stewart ve diğerleri, 2013). Sağlık okuryazarlığı azalan bireylerde sigara kullanımının arttığı belirlenmiştir (Fernandez ve diğerleri, 2016). Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin, sigara kullanmalarının ya da sigaraya tekrar başlamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Gil-Salmeron, Smith, Yang L Rieder ve Grabovac, 2021; Stewart ve diğerleri, 2014). Bunun yanında nikotin bağımlılığının da sağlık okuryazarlığı düzeyinden etkilendiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Fu ve diğerleri, 2017; Jayakrishnan ve diğerleri, 2012). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin, sigaranın neden olduğu sağlık sonuçlarını anlamada da rol oynadığı görülmektedir (Lazard ve diğerleri, 2017). Düşük sağlık okuryazarlığının sigaranın risklerine karşı bilgileri anlama düzeyini etkilediği belirtilmiştir (Hoover ve diğerleri, 2018).

Yapılan çalışmalar, iyi düzeydeki sağlık okuryazarlığının olumlu sağlık davranışlarına katkı sağladığını göstermektedir (Liu, Li ve Chen, 2015; Hoover ve diğerleri, 2015; Luo ve diğerleri, 2020). Sağlık okuryazarlığının artırılması ile isk farkındalığının arttığı, sağlıklı bir yaşam tarzının belirlendiği görülmektedir (Jahangard ve diğerleri, 2019). Risk farkındalığının artırılması ile bireyler olumlu sağlık davranışlarına yönelmekte, sigarayı bırakmakta ya da hiç tercih etmemektedir (Çelebi ve diğerleri, 2021; Liu, Li ve Chen, 2015).

1.6 Tütün Ve Tütün Ürünleri İle Mücadele

Dünyada tütün ve tütüne bağlı hastalıkların artışı nedeniyle DSÖ 2003 yılında Tütün Kontrolü Sözleşmesi çalışmalarını başlatmış ve yedi üye ülkenin oybirliği ile kabul etmiştir (WHO, 2003). Yapılan çalışmalar sonucunda 2008 yılında ise tütün kontrolüne yönelik Küresel Salgın Raporu MPOWER paketi hazırlanmıştır. Bu pakette MPOWER kelimesinin ilk harfleriyle sembolize edilen altı yaklaşım ile tütün kontrol politikaları özetlenmiştir. Bu politikalar (Who Report on The Global Tobacco Epidemic, 2019):

M-Monitor: Salgını ve politikalarını izlemek

Dünya nüfusunun yaklaşık %65'i tütün kullanımına yönelik takip edilmekte ve kayıt altına alınmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerin sigara kullanma prevalanslarının yüksek gelirli ülkelere göre daha yavaş bir şekilde azalacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2019).

P-Protect: Toplum pasif sigara maruziyetinden korumak

Tütünsüz ortamlar oluşturularak, bireylerin ikinci el tütün dumanına maruziyeti önlenmiştir. Dünya nüfusunun sadece %22'si sigara uygulamalarına karşı halkı korumaktadır. Nüfusu 100 milyonu aşan ve halka açık yerler ile işyerlerinde dumsız hava sahası uygulamasını ilk başlatan ülke, Brezilya'dır (WHO, 2019).

O-Offer: Sigara bırakma konusunda yardım etmek

Günümüzde sadece 18 ülke, sigarayı bırakması için vatandaşlarının tüm bakım ve tedavi maliyetini karşılamaktadır (WHO, 2019).

W-Warn: Sigaranın zararları konusunda toplumu uyarmak

Toplumda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi; bireylerin kendi sağlıklarını iyileştirmede aktif bir rol oynamalarına, sağlık için toplum eylemlerine başarılı bir şekilde katılmalarına, hükümetleri sağlık ve sağlıkta hakkaniyete yönelik sorumluluklarını yerine getirmeye zorlamalarına olanak veren temeli sağlamaktadır (WHO, 2020e). Sağlık iletişimde; bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek, sigara kullanımının zararları hakkında toplumu uyarma, gereken bilgileri sağlama ve sigara ile mücadelede anahtar rol oynamaktadır (Quisenberry, 2018). Düşük sağlık okuryazarlığı ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bilinmektedir (Panahi ve diğerleri, 2016.).

E-Enforce: Tütün kullanımının tanıtımına ait yasakları uygulamak

İyi kurgulanmış her türlü tütün reklamı, bireylerin tütün kullanımına karşı çekimser kalmasını sağlayabilmektedir (WHO, 2019). Türkiye başta olmak üzere Avustralya, Birleşik Krallık ve Vietnam gibi ülkelerde tütün kullanımı ile savaşta ilk rehberler geliştirildiğinden beri doğru ve etkili tütün kampanyaları yürütülmektedir (Who, 2019).

R-Raise: Tütüne uygulanan vergi miktarını artırmak (WHO, 2008).

Tütün ürünlerinin küresel vergi yükü 2016-2018 yıllarında %58'den %63'e yükseltilmiştir (WHO, 2018c). Veriler incelendiğinde, %34 ile Afrika en düşük, Avrupa %78 ile en yüksek vergi oranına tabidir (WHO, 2018c). Bahreyn, Kuveyt, Umman, Katar, Suudi Arabistan ve Birleşik Arap Emirlikleri tütün ürünlerine yönelik vergi uygulamasına yeni geçmiştir (WHO, 2018d). İrlanda, Lüksemburg, Polonya, Hollanda ve İngiltere tütün ürünlerinde uygulanan özel tüketim vergisini artırmıştır (OECD, 2018b). Dünya Sağlık Örgütü, tütün ürünlerinde en az %75 vergi uygulamasını tavsiye ederken, Türkiye'de sigara vergi uygulaması 2019 yılı itibarıyla %82.3'tür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü 2007 yılından beri MPOWER politikalarını dikkatle izlemektedir. MPOWER paketi bütün aşamaları ile uygulandığı takdirde %13.8'lik bir düşüş sağlamanın gerçekleşebileceği öngörülmüştür (Ngo, Cheng, Chaloupka ve Shang, 2017). Küresel Tütün Raporu 2019'a göre; Brezilya tüm MPOWER basamaklarını en özenle uygulayan ülkedir (WHO, 2020a). Günümüzde Antigua ve Barbuda, Benin, Burundi, Gambiya, Guyana, Niue ve Tacikistan dumansız hava sahası yasalarını yeni yürürlüğe koymuş, Çekya, Suudi Arabistan, Slovakya ve İsveç dumansız hava sahası uygulamalarını ileri düzeye çekmiştir (WHO, 2019). MPOWER uygulamasının en düşük düzeyde yapıldığı ülkelerde yaşayan 5 milyar insandan 3.9 milyarı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (WHO, 2019).

Türkiye'de tütün kontrolüne yönelik planlamalar, "elveda sigara merhaba hayat" kampanyası ile 1988'de başlamış ve yasalar oluşturulmuştur (PIAR, 1988; Bilir ve diğerleri, 2009a). Yasaya göre; toplu taşıma araçlarında ve kapalı yerlerin önemli bir kısmında sigara kullanımının yasaklanması, 18 yaşından küçük çocuklara sigara satışı ile tütün ürünlerinin her türlü reklam ve tanıtımının yasaklanması, sigara paketleri üzerinde uyarı yazılarının yazılması ve televizyonlarda sigaranın zararları konusunda eğitici yayın yapılması belirlenmiştir. Bu kanunun yürürlüğe girmesinin ardından şehirlerarası yolculuklarda sigara kullanımı yasaklanmıştır (4207 nolu kanun, 1996). Sigara kullanıcılarının, uygulanan yasaklar sebebiyle günlük 1.57 adet daha az sigara tükettiği tespit edilmiştir (İpek, 2020). Yapılan bir çalışmada, ofis çalışanlarının sigara içme yasağına %87 oranında uyum sağladığı ortaya çıkmıştır (Saraç, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü, 2003 yılında Tütün Kontrolü Çerçeve ve Sözleşmesi'ni (TKÇS) dünyadaki ilk halk sağlığı sözleşmesi olarak kabul etmiş, ardından Türkiye TKÇS'yi ilk imzalayan ülkeler arasında yer almıştır (Bilir ve diğerleri, 2009a). Sözleşme 2006 yılında yürürlüğe girmiş, 2009 yılında ise özel alanlar hariç, ikram sektörü de dahil tüm kapalı mekanlar ve bazı açık alanlar "tam dumansızlık" konforuna kavuşmuştur (Bilir ve diğerleri, 2009b). Dünya Sağlık Örgütü, hazırladığı MPOWER stratejisinin tütün kontrolü için etkin bir politika olduğunu vurgulamış, paket 2009'da Türkçe'ye KUVVET (koru, uygun yardım öner, vergiyi artır, varolan mevzuatı gülendir, eğit, takip et) olarak çevrilmiştir (Özlu ve diğerleri, 2010). Sigara ile mücadele kapsamında, düz paket uygulamasına da geçilmiştir. Dünya Sağlık

Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nde düz paketi; paketler ve ambalajlar üzerinde standart bir renk ve yazı biçimi ile basılacak marka ve ürün ismi (düz paketleme) dışında logo, renk, marka simgesi veya promosyon bilgisi kullanılmasını kısıtlayıcı veya yasaklayıcı önlemler şeklinde tanımlamıştır (WHO, 2018a). Düz paket uygulaması ile tütün ürünlerinin çekiciliğinin azaltılması, tütün paketlerinin reklam ve promosyon aracı olarak kullanılmasının önüne geçilmesi amaçlanmaktadır. Uygulama, sağlık uyarılarının fark edilirliliğinin ve etkinliğinin artırılması ve yanıltıcı bilgi verilmesinin önlenmesi noktasında hedefler ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda kişilerin nikotin bağımlılığının azaltılması hedeflenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). Yıllar içinde düzenlemelere yenileri eklenmiş, sigara paketlerinin üzerine 'sigara sağlığa zararlıdır' ibaresinin konulması zorunlu hale getirilmiştir (Resmi Gazete, 2018). Tütün kullanımına yönelik eğitici ve uyarıcı yayınların yapılması zorunluluğu yerel ve özel televizyon kurumlarına belgelendirilmiştir (Resmi Gazete, 2018). Aralık 2019 itibariyle sigara paket görsellerine, "Tütün dumanı, kansere yol açtığı bilinen yetmişden fazla madde içerir" uyarısı ile "Sigara içmek öldürür-hemen bırakın" gibi caydırıcı fotoğraflar ve on dört ayrı resimli uyarı mesajı yerleştirilmiştir (Resmi Gazete, 2019). Ülkelerin yarısından fazlası (%52) sigara paketlerinin üzerinde uyarıcı görseller kullanmaktadır (WHO, 2019). Bireylerin bu görsellerden etkilendiği saptanmıştır (Bilir ve Özpulat, 2017; Lilic, Stretton ve Prakash, 2018). Düz paket sigara uygulamalarının, nikotin bağımlılarında olumlu etkilerinin olduğu belirlenmiştir (Hardardottir, 2020). DSÖ'nün sigara paketleri üzerinde uygulanan görseller ile ilgili yayınladığı yönergelere göre;

- Yazılı uyarılar büyük, açık ve okunaklı olmalıdır,
- Uyarılar, tütün kullanımının neden olduğu zararlı sağlık etkileri ve belirli hastalıkların zorunlu tanımlarını içermelidir,
- Uyarılar ülkenin tüm ana dillerinde görünmelidir,
- Bireysel paketlerde, tüm dış ambalajlarda ve perakende teşhirlerde uyarılar görünmelidir,
- Dumansız tütün ürünleri dahil tüm tütün ürünlerinde uyarılar yer almalıdır,
- Uyarılar bir resim içermelidir.

Sigarayla mücadelede toplumu bilinçlendirmek, gençlerin sigaraya başlamasını ve özenmesini önlemek, sigara kullananların bırakmasını sağlamak önemlidir (WHO, 2019). Bireye sigarayı bırakması konusunda danışmanlık hizmeti sunmak, sigara bırakma tedavisinin ilk basamağı olmakla beraber bireyi motive etmek, bilgilendirmek ve desteklemekte gerekmektedir. Uygun farmakolojik tedavinin planlanması sigara bırakma sürecini hızlandıracaktır. Sigara bırakma poliklinikleri sigara mücadelesinin en önemli araçlarından bir tanesidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Sağlık Bakanlığı'nca sigara bırakma polikliniklerine başvurup ALO 171 sigara bırakma danışma hattını kullanan kişilerin yaklaşık %7'si sigara kullanımını bırakmıştır. Bu oran, dünya verilerinin yaklaşık 3-4 katıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

1.7 Sağlık Çalışanlarının Tütün Ve Tütün Ürünleri İle Mücadeledeki Yeri

Sağlık çalışanları; seslerini geniş kesimlere iletebilen bir topluluktur (Tamirat, 2018). Tütün kontrolünde yadsınamaz sorumlulukları olduğu bir gerçektir ve sağlık çalışanlarının verdiği sigara bırakma tavsiyeleri, toplumdaki bireyleri etkilemektedir (WHO, 2007; Aslan, 2008; Tamirat, 2018). Hekimler, hemşireler, eczacılar, teknisyenler, sağlık memurları, diş hekimleri, ebeler, psikologlar ve diyetisyenler tütün ile mücadele rol ve sorumlulukları olan sağlık profesyonelleridir. Sağlık personelinin tütün kullanımı ile mücadele konusundaki rolleri 3 başlık altında incelenebilmektedir (Bilir, 2009c):

- **Rol model kimliği:** Toplumda çoğu kişi sağlık mesleği mensubu kişilerin sağlıklı davranışlar içerisinde olduğu görüşündedir. Çeşitli ülkelerin sigara kullanım prevalansları yüksektir (Our World In Data, 2019). Tütün kontrolünde başarı sağlayabilen ülkelerin, doktorlarda sigara içme oranlarının en az olduğu ülkeler olması sağlık çalışanlarının önemini kanıtlar niteliktedir.
- **Profesyonel meslek kimliği:** Hasta ile karşılaşıldığında ya da amanez alındığı esnada tütün kontrolüne yönelik sigara kullanımının sorgulanması çok etkili bir yaklaşımdır. Bu fırsatın iyi kullanılması çok sayıda kişinin sigarayı bırakmasında etkili olacaktır.
- **Toplumsal mücadelede önderlik kimliği:** Sağlık çalışanları örgütlerine bu konuda büyük sorumluluklar düşmektedir. Fikir oluşturucular olarak sağlık çalışanları var olan bilgi kaynaklarına hakim olmalı, politikacıları bu yönde etkilemelidir.

Halk sağlığını tehdit eden tütün kullanımını azaltmak, tütün kontrolü konusunu ulusal, uluslararası ve bölgesel düzeyde gündem haline getirmek için sağlık örgütlerinin üzerine düşen sorumluluklar ise şu şekilde sıralanabilir (WHO, 2004):

1. Üyelerinin tütün ürünü kullanmaması, tütünsüz bir kültürü destekleyerek örnek olmalarını teşvik etmek,
2. Üyelerinin tütün ürünü kullanma durumlarını ve tütün kontrolü ile ilgili gerçeklerini izlemek,
3. Örgüt bina ve etkinliklerini tütünsüz kılmak,
4. Kongre ve konferanslarda tütün kontrolünü gündeme almak,
5. Üyelerine rutin olarak her hastaya doğrudan kullanım, dolaylı etkilenim hakkında sormalarını tedavi önermelerini, tedavi sürecini izlemelerini önermek,
6. Sağlık personelinin sürekli ve diğer eğitim programlarına tütün kontrolünü dahil etmek,
7. Her yıl 31 Mayıs Tütünsüz Dünya Günü etkinliklerine katılmak,
8. Tütün endüstrisinin katkı ve desteğini kabul etmemek,

9. Tütün endüstrisi ile ilişkili yada bu endüstride hisseleri bulunan kuruluşlarla ticari ve sair ilişkiler konusunda yazılı bir politikaya sahip olmak,

10. Binalarında tütün ürün ve tanıtımını yasaklamak,

11.Hükümetlerin DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini imzalama, onaylama ve uygulama aşamalarının etkin destek vermek,

12. Finansal kaynaklarını tütün kontrolüne ve bu yönergenin uygulanmasına tahsis etmek,

13. Sağlık personeli ağlarının tütün ile mücadele etkinliklerine katılmasını sağlamak,

14. Tütünsüz kamusal alan kampanyalarına destek vermektir.

Öz-yeterlilik algısı yüksek (Öztürk, Kırac ve Kavuncu, 2018) ve sağlık okuryazarlık düzeyi yeterli (Taylor ve diğerleri, 2017) bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergiledikleri bilinmektedir. Hasta ile ilk karşılaşan grupta yer alan birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarının yeterli sağlık okuryazarlık ve öz-yeterlilik düzeylerine sahip olması tütün ile mücadelede topluma örnek olacak, daha sağlıklı toplumların oluşmasına yol açacaktır.

2. BÖLÜM

MATERYAL VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma kesitsel ve ilişki arayıcı özelliktedir.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma Haziran-Ağustos 2021 tarihleri arasında; Amasya'nın Merzifon, Suluova, Gümüşhacıköy ilçelerinde, Amasya İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında gerçekleştirilmiştir.

2.3. Araştırmanın Evreni, Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

2.3.1. Araştırmanın evreni

Araştırmanın evrenini Amasya'nın Merzifon, Suluova, Gümüşhacıköy ilçelerinde birinci ve ikinci basamak kamu sağlık kuruluşlarında çalışan doktor (hekim ve diş hekimi), yardımcı sağlık personeli (acil tıp teknisyeni (ATT), sağlık memuru, röntgen teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, ameliyat teknisyeni, fizyoterapist, hemşire) ve eczacı olarak görev yapan 250 erkek sağlık personeli oluşturmaktadır.

Amasya ili; Orta Karadeniz Bölümünün iç kısmında yer almaktadır. Doğudan Tokat, güneyden Tokat ve Yozgat, batıdan Çorum, kuzeyden Samsun illeri ile çevrilidir. Yeşilirmak vadisi Harşena Dağı eteklerine kurulan Amasya, 8 bin yılın üzerindeki eski tarihi boyunca krallık başkentliği yapmış, bilim adamları, sanatkarlar, şairler yetiştirmiş, şehzadelerin eğitim gördüğü bir belde olmuştur (Amasya İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, 2020). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 yılı verilerine göre ilin nüfusu 335.494'tür (TÜİK, 2020).

Araştırmanın evreninde Amasya ilinin üç ilçesinin yer alması, bu ilçelerde görev yapan erkek sağlık personeli sayısının yoğunluğuna göre belirlenmiştir. Amasya İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Merzifon, Suluova, Gümüşhacıköy ilçelerindeki birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında çalışan erkek sağlık çalışanlarının listesi İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınmıştır. Bu listeye göre;

- 1) Amasya ili Merzifon ilçesinde toplam 133 erkek sağlık çalışanı bulunmaktadır.
- 2) Amasya ili Suluova ilçesinde toplam 61 erkek sağlık çalışanı bulunmaktadır.
- 3) Amasya ili Gümüşhacıköy ilçesinde toplam 56 erkek sağlık çalışanı bulunmaktadır.

2.3.2. Katılımcıların araştırmaya dahil edilme kriterleri

Bu çalışmaya katılan katılımcıların araştırmaya dahil edilme kriterleri; çalışmaya katılmaya gönüllü olmak, Amasya iline bağlı Merzifon, Suluova ve Gümüşhacıköy' de görev yapıyor olmak, erkek sağlık çalışanı olmak, 18 yaş ve üzerinde olmak olarak belirlenmiştir.

2.3.3. Katılımcıların araştırmadan dışlanma kriterleri

Bu çalışmaya katılan katılımcıların araştırmadan dışlanma kriterleri; Amasya ilinin Merzifon, Gümüşhacıköy, Suluova ilçeleri hariç diğer ilçelerinde görev yapıyor olmak, kadın sağlık çalışanı olmak olarak belirlenmiştir.

2.4. Araştırmanın değişkenleri

2.4.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri

Bu çalışmanın bağımlı değişkeni erkek sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığı ve nikotin bağımlılığı düzeyidir.

2.4.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri

Katılımcıların yaşı, ünvanı, görev yaptığı kurum, eğitim durumu, medeni durumu, kronik hastalık varlığı, genel sağlık algısı, sigara içme davranışları, sigara bırakma ile ilgili düşünceleri ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri araştırmanın bağımsız değişkenleri olarak ele alınmıştır.

2.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin Haziran-Ağustos 2021 tarihleri arasında anket formu aracılığı ile toplanmıştır. Anket formunun ilk bölümünde sosyo-demografik özellikleri içeren bilgi formu ile sigaraya ilişkin tutumları araştıran bilgiler, ikinci bölümünde Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) yer almıştır. Anket formları kurumlarda görevli erkek sağlık çalışanlarına dağıtılmış, araştırmacının gözetiminde doldurulan formlar doldurulduktan sonra geri toplanmıştır. Anketlerin doldurulması ortalama 30 dakika sürmüştür.

2.5.1. Sosyodemografik özellikler bilgi formu

Sosyodemografik bilgi formunda; tüm katılımcıların yaşı, ünvanı, görev yaptığı kurumu, eğitim durumu, medeni durumu, sağlık-hastalık durumu, genel sağlık algısı yer almıştır. Ayrıca bu bölümde katılımcıların beyanlarına göre; sigara kullanım durumu, sigara içme davranışları ve sigara bırakma ile ilgili tutumları sorgulanmıştır.

2.5.2. Sigarayı bırakmanın belirleyicileri

Sigara içen katılımcılarda sigarayı bırakmanın belirleyicilerini saptamaya yönelik anket formu literatüre dayalı olarak hazırlanmıştır (Diana ve diğerleri, 2018; Evans ve diğerleri,

2018; Agraval ve diğeri, 2020). Buna göre, katılımcıların sigara içerken ve bıraktıklarındaki etkileri saptamaya yönelik risk algı durumları, sigara bırakmaya yönelik gösterdikleri öz-yeterlilikleri ve sigara içme davranışlarını değiştirmeye yönelik niyetleri sorgulanmıştır.

2.5.3 Fagerström nikotin bağımlılık testi (FBNT)

Fagerström tarafından 1978 yılında 8 sorudan oluşan ve 1-10 puan arasında skorlanarak bağımlılık düzeyinin ölçüldüğü bir anket geliştirilmiştir (Fagerstrom, 1978). Testin toplam skoru aynı kişilerde farklı zamanlarda farklı puanlar göstermesi nedeniyle 1991 yılında Heatherton ve arkadaşları tarafından üzerinde tekrar çalışılmıştır (Heatherton ve diğeri, 1991). Fagerström nikotin bağımlılık testi hastada nikotinin fiziksel bağımlılığı yönünden riski değerlendirmek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılan, 6 sorudan oluşan, 0-1 ve 0-3 arasında ikili ve dördümlü likert tipi ölçüm sağlayan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bu test sonucunda;

0-2 puan alanlar çok az düzeyde bağımlı,

3-4 puan alanlar az düzeyde bağımlı,

5 puan alanlar orta düzeyde bağımlı,

6-7 puan alanlar yüksek düzeyde bağımlı,

8-10 puan alanlar çok yüksek düzeyde bağımlı kabul edilir. Bu araştırmada testten alınan skor, düşük derece bağımlılık (0-3 puan), orta derece bağımlılık (4-5 puan) ve yüksek derece bağımlılık (6-10 puan) olarak üç grupta derecelendirilmiştir. Türkçe formun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Uysal ve arkadaşları tarafından 2003'te yapılmış olup Cronbach's alfa katsayısı 0.56 olarak bulunmuştur (Uysal, 2004). Bu çalışmada Cronbach's alfa katsayısı 0,71 olarak belirlenmiştir.

2.5.4 Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği (TSOY-32)

Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği, Okyay ve Abacıgil tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir (Okyay ve Abacıgil, 2016). Ölçek çok kolay/kolay/zor/çok zor/fikrim yok 5'li likert tipinde 32 sorudan oluşmaktadır (Okyay ve Abacıgil, 2016). Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması) HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmaktadır.

$$\text{İndeks} = (\text{ortalama}-1) \times (50/3)$$

Bu formülde; indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalama da bir kişinin cevaplandığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Ölçek puan hesaplamasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 de en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. İndeks dört kategoride sınıflandırılmıştır.

Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı,

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33) puan: sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) puan: yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) puan: mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır.

Ölçeğin genel iç tutarlık katsayısı 0,92 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin genel iç tutarlık katsayısı 0,81 bulunmuştur.

2.6 Verilerin Toplanması

Araştırma etik kurul onayı (2020-57), Hitit Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır (EK: 1). İl Sağlık Müdürlüğünden ve çalışmaya katılan erkek sağlık çalışanlarından yazılı ve sözlü onamlar alınmıştır (EK: 3)

2.7 İstatistiksel Analiz

Araştırmanın verileri SPSS 20.0 paket programı aracılığı ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdeler, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Kategorik verilerin analiz edilmesinde Ki-kare test ve Fisher's exact test uygulanmıştır. Verilerin normal dağılımını incelemek için Shapiro Wilk ve Kolmogorov Smirnov testleri uygulanmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerde Kruskal Wallis H test ve Mann Whitney U Test kullanılmıştır. Fagerström nikotin bağımlılık testi puanları ile yaş, sigara başlama yaşı ve sağlık okuryazarlığı puanları arasındaki ilişkinin gücünü belirlemek için doğrusal regresyon analizinden yararlanılmıştır. Doğrusal regresyon analizinde modele alınan bağımlı/bağımsız değişkenler ve özellikleri Tablo 2.1'de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Doğrusal regresyon analizinde modele alınan bağımlı/bağımsız değişkenler ve özellikleri.

Bağımsız Değişkenler	Özelliği
Yaş	Sürekli Değişken
Sigara Başlama Yaşı	Sürekli Değişken
Sağlık Okuryazarlığı Puanı	Sürekli Değişken
Bağımlı Değişken	Özelliği
FBNT Puanı	Sürekli Değişken

Lojistik regresyon analizinde Forward regresyon modeli kullanılmıştır. Modelde Omnibus testleri, uyum iyiliği için Hosmer ve Lemeshow testi kullanılmıştır. Yüksek nikotin bağımlılık düzeyi Fagerström nikotin bağımlılık düzeyleri düşük, orta/yüksek olmak üzere iki grupta sınıflandırılmıştır. Yüksek nikotin bağımlılık düzeyi üzerinde etkili olabileceği düşünülen bağımsız değişkenler modele alınmıştır. Değişkenlerin karşılaştırılmasında ilk grup referans grup olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel değerlerdirmelerde $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir. Lojistik regresyon modelinin son aşamasında istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenlerin tablosu yapılmıştır. Lojistik lojistik regresyon analizinde bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Katılımcıların regresyon analizinde modele alınan bağımsız değişkenler ve özellikleri Tablo 2.2'de gösterilmiştir.

Tablo 2.2 : Lojistik regresyon analizinde modele alınan bağımsız değişkenler ve özellikleri.

Bağımsız Değişkenler	Sınıflandırılması	Özelliği
Sağlık Algısı	1.İyi 2.Orta	Nominal
Yalnızlık	1.Evet 2.Hayır	Nominal
Stres	1.Evet 2.Hayır	Nominal
Öfke	1.Evet 2.Hayır	Nominal
Sigarayı istediğinde bırakabilme	1.Bırakamam 2.Kararsızım 3.Bırakırım	Nominal
Düz ve standart sigara paketi uygulamasını caydırıcı bulma	1.Evet 2.Hayır	Nominal
Kamusal alan yasaklarını caydırıcı bulma	1.Evet 2.Hayır	Nominal

3. BÖLÜM

BULGULAR

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 3.1'de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=250)

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı	%
Yaş grupları (Ort: 36,7±7,8 yıl)		
20-29	52	20,8
30-39	108	43,2
≥40 yaş	90	36,0
Eğitim durumu		
Önlisans	107	42,8
Lisans	66	26,4
Lisansüstü	77	30,8
Medeni durum		
Evli	197	78,8
Bekar	53	21,2
Kurumu		
1. basamak sağlık kuruluşu	44	17,6
2. basamak sağlık kuruluşu	206	82,4
Ünvanı		
Hekim/diş hekimi	87	34,8
Eczacı	36	14,4
Yardımcı sağlık personeli	127	50,8
Kronik hastalık durumu		
Var	233	93,2
Yok	17	6,8
Sağlık algısı		
İyi	215	86,0
Orta	35	14,0
Sigara içme durumu		
İçiyor	149	59,6
İçip bırakmış	43	17,2
Hiç içmemiş	58	23,2
Ailede sigara kullanımı		
Var	170	68,0
Yok	80	32,0

Tüm katılımcıların %43,2'si 30-39 yaş aralığında olup; yaş ortalaması 36,7±7,8 yıldır. Katılımcıların %42,8'i önlisans mezunudur, %78,8'i evlidir. Araştırma grubunun %82,4'ü ikinci basamak sağlık kurumlarında çalışmakta olup, %50,8'i yardımcı sağlık personelidir. Katılımcıların %93,2'si kronik hastalığı olduğunu belirtmiş ve %86'sı genel sağlık durumunu iyi olarak tanımlamıştır. Tüm grupta sigara içtiğini belirtenlerin oranı %59,6 olup, %68'inin ailesinde sigara kullanan kişiler bulunmaktadır.

Katılımcıların sigara içme durumlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri Tablo 3.2'de gösterilmiştir.

Tablo 3.2. Katılımcıların sigara içme durumlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri (n=250)

	Sigara İçen (n=149)		Sigara İçmeyen (n=101)		TOPLAM (n=250)		Z	p
	$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$			
Sağlık Okuryazarlığı Puanı	41,0±5,2		41,2±4,9		41,1±5,1		-0,361	0,718
Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri					Sayı		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Sorunlu	14	9,5	6	5,9	20	8,0	1,150	0,563
Yeterli	73	48,9	54	53,5	127	50,8		
Mükemmel	62	41,6	41	40,5	103	41,2		

Araştırma grubunun genel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 41,1±5,1'dir. Sigara içen katılımcılarda ölçek puan ortalaması 41,0±5,2 iken sigara içmeyen katılımcılarda 41,2±4,9'dur. Katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı %50,8 oranı ile yeterli düzeyde olup bu oran sigara içenlerde %48,9, sigara içmeyenlerde %53,5 bulunmuştur. Katılımcıların sigara içme durumlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri anlamlı farklılık göstermemiştir (p>0.05).

Sigara içen katılımcıların sigara kullanım davranışları Tablo 3.3'te gösterilmiştir.

Tablo 3.3. Sigara içen katılımcıların sigara içme davranışları (n=149)

Sigara Kullanım Özellikleri		
	\bar{x}	SS
Sigaraya ilk başlama yaşı (yıl)	18,8	5,1
Sigara kullanım süresi (yıl)	15,9	8,5
Sigaraya yapılan harcama (TL)	377,7	235,7
Sigara bırakmayı deneme ortalaması (yılda)	2,4	1,6
	Sayı	%
İçilen sigara türü		
Normal	92	61,7
Diğer	57	38,3
Sigarayla bırakmayı düşünme durumu		
Evet	102	68,5
Hayır	47	31,5
Sigarayla bırakmayı düşünme sebepleri (n=102) *		
Sağlık zararları	93	91,2
Sağlıklı yaşama arzusu	90	88,2
Mali nedenler	41	40,2
Aile baskısı	22	21,6
Doktor tavsiyesi	15	14,7
Sigara bırakmayı deneme		
Evet	77	75,5
Hayır	25	24,5

***Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.**

Katılımcıların sigaraya ilk başlama yaşı $18,8 \pm 5,1$ yıl, sigara içme süreleri $15,9 \pm 8,5$ yıldır. Sigara harcamaları aylık ortalama $377,7 \pm 235,7$ TL'dir. Normal sigara tüketenlerin oranı %61,7 olup, sigara içenlerin %68,5'i sigarayla bırakmayı düşünmektedir. Sigara kullananların %91,2'si sigaranın sağlığa olan zararları, %88,2'si sağlıklı yaşama arzusu ve %40,2'si mali nedenlerle sigarayla bırakmayı düşünmektedir. Araştırma grubunun %75,5'i sigarayla bırakmayı denediğini ifade etmiştir. Sigarayla bırakmayı deneme ortalaması yılda $2,4 \pm 1,6$ 'dır.

Sigara içen katılımcıların sigara içme davranışına yönelme nedenleri Tablo 3.4'te gösterilmiştir.

Tablo 3.4. Sigara içen katılımcıların sigara içme davranışına yönelme nedenleri (n=149)

Sigara içme davranışına yönelme nedenleri*	Sayı	%
Öfke	103	69,1
Stres	100	67,1
Gerginlik	85	57,0
Rahatlamak	65	43,6
Alkol	57	38,3
Yalnızlık	50	33,6
İştah baskılamak	18	12,1

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların sigara içme davranışına yönelme nedenleri incelendiğinde ilk sırada öfke (%69,1) gelmektedir. Stres nedeni ile sigaraya yönelenlerin oranı %67,1 iken gerginlik nedeniyle yönelenlerin oranı %57,0'dır.

Sigara içen katılımcıların sigara kullanımına ilişkin risk algısı Tablo 3.5'te gösterilmiştir.

Tablo 3.5. Sigara içen katılımcıların sigara kullanımına ilişkin risk algısı (n=149)

	Sigara içilmeye devam edilmesi durumunda sağlık sorunu yaşama ihtimali		Diğer sigara içenlerle karşılaştırıldığında sağlık sorunu yaşama ihtimali		Sigara içmenin sonucunda en az bir sağlık sorunu gelişme ihtimali	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Düşük	7	4,7	7	4,7	91	61,1
Kararsız	28	18,8	34	22,8	21	14,1
Olası	114	76,5	108	72,5	37	24,8

Tablo 3.5'te görüldüğü üzere, sigara içilmeye devam edilmesi durumunda olası sağlık sorunu yaşama ihtimali olduğunu belirtenlerin oranı %76,5'tir. Diğer sigara içenlerle karşılaştırıldığında olası sağlık sorunu yaşama ihtimalini belirtenlerin oranı %72,5'tir. Sigara içmenin sonucunda en az bir sağlık sorunu gelişme ihtimalinin düşük olduğunu belirtenlerin oranı %61,1'dir.

Sigara içen katılımcılarda sigarayı bırakmanın belirleyicilerine yönelik risk algısı Tablo 3.6'da gösterilmiştir.

Tablo 3.6. Sigara içen katılımcılarda sigarayı bırakmanın belirleyicilerine yönelik risk algısı (n=149)

	Sigarayı bıraktığında sağlık sorunu yaşama ihtimali		Diğer sigara içenlerle karşılaştırıldığında sigarayı bıraktığında sağlık sorunu yaşama ihtimali		Sigarayı bıraktığında en az bir sağlık sorunu gelişme ihtimali	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Düşük	90	60,4	118	79,2	6	4,0
Kararsız	35	23,5	28	19,8	20	13,4
Olası	24	16,1	3	2,0	123	82,6

Sigarayı bıraktığında sağlık sorunu yaşama ihtimalinin düşük olduğunu belirtenlerin oranı %60,4 iken diğer sigara içenlerle karşılaştırıldığında sigarayı bıraktığında sağlık sorunu yaşama ihtimalini düşük olarak ifade edenlerin oranı %79,2'dir. Sigara içenlerin %82,6'sı sigarayı bıraktığında en az bir sağlık sorunu gelişme ihtimalinin olası olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcıların sigara bırakma öz-yeterliliği Tablo 3.7'de gösterilmiştir.

Tablo 3.7. Sigara içen katılımcılarda sigara bırakma öz-yeterliliği (n=149)

Öz-yeterlilik	Sayı	%
Sigarayı istediğinde bırakabilme		
Bırakamam	38	25,5
Kararsızım	34	22,8
Bırakırım	77	51,7
Sigarayı 2 ay içerisinde bırakabilme (n=77)		
Bırakamam	35	45,5
Kararsızım	6	7,8
Bırakırım	36	46,7

Sigarayı istediğinde bırakabileceğini ifade eden katılımcıların oranı %51,7 iken bu katılımcıların %46,7'si iki ay içerisinde sigarayı bırakabileceğini beyan etmektedir.

Sigara içen katılımcıların sigaranın sağlık zararlarına yönelik farkındalıkları Tablo 3.8'de gösterilmiştir.

Tablo 3.8. Sigara içen katılımcıların sigaranın sağlık zararlarına yönelik farkındalıkları (n=149)

Hastalıklar*	Sayı	%
Akciğer Kanseri	147	98,7
KOAH	141	94,6
Prematürite	111	74,5
Eretil Disfonksiyon	83	55,7
Osteoporoz	81	54,4
MI	81	54,4
Halitosis	75	50,3
Oral Kavite Kanserleri	64	43,0
Periodontal Hastalıklar	45	30,2
Mesane Kanseri	40	26,8
Mide Kanseri	36	24,2

***Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.**

Tablo 3.8’de görüldüğü gibi, akciğer kanseri (%98.7), KOAH (94.6), prematürite (%74.5), erektil disfonksiyon (%55.7), osteoporoz (%54.4) ve MI (%54,4) en fazla farkında olunan sigaranın sağlık zararlarıdır.

Sigara içen katılımcıların tütün politikalarına yönelik tutumu Tablo 3.9’da gösterilmiştir.

Tablo 3.9. Sigara içen katılımcıların tütün politikalarına yönelik tutumları (n=149)

Tutumlar	Sayı	%
Medya reklamlarını caydırıcı bulma		
Evet	47	31,5
Hayır	102	68,5
Düz paket uygulamasını caydırıcı bulma		
Evet	37	24,8
Hayır	112	75,2
Kamusal alan yasaklarını caydırıcı bulma		
Evet	87	58,4
Hayır	62	41,6
Vergi uygulamalarını caydırıcı bulma		
Evet	54	36,2
Hayır	95	63,8

Sigara içenlerin %31,5'i medya reklamlarını, %24,8'i düz paket uygulamasını caydırıcı bulmaktadır. Kamusal alanlarda uygulanan yasakları caydırıcı bulanların oranı %58,4 iken vergi uygulamalarının caydırıcı olduğunu belirtenlerin oranı %36,2'dir.

Sigara içen katılımcılarda Fagerström Nikotin Bağımlılık düzeyleri Tablo 3.10'da gösterilmiştir.

Tablo 3.10. Sigara içen katılımcılarda nikotin bağımlılık düzeyi (n=149)

FNBT PUANI	$\bar{x}\pm SS$	Sayı	%
Düşük derece bağımlılık	1,2±1,2	82	55,0
Orta derece bağımlılık	4,5±0,5	38	25,5
Yüksek derece bağımlılık	7,3±1,8	29	19,5
Toplam	3,2±2,7	149	

Sigara içen katılımcıların bağımlılık puan ortalaması 3,2±2,7 olarak bulunmuştur. Sigara içenlerin %55'i düşük, %25,5'i orta, %19,5'i yüksek derecede nikotin bağımlısıdır.

Sigara içen katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre nikotin bağımlılık düzeyleri Tablo 3.11'de gösterilmiştir.

Tablo 3.11. Sigara içen katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre nikotin bağımlılık düzeyleri (n=149)

Özellikler	FNBT DÜZEYLERİ								χ^2	p
	Düşük		Orta		Yüksek		Toplam			
	(n=82)		(n=38)		(n=29)		(n=149)			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş grubu										
20-29	41	59,5	15	21,7	13	18,8	69	46,3	4,086	0,395
30-39	22	52,4	14	33,3	6	14,3	42	28,2		
≥40 yaş	19	50,0	9	23,7	10	26,3	38	25,5		
Eğitim durumu										
Önlisans	41	59,4	15	21,7	13	18,9	69	46,3	3,421	0,490
Lisans	22	52,4	14	33,3	6	14,3	42	28,2		
Lisansüstü	19	50,0	9	23,7	10	26,3	38	25,5		
Medeni durum										
Evli	65	60,2	25	23,1	18	16,7	108	72,5	4,323	0,115
Bekar	17	41,5	13	31,7	11	26,8	41	27,5		
Kurumu										
1. basamak sağlık kuruluşu	14	60,9	7	30,4	2	8,7	23	15,4	Fisher's	0,359
2. basamak sağlık kuruluşu	68	54,0	31	24,6	27	21,4	126	84,6		
Ünvanı										
Hekim/diğer hekimi	22	51,1	11	25,6	10	23,3	43	28,9	3,282	0,512
Eczacı	11	52,4	8	38,1	2	9,5	21	14,1		
Yardımcı sağlık personeli	49	57,6	19	22,4	17	20,0	85	57,0		
Kronik hastalık durumu										
Var	77	55,8	36	26,1	25	18,1	138	92,6	2,191	0,334
Yok	5	45,4	2	18,2	4	36,4	11	7,4		
Sağlık algısı										
İyi	71	58,2	34	27,9	17	13,9	122	81,9	Fisher's	0,001
Orta	11	40,8	4	14,8	12	44,4	27	18,1		
Ailede sigara kullanımı										
Var	57	58,8	24	24,7	16	16,5	97	65,1	2,024	0,364
Yok	25	48,1	14	26,9	13	25,0	52	34,9		
Sigara türü										
Normal	49	53,3	24	26,1	19	20,6	92	61,7	3,444	0,842
Diğer	33	57,9	14	24,6	10	17,5	57	38,3		

Sağlık algısını iyi olarak belirtenlerin %58,2'si düşük düzeyde, orta olarak belirtenlerin %44,4'ü yüksek düzeyde nikotin bağımlıdır. Katılımcıların sağlık algılarına göre nikotin bağımlılık düzeyleri anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$).

Nikotin bağımlılığı 40 yaş ve üzeri grupta daha yüksek düzeyde olup yaş gruplarına göre nikotin bağımlılık düzeyleri anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Lisansüstü eğitim durumuna sahip bireylerde nikotin bağımlılık düzeyi daha yüksektir ve eğitim durumuna göre nikotin bağımlılık düzeyleri anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Evli olmayan katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyleri daha yüksek olup medeni duruma göre nikotin bağımlılık düzeyleri anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Nikotin bağımlılığı ikinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan katılımcılarda daha yüksek bulunmuş çalıştığı kuruma göre nikotin bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Hekim/ dış hekimi grubunda nikotin bağımlılığı daha yüksektir ve unvana göre nikotin bağımlılığı arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Kronik hastalığı olmayan katılımcılarda nikotin bağımlılığı daha yüksektir ve kronik hastalık durumu ile nikotin bağımlılığı arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Ailesinde sigara içmeyen katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyi daha yüksek olup ailede sigara kullanımına göre nikotin bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Sigara türü olarak normal kullandığını belirten katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyleri daha yüksek olup sigara türü ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Sigara içme nedenlerine göre katılımcılarda nikotin bağımlılık düzeyleri Tablo 3.12'de gösterilmiştir.

Tablo 3.12. Sigara içme nedenlerine göre katılımcılarda nikotin bağımlılık düzeyleri (n=149)

	FNBT DÜZEYLERİ							χ^2	p
	Düşük		Orta		Yüksek		Toplam		
	(n=82)		(n=38)		(n=29)		(n=149)		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı		
Yalnızlık	20	40,0	17	34,0	13	26,0	50	6,873	0,032
Stres	48	48,0	29	29,0	23	23,0	100	6,146	0,046
Gerginlik	44	51,8	23	27,1	18	21,1	85	0,870	0,647
Öfke	26	56,5	14	30,4	6	13,1	46	8,481	0,014
Mutsuzluk	28	44,4	17	27,0	18	28,6	63	6,970	0,031
Keyif	56	54,4	24	23,3	23	22,3	103	2,070	0,355
İkram	35	50,7	15	21,7	19	27,6	69	5,451	0,066
Alkol aldığı anda	30	52,6	14	24,6	13	22,8	57	0,659	0,719
Rahatlamak	35	53,8	17	26,2	13	20,0	65	0,066	0,968
İştah baskılamak	10	76,9	2	15,4	1	7,7	13	Fisher's	0,056

Yalnızlık nedeniyle sigara içenlerin %40'ı düşük, %34'ü orta ve %26'sı yüksek düzeyde nikotin bağımlısıdır (p<0,05).

Stres nedeniyle sigara içenlerin %48'i düşük, %29'u orta ve %23'ü yüksek düzeyde nikotin bağımlısıdır (p<0,05).

Öfke nedeniyle sigara içmeye yönelenlerin %56,5'i düşük, %30,4'ü orta ve %13,1'i yüksek düzeyde nikotin bağımlısıdır (p<0,05).

Gerginlik, mutsuzluk, keyif, ikram, alkol alımı, rahatlama ve iştah baskılama nedeniyle sigaraya yönelme nedenleri ve nikotin bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Sigarayı bırakma risk algısına göre katılımcılarda nikotin bağımlılık düzeyleri Tablo 3.13' de gösterilmiştir.

Tablo 3.13. Sigarayı bırakma risk algısına göre katılımcılarda nikotin bağımlılık düzeyleri (n=149)

FNBT DÜZEYLERİ										
	Düşük (n=82)		Orta (n=38)		Yüksek (n=29)		Toplam (n=149)		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Sigarayı bıraktığında sağlık sorunu yaşama ihtimali										
Düşük	49	54,4	24	26,7	17	18,9	90	60,4	0,904	0,924
Kararsız	18	51,4	9	25,7	8	22,9	35	23,5		
Olası	15	62,5	5	20,8	4	16,7	24	16,1		
Diğer sigara içenlerle karşılaştırıldığında sigarayı bırakınca sağlık sorunu yaşama ihtimali										
Düşük	65	55,1	32	27,1	21	17,8	118	79,9	4,726	0,317
Kararsız	14	51,9	5	18,5	8	29,6	27	18,1		
Olası	3	100,0	0	0	0	0	3	2,0		
Sigarayı bıraktığında en az bir sağlık sorunu gelişme ihtimali										
Düşük	4	66,7	2	33,3	0	0	6	4,0	2,384	0,665
Kararsız	9	45,0	6	30,0	5	25,0	20	13,4		
Olası	69	56,1	30	24,4	24	19,5	123	82,6		

Sigarayı bıraktığında sağlık sorunu yaşama ihtimalinin olası olduğunu belirtenlerin %62,5'i düşük düzeyde nikotin bağımlısıdır. Diğer sigara içenlerle karşılaştırıldığında sigarayı bırakınca sağlık sorunu yaşama ihtimalinin olası olduğunu belirtenlerin tamamı düşük düzeyde nikotin bağımlısıdır. Sigarayı bıraktığında en az bir sağlık sorunu gelişme ihtimalinin düşük olduğunu belirtenlerin %66,7'si düşük düzeyde nikotin bağımlısıdır. Sigarayı bırakma

risk algısı ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Sigarayı bırakma öz-yeterliliğine göre katılımcılarda nikotin bağımlılık düzeyleri Tablo 3.14'de gösterilmiştir.

Tablo 3.14. Sigarayı bırakma öz-yeterliliğine göre katılımcılarda nikotin bağımlılık düzeyleri (n=149)

Öz-yeterlilik	FNBT DÜZEYLERİ								χ^2	p
	Düşük		Orta		Yüksek		Toplam			
	(n=82)		(n=38)		(n=29)		(n=149)			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Sigarayı İstediginde Bırakma										
Bırakamam	14	36,8	9	23,7	15	39,5	38	25,5	14,449	0,006
Kararsızım	20	58,8	8	23,5	6	17,7	34	22,8		
Bırakırım	48	62,3	21	27,3	8	10,4	77	51,7		
Sigarayı İki Ayda Bırakma (n=77)										
Bırakamam	22	62,9	10	28,6	3	8,5	35	45,4	0,690	0,953
Kararsızım	3	50,0	2	33,3	1	16,7	6	7,8		
Bırakırım	23	63,9	9	25,0	4	11,1	36	46,7		

Sigarayı istediğinde bırakabileceğini ifade eden katılımcıların %62,3'ü düşük düzeyde nikotin bağımlısı iken bırakamayacağını belirtenlerin %39,5'i yüksek düzeyde nikotin bağımlısıdır ($p<0,05$). Sigarayı iki ayda bırakma öz-yeterliliği ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Tütün politikalarına yönelik tutumlarına göre katılımcılarda nikotin bağımlılık düzeyleri Tablo 3.15'te gösterilmiştir.

Tablo 3.15. Tütün politikalarına yönelik tutumlarına göre katılımcılarda nikotin bağımlılık düzeyleri (n=149)

Tutumlar	FNBT						χ^2	p		
	Düşük (n=82)		Orta (n=38)		Yüksek (n=29)				Toplam (n=149)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%				
Sigara kullanımı ile ilgili medya reklamlarının caydırıcı bulma	28	59,6	8	17,0	11	23,4	47	2,742	0,254	
Düz ve standart sigara paketi uygulamasının caydırıcı bulma	18	48,7	5	13,5	14	37,8	37	11,600	0,003	
Kamusal alan yasaklarını caydırıcı bulma	56	64,4	17	19,5	14	16,1	87	7,446	0,024	
Tütün kullanımına yönelik vergi uygulamalarını caydırıcı bulma	28	51,8	11	20,4	15	27,8	54	4,039	0,133	

Düz paket uygulamasını caydırıcı bulanların %48,7'sinde nikotin bağımlılığı düşük düzeydedir ($p<0,05$). Kapalı alanlarda sigara içme yasağını caydırıcı bulanların %64,4'ünde bağımlılık düzeyi düşüktür ($p<0,05$).

Medya reklamlarına ve vergi uygulamalarına yönelik tutumlar açısından nikotin bağımlılık düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Sosyodemografik özelliklerine göre sigara içen katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri Tablo 3.16'da gösterilmiştir.

Tablo 3.16. Sosyodemografik özelliklerine göre sigara içen katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri (n=149)

Özellikler	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri								χ^2	p
	Sorunlu (n=14)		Yeterli (n=73)		Mükemmel (n=62)		Toplam (n=149)			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş grubu										
20-29	4	28,6	18	24,7	14	22,6	36	24,1	3,616	0,460
30-39	6	42,8	31	42,4	19	30,6	56	37,6		
≥40 yaş	4	28,6	24	32,9	29	46,8	57	38,3		
Eğitim düzeyi										
Önlisans	7	50,0	48	65,8	14	22,6	69	46,3	39,089	0,000
Lisans	5	35,7	20	27,4	17	27,4	42	28,2		
Lisansüstü	2	14,3	5	6,8	31	50,0	38	25,5		
Medeni durum										
Evli	12	85,7	49	67,1	47	75,8	108	72,5	Fisher's	0,269
Bekar	2	14,3	24	32,9	15	24,2	41	27,5		
Kurum										
1. basamak sağlık kuruluşu	5	35,7	8	11,0	10	16,1	23	15,4	Fisher's	0,062
2. basamak sağlık kuruluşu	9	64,3	65	89,0	52	83,9	126	84,6		
Unvan										
Hekim/Dış Hekimi	3	21,4	13	17,8	48	77,4	64	42,9	Fisher's	0,000
Yardımcı sağlık personeli	11	78,6	60	82,2	14	22,6	85	57,0		
Kronik hastalık durumu										
Var	11	78,6	70	95,9	57	91,9	138	92,6	5,225	0,073
Yok	3	21,4	3	4,1	5	8,1	11	7,4		
Sağlık algısı										
İyi	10	71,4	59	80,8	53	85,5	122	81,9	Fisher's	0,443
Orta	4	28,6	14	19,2	9	14,5	27	18,1		
Ailede sigara kullanımı										
Var	7	50,0	46	63,0	44	71,0	97	65,1	2,484	0,289
Yok	7	50,0	27	37,0	18	29,0	52	34,9		
Kullanılan sigara türü										
Normal	9	64,3	45	48,9	38	61,3	92	61,7	Fisher's	0,978
Diğer	5	35,7	28	49,1	24	38,7	57	38,3		

Sağlık okuryazarlığı düzeyi mükemmel olanların oranı lisansüstü eğitim düzeyinde %50,0 iken bu oran ön lisans düzeyinde %22,6'dır. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi eğitim düzeyi açısından anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.000$).

Sigara içen katılımcıların ünvanlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri incelendiğinde hekim/dış hekimi grubunda %77,4 oranında olan mükemmel sağlık okuryazarlığının diğer ünvanlara göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.000$).

Mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi 40 yaş ve üzeri grupta %46,8 iken 20-29 yaş grubunda %22,6'dır. Katılımcıların yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Evli olanlarda %75,8 olan mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi evli olmayanlarda %24,2'dir. Katılımcıların medeni durumlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi ikinci basamak sağlık kuruluşunda çalışanlarda %83,9 iken birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışanlarda %16,1'dir. Katılımcıların çalıştığı kurumlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık gösterilmemiştir ($p>0,05$).

Kronik hastalığı olduğunu belirtenlerin mükemmel sağlık okuryazarlığı oranı %91,9 iken kronik hastalığı olmayanların %8,1'dir. Araştırma grubunun kronik hastalık durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Sağlık algısı iyi olanların mükemmel sağlık okuryazarlığı %85,5 iken sağlık algısı orta olanların %14,5'tir. Katılımcıların sağlık algısına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık gösterilmemiştir ($p>0,05$).

Ailede sigara kullanımını olanların mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi %71 iken ailesinde sigara kullanılmayanlarda %29'dur. Katılımcıların ailede sigara kullanımına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık gösterilmemiştir ($p>0,05$).

Normal sigara türü kullananların mükemmel sağlık okuryazarlığı oranı %61,3 olup diğer sigara türünü kullananların %38,7'dir. Sigara türüne göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık gösterilmemiştir ($p>0,05$).

Sigara bırakma risk algısına göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri Tablo 3.17' de gösterilmiştir.

Tablo 3.17. Sigara bırakma risk algısına göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri (n=149)

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri										
	Sorunlu (n=14)		Yeterli (n=73)		Mükemmel (n=62)		Toplam (n=149)		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Sigarayı bıraktığında sağlık sorunu yaşama ihtimali										
Düşük	8	57,2	37	50,7	45	72,6	90	60,4	7,905	0,095
Kararsız	3	21,4	20	27,4	12	19,4	35	23,5		
Olası	3	21,4	16	21,9	5	8,1	24	16,1		
Diğer sigara içenlerle karşılaştırıldığında sigarayı bırakınca sağlık sorunu yaşama ihtimali										
Düşük	12	85,7	58	79,5	48	78,7	119	79,9	14,745	0,005
Kararsız	0	-	15	19,2	13	21,3	27	18,1		
Olası	2	14,3	1	1,4	0	-	3	2,0		
Sigarayı bıraktığında en az bir sağlık sorunu gelişme ihtimali										
Düşük	1	7,1	2	2,7	3	4,8	6	4,03	0,800	0,934
Kararsız	2	14,3	10	13,7	8	12,9	20	13,42		
Olası	11	78,6	61	83,6	51	82,3	123	82,55		

Sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip katılımcıların %85,7'si diğer sigara içenlerle karşılaştırıldığında sigarayı bırakınca sağlık sorunu yaşama ihtimalini düşük bulmaktadır (p<0,05).

Sigarayı bıraktığında sağlık sorunu yaşama ihtimali ve sigarayı bıraktığında en az bir sağlık sorunu gelişme ihtimali açısından katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p<0,05).

Sigara bırakma öz-yeterliliğine göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri Tablo 3.18' de gösterilmiştir.

Tablo 3.18. Sigara bırakma öz-yeterliliğine göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri (n=149)

Öz-yeterlilik	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri								χ^2	p
	Sorunlu (n=14)		Yeterli (n=73)		Mükemmel (n=62)		Toplam (n=149)			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Sigarayı istediğinde bırakma										
Bırakmam	2	14,3	20	27,4	16	25,8	38	25,5	8,965	0,062
Kararsızım	7	50,0	18	24,7	9	14,5	34	22,8		
Bırakırım	5	35,7	35	47,9	37	59,7	77	51,7		
Sigarayı iki ayda bırakma (n=77)										
Bırakmam	1	20,0	15	42,9	19	51,4	35	45,5	Fisher s	0,000
Kararsızım	3	60,0	1	2,8	2	5,4	6	7,8		
Bırakırım	1	20,0	19	54,3	16	43,2	36	46,7		

Sağlık okuryazarlığı düzeyi mükemmel olan katılımcıların %51,4'ü, yeterli olanların %42,9'u iki ay içerisinde sigarayı bırakamayacağını belirtmektedir ($p < 0,000$). Mükemmel sağlık okuryazarlığı olan katılımcıların %59,7'si sigarayı istediğinde bırakabileceğini ifade ederken istediğinde sigarayı bırakma öz-yeterliliği ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p > 0,05$).

Nikotin bağımlılık düzeylerine göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri Tablo 3.19 gösterilmiştir.

Tablo 3.19. Nikotin Bağımlılık Düzeylerine Göre Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri (n=149)

FNBT	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri								χ^2	p
	Sorunlu (n=14)		Yeterli (n=73)		Mükemmel (n=62)		Toplam (n=149)			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Düşük derece bağımlılık	10	71,4	40	54,8	32	51,6	82	55,0	2,804	0,591
Orta derece bağımlılık	2	14,3	17	23,3	19	30,7	38	25,5		
Yüksek derece bağımlılık	2	14,3	16	21,9	11	17,7	29	19,5		

Mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip katılımcıların %51,6'sı düşük,—%30,7'si orta ve %17,7'si yüksek derecede nikotin bağımlısıdır. Nikotin bağımlılığı düzeyleri açısından sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Nikotin bağımlılık puanları ile bazı değişkenler arasındaki ilişki Tablo 3.20'de gösterilmiştir.

Tablo 3.20. Nikotin bağımlılık puanları ile bazı değişkenler arasındaki ilişki

	r	p
Yaş	-0,143	0,082
Sigaraya ilk başlama yaşı	-0,333	0,000
TSOY-32	0,048	0,565

Katılımcıların nikotin bağımlılık puanları ile sigaraya ilk başlama yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde ilişki bulunmuştur ($p<0,000$).

Tablo 3.21'de erkek sağlık çalışanlarının yüksek nikotin bağımlılık düzeylerine etkili değişkenlerin lojistik regresyon analizi verilmiştir.

Tablo 3.21. Yüksek nikotin bağımlılık düzeylerine etkili değişkenlerin lojistik regresyon analizi

Değişkenler	FNBT Düzeyi		p
	OR	%95 CL	
Sağlık Algısı			
Orta	2,3	1,27-4,12	0,006
İyi (ref.)	1		
Düz ve standart sigara paketi uygulamasını caydırıcı bulma			
Hayır	0,5	0,20-0,81	0,018
Evet (ref.)	1		

Yüksek derece sigara bağımlılığı sağlık algısı orta olanlarda iyi olanlara göre 2,3 kat, düz ve standart sigara paketi uygulamasını caydırıcı bulanlarda bulmayanlara göre 0,5 kat daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

4. BÖLÜM

TARTIŞMA

Erkek sağlık çalışanlarında sigara içme davranışı, sigarayı bırakmanın belirleyicileri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen bu çalışmada katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı puanı $41,1 \pm 5,1$ olup, %90'ından fazlasında sağlık okuryazarlığı yeterli/mükemmel düzeydedir (Tablo 3.2). Literatürde, genel toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinde kısıtlılıklarının yaygın görüldüğü yönünde kanıtlar mevcuttur. Avrupa toplumunun üçte birinden fazlası ve Türk toplumunun yaklaşık üçte biri yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir (The European Health Literacy Survey [HLS-EU Consortium], 2012; Tanrıöver, 2014). Cinsiyet farklılıklarına bağlı olarak ülkelerin yaşam beklentileri ve sağlık hizmetlerinin kullanımı neticesinde ortaya çıkan sağlık çıktılarının, sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi görülmekte ve sonuçların erkeklerin aleyhinde olduğu bilinmektedir (Baker, 2016; Toçi ve diğerleri, 2014; Liu, Li ve Chen, 2015). Amerikalı erkeklerde yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi %39 (Rubin, 2016), Koreli erkeklerde %42,4 (Kang ve Pank, 2020), Kosovalı erkeklerde %52,2 (Toçi ve diğerleri, 2014) ve Türk toplumundaki erkeklerde %25,7'dir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). Erkek cinsiyette düşük sağlık okuryazarlığına bağlı olarak daha sağlıksız seçimler, daha riskli davranışlar, daha kötü sağlık algısı, daha az hastalık yönetimi ve daha fazla hastaneye yatış durumlarının olduğu görülmektedir (Kickbusch ve ark., 2012). Sağlık okuryazarlığı araştırmalarının çoğu, genel toplumun ve hastaların sağlık okuryazarlığına odaklanmış ve günlük olarak hastalarla ilgilenen profesyonellerin sağlık okuryazarlığını inceleyen çalışmalar sınırlı düzeyde kalmıştır. Sağlık çalışanlarında yapılan çalışmalar incelendiğinde, yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinin %23-66 arasında değiştiği (Peyman ve Samiee-roudi, 2016; Bükecik ve Adana, 2021; Deniz ve ark., 2018; Martins ve diğerleri, 2019; Kheiri ve diğerleri, 2019; Khoshnudi ve diğerleri, 2019, Mahdifar, Tavakoly, Ghavami ve Vahedian- Shahroodi, 2021) görülmektedir. Sağlık profesyonelleri arasında sağlık okuryazarlığının daha yüksek olması ve bu durumun hastalarının sağlık okuryazarlığını geliştirmelerine olanak tanınması istenen bir durumdur. Bu çalışmada erkek sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyindeki yükseklik sevindiricidir (Tablo 3.2). Toplumlardaki farklı meslek grupları arasında da sağlık okuryazarlığı düzeyleri değişkenlik göstermekte (Matsumoto ve Nakayama, 2017; Kobayashi, Wardle ve Wolf, 2015) ve erkekler aleyhinde sonuçlanmaktadır (Mantwill, Monestel-Umaña ve Schulz, 2015; Sørensen ve ark., 2015). Topluluk ve işyeri ortamında gerçekleşen heteronormatif davranışların sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilediği görülmüş ve erkek egemen mesleklerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir (Milner ve diğerleri, 2019). Erkek egemen mesleklerdeki erkeklerin düşük sağlık okuryazarlığını etkileyecek faktörler arasında; cinsiyet yönleri ile ilgili durumların (örn; duygusal kontrol ve kendine güvenin önemi), çocukluk deneyimlerinin (Bröder ve diğerleri, 2017), istihdam geçmişinin, kültürel ortamın (Rowlands ve diğerleri, 2015) ve aldığı eğitimin etkisi olduğu görülmektedir (Milner ve diğerleri, 2020). Alınan eğitim ve mesleki statü arasındaki ilişkiye sağlık okuryazarlığı aracılık etmektedir

(Bükecik, 2021). Bu çalışmada da sigara içen sağlık çalışanları arasında mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinin hekim/diş hekimi grubunda daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 3.16). Mesleki statünün sağlık okuryazarlığı üzerindeki rolünün sigara kullanımından etkilenmediği söylenebilir. Sağlık okuryazarlığı sağlığın belirleyicilerinin (yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, gelir vb.) güçlü bir göstergesidir (Sorensen ve diğerleri, 2012; Yılmazel ve Çetinkaya, 2017; Bozkurt, 2019; Tanrıöver ve ark., 2014). Genel toplumda yapılan çalışmalar, yüksek eğitilmiş bireylerin daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduklarını göstermektedir (Sudhakar ve ark., 2020; Yang ve diğerleri, 2021; Bükecik ve Adana, 2021; Svendsen ve diğerleri, 2020; Clouston, Manganello ve Richards; 2017). Benzer şekilde sağlık çalışanlarında da yüksek eğitim seviyesinin, sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırdığı görülmüştür (Kosiyaporn ve ark., 2020). Nitekim bu çalışmada da yüksek eğitilmiş sigara içen bireyler arasında mükemmel sağlık okuryazarlığının daha yaygın olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.16). Bu durum, eğitimin sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkisinin sigara kullanımından bağımsız olduğunu akla getirmektedir. Literatürde sağlık okuryazarlığının; sigaraya başlamanın, içmeyi sürdürmenin ve sigarayı bırakmanın bir göstergesi olduğu kabul edilmekle birlikte, son yıllarda sigara içimi ile arasındaki ilişki de artan bir şekilde gösterilmektedir (Atri, Shirin, Barzanjeh ve diğerleri 2018 ; Stewart ve diğerleri, 2013). Yüksek sağlık okuryazarlığının sigara kullanımının önüne geçtiği (Taylor ve diğerleri, 2017; Fernandez ve diğerleri, 2016), düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip kişilerde ise sigara kullanımının yaygın olduğu görülmektedir (Sansom-Daly ve diğerleri, 2016). İrlanda'da yapılan bir çalışmada, sigara içicilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Gibney ve diğerleri, 2021). Amerika'da yapılan bir diğer çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeyinin sigara kullanımı ile ilişkili olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Hoover ve diğerleri, 2015). Atri ve ark. (2018)'nin İran'da yaptığı çalışmada, sigara içen bireylerde %20,9 oranında yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi tespit edilmiştir (Atri ve ark., 2018). Öte yandan, Hoover ve diğerleri (2018)'nin sigara içenlerle yaptığı çalışmada, katılımcıların yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmüştür (Hoover ve diğerleri, 2018). Literatürdeki çalışmaların aksine İngiltere'de 50 yaş ve üzeri kişilerle yapılan çalışmada, sağlık okuryazarlığı yüksek ve bilişsel yeteneklerini kullanabilen bireylerin yüksek sigara kullanım oranları olduğu belirlenmiştir (Fawns-Ritchie ve Star, 2018). Gana Cumhuriyeti'nde yapılan çalışmada ise sigara içme ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında negatif bir ilişki tespit edilmiştir (Amoah ve Phillips, 2020). Yapılan çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada, erkek sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyinin sigara içiminden etkilenmediği saptanmıştır (Tablo 3.2). Böyle bir sonuç, sigara içiminin sağlık yetkinliği üzerindeki etkisinin toplumlara ve üzerinde çalışma yapılan gruplara göre değişkenlik gösterdiğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada; erkek sağlık çalışanlarında sigara içme oranlarının yüksek olmasına rağmen, nikotin bağımlılığı düzeylerinin düşük olması dikkat çekici bir sonuçtur (Tablo 3.2 ve 3.10). Dünya genelinde; erkek sağlık çalışanlarında sigara içme oranı %31 (Nilan ve ark., 2019),

nikotin bağımlılığı oranı %48,4'tür (Pöld ve Pärna, 2020). Türkiye'de ise erkek sağlık çalışanlarının sigara içme oranı %18 (Çilekar ve Günay, 2020) ve nikotin bağımlılığı oranı %34,6'dır (Koç, Başer ve Döner, 2015). Nitekim Türkiye'de (Ališkin, 2015; Koç, Başer ve Döner 2015; Üzer, 2018) olduğu gibi Estonya, Suudi Arabistan, Sırbistan, İspanya ve Tunus'da yapılan çalışmalarda da sağlık çalışanlarında düşük nikotin bağımlılığı daha belirgindir (Pöld ve Pärna, 2020; Juárez-Jiménez ve diğerleri, 2015; Mahdi ve diğerleri, 2018; Kopitovic ve diğerleri, 2017; Aissa ve ark., 2018). Bu durum; sağlık çalışanları arasında nikotin bağımlılığının düşük olduğu ülkelerde, tütün salgınının önüne geçmek için MPOWER politikalarının tutarlı bir şekilde uygulandığının büyük bir göstergesidir. Sağlık çalışanlarında nikotin bağımlılığının düşük düzeyde olması her ne kadar sevindirici olsa da, halen sigara kullanımının devam ediyor olması toplumda rol model kimliğinin devamı ve toplumsal önderliğin sürdürülmesi açısından risk oluşturabilir. Nikotin bağımlılığı düzeyindeki yükseklik, olumsuz sağlık algısı ile ilişkilendirilmektedir (Davila ve ark., 2011). Benzer sonuç, bu çalışmada da bulunmuştur. Sağlık algısı iyileştikçe nikotin bağımlılığı düzeyinin azaldığı, sağlık algısının zayıflamasıyla yüksek düzeydeki nikotin bağımlılığı riskinin arttığı belirlenmiştir (Tablo 3.11 ve 3.21). Sağlık çalışanlarındaki sağlık algısının olumlu etkisi, engelleyici davranışların da ortaya çıkmasına neden olup düşük bağımlılık düzeyine katkı sağlamış olabilir. Bu durumun; sağlık çalışanlarında davranış değişikliğinin ve sigara bırakmanın gerçekleşmesi için umut verici olduğu söylenebilir. Nikotin bağımlılığı düzeyi üzerinde etkili bir diğer predispozan faktör, sigaraya başlama yaşıdır. Sigaraya başlama yaşı düştükçe, nikotin bağımlılığı düzeyi yükselmektedir (Ali ve ark., 2020; Lanza, Sarile ve Vasilenko, 2015; Coban ve ark., 2019). Doğu Avrupa ve Kafkas ülkelerinde sigara bağımlılığı ve ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmada, yüksek nikotin bağımlılığı ile erken yaşta sigaraya başlama arasında ilişki olduğu raporlanmıştır (Roberts ve diğerleri, 2012). Bu çalışmada, sigaraya ilk başlama yaşı 18,8 yıldır ve literatür ile paralel olarak sigaraya başlama yaşının düşmesi ile nikotin bağımlılığı düzeyinin yükseldiği görülmektedir (Tablo 3.3 ve 3.20). Bu çalışmada, erkek sağlık çalışanlarının sigara içmeye yönelmelerinin ilk üç nedeni arasında öfke, stres ve gerginlik yer almaktadır (Tablo 3.4.). Nikotin bağımlılık düzeyleri açısından incelendiğinde; yalnızlığın, stresin ve öfkenin düşük nikotin bağımlılığında ön plana çıktığı görülmektedir (Tablo 3.12). Sigara içme davranışını ve beraberinde getirdiği nikotin bağımlılığını ruhsal belirteçlerle ilişkilendiren ve nikotinin nörobiyolojik aktivitesinin duygu-durum değişiklikleri üzerindeki etkisini gösteren kanıtlar mevcuttur (Rico-Urbe ve diğerleri, 2016; Richard ve diğerleri, 2017; Mathews ve ark., 2019; Vispo ve ark., 2019; Al'absi ve ark., 2015; Gücük, Erim ve Kayhan, 2021). Sağlık çalışanları, yapılan işin niteliğinin ve yükünün ortaya çıkardığı ruhsal belirtilerin ve duygu durum değişikliklerinin görülme sıklığı açısından risk altındadırlar (Portoghese ve diğerleri, 2014; Çilekar ve Günay, 2020). Bu duruma ek olarak, mesleki faktörlere bağlı stresörlerin sağlık çalışanlarının sigara içmelerine katkı sağladığı ortaya konulmuştur (Ficarra ve diğerleri, 2010; McKenna ve diğerleri, 2003; Mostafa ve Momen, 2017; Pold ve Parna, 2020). Tüm bu sonuçlar; sigara içme oranlarının yüksek olduğu erkek sağlık çalışanlarında, sigara ile mücadelede ruhsal ve duygu durum

değişikliklerinin göz ardı edilmemesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Birçok çalışma öz-yeterliliğin, sigara bırakma girişiminde bulunan bireylerin bilişsel davranış değişikliğinde önemli bir aracı olduğunu göstermiştir (Shadel ve diğerleri, 2017; Warner ve diğerleri, 2018; Pardavila-Belio ve diğerleri, 2019; Clyde ve ark., 2019). Bireylerin sigara bırakma davranışını gerçekleştirebileceğine ve olumlu sonuç alacağına olan inancı motivasyonlarını artırmakta, daha kolay eyleme geçmelerine neden olmaktadır (Li ve ark., 2015). Endonezya’da yapılan bir çalışmada, sigara kullanıcılarındaki düşük sigara bırakma öz-yeterliliğinin, sigara kullanmaya devam etmelerinde pekiştirici faktör olduğunu ortaya çıkarmıştır (Afriani, 2021). Avrupa’da sekiz ülkenin katılımıyla yapılan çalışmada da sigara kullanıcılarının sigara bırakma öz-yeterliliklerinin düşük olduğu raporlanmıştır (Herbec ve diğerleri, 2018). Buna paralel olarak başka bir çalışmada, yüksek nikotin bağımlılığı olan kişilerin daha az sigara bırakma öz-yeterliliklerinin olduğu tespit edilmiştir (Poggiolini, 2019). Bu çalışmada; erkek sağlık çalışanlarının sigara bırakma öz-yeterliliğinin %52 seviyelerinde olduğu, fakat iki ay içerisinde sigarayı bırakabilme öz-yeterliliğinin daha az olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.7). Buna paralel olarak sigarayı istediğinde bırakamayacağını belirten erkek sağlık çalışanlarının %39,5’inin yüksek düzeyde nikotin bağımlısı olduğu saptanmıştır (Tablo 3.14). Erkek sağlık çalışanlarında, düşük sigara bırakma öz-yeterliliğinin yüksek nikotin bağımlılığı ile ilişkili olduğu görülmektedir. Sigara bırakma öz-yeterliliği sağlık okuryazarlığı becerileri yelpazesinde (Tablo 3.18) göz önüne alındığında sağlık çalışanlarında sigara bırakma öz-yeterliliğinin ölçülmesi ve bu doğrultuda sigara bırakma motivasyon eğitimlerinin düzenlenmesi beklenen davranış değişikliğinin oluşmasında kolaylaştırıcı unsurlar olabilir. Literatür incelendiğinde; bireylerin tütün politikalarına yönelik tutumlarının, sigara içme davranışlarını şekillendirdiği gösterilmektedir (Ravara ve ark, Diane ve diğerleri, 2019; Lilic, Stretton ve Prakash, 2018). Genç yetişkinlerin düz paketlere oranla normal sigara paketlerinden daha çok hoşlandıkları ve bu durumun sigara kullanımını attırıcı bir faktör olduğu belirtilmektedir (Diane ve diğerleri, 2019). Düz paket uygulamasının, bireyleri sigarayı bırakmaya güdülediği hem sigara içmeye hem de sigaraya başlamaya yönelik olumsuz tutumları artırdığı belirlenmiştir (Lilic, Stretton ve Prakash, 2018). Bu durumun tersine; Türkiye’de yapılan bir çalışmada, tütün politikalarının sigara kullananlar üzerinde caydırıcı etkisinin olmadığı saptanmıştır (Arğın, 2020). Bununla birlikte sağlık çalışanlarının tütün politikalarına daha az uyum göstermek istedikleri raporlanmıştır (Ravara ve ark., 2011). Bu çalışmada, erkek sağlık çalışanlarının tütün politikalarını caydırıcı bulmadıkları açıkça görülmektedir (Tablo 3.9). Kamusal alan yasaklarını ve düz paket uygulamasını caydırıcı bulanlarda ise nikotin bağımlılığı düzeyinin anlamlı bir şekilde düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 3.15). Yüksek nikotin bağımlılığı açısından riskli grup ise düz paket uygulamasını caydırıcı bulmayanlardır (Tablo 3.21). Böyle bir sonuç erkek sağlık çalışanlarının tütün politikalarına yönelik bakış açılarını değiştirmeye yönelik daha fazla halk sağlığı çabalarına ihtiyaç duyulduğunu düşündürmektedir. Sigara içen bireylerin çoğu sigaranın sağlığa olan zararlarını ve uzun vadeli risklerini bilmesine rağmen sigara kullanmaya devam etmektedirler (Krosnick ve diğerleri, 2017; Shkolnikov ve diğerleri, 2020). Sigara içenlerin

sigara ile ilgili sađlık risklerini bildikleri ve kabul ettikleri takdirde sigara bırakma olasılıklarının daha yüksek olduđu bilinmektedir (Niu, Eng ve Qiu, 2015). Amerika'da yapılan bir çalıřmada sigara kullanan kiřilerin dűřuk sađlık riski algısına sahip olduđu belirlenmiřtir (Campbell, 2019). Rosen ve ark. (2019)'nın yaptıđı çalıřmada sigara içicilerinin dűřuk düzeyde risk algısına ve sigara ile ilgili dűřuk düzeyde bilgi düzeyine sahip olduđu gűrűlműřtűr (Rosen ve diđerleri, 2019). Bireylerdeki risk algısının belirlenmesi sigara ieme davranıřlarını azaltılması yűnűnde űnemli bir adımdır (Kaufman, Persoskie, Twesten ve Bromberg, 2018). Sađlık okuryazarlıđı, sigara içenlerin farklı risk mesajlarına nasıl tepki verdiđini belirlemede űnemli bir rol oynar. Bireylerdeki dűřuk sađlık okuryazarlıđının, sigaranın risklerine karřı bilgileri anlama düzeyini etkilediđi belirtilmiřtir (Hoover ve diđerleri, 2018). Bu çalıřmada, erkek sađlık çalıřmalarının sigaranın sađlıđa iliřkin zararları bilmelerine rađmen sigara içmeye devam ettikleri ve sigarayı bırakmaya yűnelik risk algılarının dűřuk olduđu ve beklentilerin altında kaldıđı saptanmıřtır (Tablo 3.5, 3.6 ve 3.8). Bununla birlikte diđer sigara içenlerle karřılařtırıldıđında sigarayı bıraktıđında sađlık sorunu ihtimalini dűřuk bulanlarda sađlık okuryazarlıđı daha sorunludur (Tablo 3.17). Bu çalıřmayı destek nitelikte yapılan bir çalıřmada, sađlık okuryazarlıđı yetersiz bireylerin sigarayı bıraktıncaya sađlık sorunu yařama ihtimalini dűřuk bulduđu belirlenmiřtir (Stewart ve diđerleri, 2013). Erkek sađlık alıřanlarında sigara içmenin ve sigarayı bırakmanın risklerine yűnelik dűřuk farkındalıđın sađlık okuryazarlıđı düzeylerini etkilediđi gűrűlmektedir. űz-yeterlilik algısı yüksek bireylerin sađlıklı yařama biçimi davranıřlarını daha fazla sergilediđi (űztűrk, Kırac ve Kavuncu, 2018) ve űz-yeterliliđin sigara bırakmada etkili bir faktűr olduđu bilinmektedir (Shadel ve diđerleri, 2017). űz-yeterlilik inançları yüksek olan bireylerin sigara ieme davranıřını sűrdűrmede daha az istekli oldukları vurgulanmaktadır (Hughes ve Naud, 2016). Yapılan metaanaliz bir çalıřmada, sigara içmekten kaçınan bireylerin sigara içmeye devam eden bireylere gűre daha yüksek sigara bırakma űz-yeterliliđi gűsterdiđi belirlenmiřtir (Gwaltney ve diđerleri, 2009). Buna karřın bařka bir çalıřmada, sigara içenlerin sahip olduđu űz-yeterliliđin sigara bırakma giriřimini yordamadıđı raporlanmıřtır (Hughes ve Naud, 2016). Bu çalıřmada, erkek sađlık çalıřanlarının yaklařık %50'sinde sigarayı istediđinde bırakabilmeye ve sigarayı iki ay içerisinde bırakabilmeye yűnelik űz-yeterlilik algısının olduđu (Tablo 3.7) ve yeterli sađlık okuryazarlıđının son iki ayda bırakabileceđini belirtenler arasında anlamlı űlűde yüksek olduđu saptanmıřtır (Tablo 3.18). Sigara bırakma űz-yeterliliđinin sađlık okuryazarlıđı düzeylerinden etkilendiđi açıkça gűrűlmektedir. Erkek sađlık çalıřanlarının sigarayı bırakma űz-yeterlilikleri yüksek sađlık okuryazarlıđı becerileri ile űrtűşmemektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Erkek sağlık çalışanlarında sigara içme davranışı, sigarayı bırakmanın belirleyicileri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şu şekilde sıralanabilir:

- Araştırma grubunun genel indeks puan ortalaması $41,1 \pm 5,1$ olup %92'sinde sağlık okuryazarlığı yeterli/mükemmel düzeydedir. Sigara içenlerde bu oran %90,5 iken sigara içmeyenlerde %94'dür.
- Katılımcıların %55'inde nikotin bağımlılığı düşük düzeydedir ve sağlık algıları iyileştikçe nikotin bağımlılığı düzeyleri düşmektedir. Nikotin bağımlılığı riski sağlık algısı orta düzeyde olanlarda 2,3 kat daha yüksektir.
- Katılımcılarda sigaraya ilk başlama yaşı 18'dir ve nikotin bağımlılığı düzeyleri sigaraya ilk başlama yaşı ile ilişkilidir.
- Yalnızlık, stres ve öfke nedeni ile sigara içenlerde nikotin bağımlılık düzeyleri daha düşüktür.
- Katılımcıların %68,5'i sigarayı bırakmayı düşünmesine ve %75,5'i sigarayı bırakmayı denemiş olmasına rağmen yaklaşık yarısı sigara bırakma öz-yeterliliğine sahiptir.
- Katılımcıların tütün politikalarına yönelik tutumları düşük olmasına rağmen nikotin bağımlılık düzeyleri düz paket uygulaması ve kapalı alan yasaklarına yönelik tutumlardan etkilenmiştir. Nikotin bağımlılığı riski düz paket uygulamasını caydırıcı bulmayanlarda 0,5 kat yüksektir.
- Sigara içen katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi eğitim ve ünvanlarından etkilenmiştir.
- Katılımcılarda sigarayı içme ve bırakmaya yönelik risk algısı düşük olmasına rağmen bu katılımcılarda sağlık okuryazarlığı daha yeterli düzeydedir.
- Sigarayı iki ayda bırakabilme öz-yeterliliğine sahip katılımcıların sağlık okuryazarlığı daha yüksek düzeydedir.

Bu araştırmada sigara içen erkek sağlık çalışanlarının yüksek sağlık okuryazarlığı becerileri ve düşük nikotin bağımlılık düzeyleri, sigara içme/ bırakmaya yönelik risk algıları ile sigarayı bırakma öz-yeterlilikleri ile örtüşmemektedir. Sigaraya erken yaşta başlayanlar, düşük sağlık algısına sahip olanlar ile düz paket uygulamasını caydırıcı bulmayanlar nikotin bağımlılığı açısından riskli gruplardır. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

- Topluma rol model görevini üstlenmiş sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerinde tütün ve tütün ürünlerine yönelik farkındalığın artırılması
- Erkek sağlık çalışanlarında sigara bırakma davranışı ve sigara bırakmanın belirleyicilerine yönelik faktörler ile nikotin bağımlılık düzeylerinin belirlenmesine yönelik çalışmaların sürdürülmesi

- Sigara bırakma niyetinde olan erkek sağlık çalışanlarının öz-yeterliliğini destekleyici motivasyonel grüşmelerin sahada planlanması ve sürdürülmesi nerilebilir.



KAYNAKÇA

- Abed, M. A., Eshah, N. F., Moser, D. K. (2018). Risk profile of myocardial infarction in young versus older adults. *Heart & Lung*, 47(3), 226-230.
- Afriani, M., & Syukrillah, M. (2021). Self Efficacy and Barriers to Smoking Cessation in Men and Women in Medan. Case Study in the Lower Class Economic Community. *International Journal of Cultural and Social Science*, 2(2), 82-90.
- Aissa, S. K., Ghali, H., Rejeb, M. B., Fredj, S. B., Ouanes, R. B., Dhidah, L., & Latiri, H. S. (2018). Attitudes et comportements tabagiques du personnel de l'hôpital Sahloul (Sousse, Tunisie). *Revue des Maladies Respiratoires*, 35(3), 256-263.
- Al'Absi M, Nakajima M, Allen S, Lemieux A, Hatsukami D. (2015). Sex differences in hormonal responses to stress and smoking relapse. A prospective examination. *Nicotine Tob Res.*; 17:382-389. [PubMed. 25762747].
- Aliskin, O., Savas, N., Inandi, T., Peker, E., Erdem, M., & Yeniceri, A. (2015). Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi sağlık personelinin sigara içme ve bağımlılık durumu. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 6(24), 32-42.
- Al-Zalabani, A. H. (2020). Cancer incidence attributable to tobacco smoking in GCC countries in 2018. *Tobacco induced diseases*, 18.
- American Cancer Society. (2020a). Key Statistics for Lung Cancer. Erişim Tarihi: 08 Şubat 2021. <https://www.cancer.org/cancer/lung-cancer/about/key-statistics.html>.
- American Cancer Society. (2020b). Can Lung Cancer Be Prevented?. Erişim Tarihi: 10.02.2021. <https://www.cancer.org/cancer/lung-cancer/causes-risks-prevention/prevention.html>.
- American Medical Association. (2000). International Classification of Diseases 10th Revision. *US Public Health Service*, 283, 3244-3254.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci baskı (DSM-V), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev, yay. Yön. Köroğlu E, *Hekimler Yayınbirliği*, Ankara.
- Amoah PA, Phillips DR. (2020). Socio-demographic and behavioral correlates of health literacy. a gender perspective in Ghana. *Women Health*. 60(2).123-139. doi. 10.1080/03630242.2019.1613471.
- Arğın, E. (2020). Yasal Düzenlemelerin ve Kamu Spotlarının Sigara Bağımlıları Üzerindeki Etkisi. *Itobiad. Journal of the Human & Social Science Researches*, 9(2).
- Aslan D, Bilir N, Özcebe H. (2008). Türkiye'de Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumları ve Etkileyen Faktörler Sağlık Bakanlığı Araştırma Raporu, 11-47, Ankara.
- Astım Tanı ve Tedavi Rehberi. (2020). Astım Tanı ve Tedavi Rehberi 2020 Güncellemesi. Erişim Tarihi. 14 Haziran 2021. <https://toraks.org.tr/site/community/news/10122>
- Atri, S. B., Sahebiagh, M. H., Jafarabadi, M. A., Behshid, M., Ghasempour, M., & Abri, F. (2018). The relationship between health literacy and stages of change in smoking behavior among employees of educational health centers of Tabriz University of Medical Sciences. *International journal of preventive medicine*.
- Bailie, L., Loughrey, M. B., & Coleman, H. G. (2017). Lifestyle risk factors for serrated colorectal polyps. a systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*, 152(1), 92-104.
- Bandura A. (1977). Self-efficacy. toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2),191-215.
- Banks, E., Joshy, G., Korda, R. J., Stavreski, B., Soga, K., Egger, S., Lopez, A. D. (2019). Tobacco smoking and risk of 36 cardiovascular disease subtypes. fatal and non-fatal outcomes in a large prospective Australian study. *BMC medicine*, 17(1), 128.

- Barnes PJ. (2016). Inflammatory mechanisms in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Allergy Clin Immunol*.138.16-27.
- Baskaran, V., Murray, R. L., Hunter, A., Lim, W. S., McKeever, T. M. (2019). Effect of tobacco smoking on the risk of developing community acquired pneumonia. A systematic review and meta-analysis. *PLoS one*, 14(7), e0220204.
- Benton JZ, Lodh A, Watson AM, Tinggen MS, Terris MK, Wallis CJD, Klaassen Z. (2020). The association between physician trust and smoking cessation. Implications for motivational interviewing. *Prev Med*, 135.
- Bilgin, G., Sarıyıldız, S., Seven, A., Aydın, N., Vural, A. (2012). Frequency of Cigarette Smoking and Factors That Affect Smoking Among Personnel Employed in a Training Hospital. *Turkish Thoracic Journal*, 13(2).
- Bilir N, Çakır B, Daglı E, Ergüder T, Önder Z. (2009a). Tobacco Control in Turkey, World Health Organization, Copenhagen.
- Bilir N. (2009b). Tütün kontrolünde sağlık çalışanlarının sorumluluğu ve eczacıların rolü. Erişim Tarihi: 8 Şubat 2021. <http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/eczaciodasiyayinlari/havanhaz09/14.pdf>.
- Bilir, N. (2009c). Türkiye tütün kontrolünde dünyanın neresinde?. *Türk Toraks Dergisi/Turkish Thoracic Journal*, 10(1).
- Blanco, I., Diego, I., Bueno, P., Casas-Maldonado, F., Miravittles, M. (2019). Geographic distribution of COPD prevalence in the world displayed by Geographic Information System maps. *European Respiratory Journal*. 54(1), 1900610.
- Bozkurt, Hayri; Demirci, Hakan. (2019). Health literacy among older persons in Turkey. *The Aging Male*, 22.4. 272-277.
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., Saboga-Nunes, L., Bond, E., Sørensen, K., Bitzer, E. M., Jordan, S., Domanska, O., Firnges, C., Carvalho, G. S., Bittlingmayer, U. H., Levin-Zamir, D., Pelikan, J., Sahrai, D., Lenz, A., . . . Pinheiro, P. (2017). Health literacy in childhood and youth. A systematic review of definitions and models. *BMC Public Health*, 17(361), 1–25. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4267>.
- Bükeçkç, Necati. (2021). Hastane Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri Ve İlişkili Faktörler. Konya İli Örneği. *Caucasian Journal of Science*, 8(1),1-13.
- Campbell, B. K., Le, T., Gubner, N. R., & Gudysh, J. (2019). Health risk perceptions and reasons for use of tobacco products among clients in addictions treatment. *Addictive behaviors*, 91, 149-155.
- Centers For Disease Control and Prevention. (2014). [The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/). Erişim Tarihi: 8 Şubat 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>.
- Centers For Disease Control and Prevention. (2019). Current Cigarette Smoking Among Adults in the United States. Erişim Tarihi: 8 Şubat 2021. [cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/adult_data/cig_smoking/index.htm](https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/adult_data/cig_smoking/index.htm).
- Chen, S. Y., Massa, S., Mazul, A. L., Kallogjeri, D., Yaeger, L., Jackson, R. S., Pipkorn, P. (2020). The association of smoking and outcomes in HPV-positive oropharyngeal cancer. A systematic review. *American Journal of Otolaryngology*. doi. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2020.102592>.
- Cho, Y. J., Thrasher, J. F., Swayampakala, K., Lipkus, I., Hammond, D., Cummings, K. M., Hardin, J. W. (2018). Does adding information on toxic constituents to cigarette pack warnings increase smokers' perceptions about the health risks of smoking? A longitudinal study in Australia, Canada, Mexico, and the United States. *Health Education & Behavior*, 45(1), 32-42.

- Chun S, Park JW, Heflick N, Lee SM, Kim D, Kwon K. (2018). The Moderating Effects of Self-Esteem and Self-Efficacy on Responses to Graphic Health Warnings on Cigarette Packages. A Comparison of Smokers and Nonsmokers. *Health Commun*, 33(8).1013-1019.
- Chung, Y.-H.; Chang, H.-H.; Lu, C.-W.; Huang, K.-C.; Guo, F.-R. (2018). Addition of one session with a specialist counselor did not increase efficacy of a family physician-led smoking cessation program. *J. Int. Med. Res.* 46, 3809–3818.
- Chunxia, D., Meifang, W., Jianhua, Z., Ruijuan, Z., Xiue, L., Zhuanzhen, Z., Linhua, Y. (2019). Tobacco smoke exposure and the risk of childhood acute lymphoblastic leukemia and acute myeloid leukemia. A meta-analysis. *Medicine*, 98(28).
- Clouston, S. A., Manganello, J. A., & Richards, M. (2017). A life course approach to health literacy. the role of gender, educational attainment and lifetime cognitive capability. *Age and ageing*, 46(3), 493-499.
- Clyde, M., Pipe, A., Reid, R., Els, C., & Tulloch, H. (2019). A bidirectional path analysis model of smoking cessation self-efficacy and concurrent smoking status. impact on abstinence outcomes. *Addiction biology*, 24(5), 1034-1043.
- Coban, F. R., Kunst, A. E., Van Stralen, M. M., Richter, M., Rathmann, K., Perelman, J., ... & Kuipers, M. A. G. (2019). Nicotine dependence among adolescents in the European Union. How many and who are affected?. *Journal of Public Health*, 41(3), 447-455.
- Cumberbatch, M. G., Rota, M., Catto, J. W., La Vecchia, C. (2016). The role of tobacco smoke in bladder and kidney carcinogenesis. a comparison of exposures and meta-analysis of incidence and mortality risks. *European urology*, 70(3), 458-466.
- Çelebi C, Calik-Kutukcu E, Saglam M, Bozdemir-Ozel C, Inal-Ince D, Vardar-Yagli N. (2021). Health-Promoting Behaviors, Health Literacy, and Levels of Knowledge about Smoking-Related Diseases among Smokers and Non-smokers. A Cross-Sectional Study. *Tuberc Respir Dis (Seoul)*. 84(2).140-147. doi. 10.4046/trd.2020.0158.
- Çilekar, Ş., Günay, E. (2020). Hastanemizde Sağlık Çalışanlarının Tütün Ürünlerini Kullanma Durumu. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 21(4), 295-300. Doi. <https://doi.org/10.18229/kocatepetip.596666>.
- Dalar L., Süerdem M., Öztürk C., Saygı A. (2015). Göğüs Hastalıkları. İstanbul, *İstanbul Tıp Kitapevi*. 193.
- Davila, E. P., Zhao, W., Byrne, M., Hooper, M. W., Messiah, A., Caban-Martinez, A., ... & Lee, D. J. (2011). Health-related quality of life and nicotine dependence. *American journal of health behavior*. 35(3), 280-289.
- Deniz, S., Öztaş, D. Akbaba, M. (2018). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8 (2), 214-22. doi. 10.31832/smj.402835
- Di Credico, G., Edefonti, V., Polesel, J., Pauli, F., Torelli, N., Serraino, D., Brennan, P. (2019). Joint effects of intensity and duration of cigarette smoking on the risk of head and neck cancer. A bivariate spline model approach. *Oral oncology*, 94, 47-57.
- Diana Stewart Hoover, PhD, David W Wetter, PhD, Damon J Vidrine, DrPH, Nga Nguyen, MS, Summer G Frank, PhD, MPH, Yisheng Li, PhD, Andrew J Waters, PhD, Cathy D Meade, PhD, RN, FAAN, Jennifer I Vidrine, PhD. 2018. Enhancing Smoking Risk Communications. The Influence of Health Literacy and Message Content, *Annals of Behavioral Medicine*, 52, Issue 3, Pages 204–215,
- Diane, B. Francis, N.M, Cornacchione, J.R. ve Seth, M. N. (2019), Impact of Tobacco-Pack Pictorial Warnings on Youth and Young Adults. A Systematic Review of Experimental Studies, University Published by European Publishing On Behalf Of The International Society For The Prevention Of Tobacco Induced Diseases, *Tob. Induc. Dis.*17.41.

- Dirican, N., Çeldir Emre, J., Mutlu, P., Deniz, S., Aksoy, Ü. (2019). Hastane Personelinde Meslek Gruplarına Göre Sigara İçme Durumu ve Sigara Bırakma Danışma Hizmetleri İle İlgili Bilgi Düzeyleri. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/troiamedj/issue/43954/467444>.
- Duke JC, Davis KC, Alexander RL, MacMonegle AJ, Frazee JL, Rodes RM, et al. (2015). Impact of a US antismoking national media campaign on beliefs, cognitions and quit intentions. *Health Educ Res.*30(3).466-83
- Durusu Tanrıöver, M., Yıldırım, H. H., Demiray Ready, F. N., Çakır, B., Akalın, H. E. (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. 1. Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
- Eisel, M., Stroebel, S., Pongratz, T., Strittmatter, F., Sroka, R. (2018). Maternal Smoking during Pregnancy and Early Childhood and Development of Asthma and Rhinoconjunctivitis-a MeDALL Project. *Biomedical Optics Express*, (11), 5115-5128.
- Esen, İ., Demirci, H., Güçlü, M., Esen, S. A., Şimşek, E. E. (2018). The Relationship Between Health Literacy, Diabetic Control and Disease-Specific Complications in Patients with Type 1 Diabetes Mellitus. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia.*, 29(3).
- Evans AT, Peters E, Shoben AB, Meilleur LR, Klein EG, Tompkins MK, Tusler M. 2018. Cigarette graphic warning labels increase both risk perceptions and smoking myth endorsement. *Psychol Health.* 33(2).213-234. doi. 10.1080/08870446.2017.1310864.
- Fagerstrom KO, Shneider NG. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav*; 3(3-4). 235-241.
- Fakir SE, Serhier Z, Berraho M, Elrhazi K, Tachfouti N, Slama K, et al. (2011). Knowledge and perceptions of smoking according to income level in Morocco. *Am J Health Promot.* 25(6).387-91.
- Fawns-Ritchie, C., Starr, J. M., Deary, I. J. (2018). Health literacy, cognitive ability and smoking. a cross-sectional analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. *BMJ open*, 8(10), e023929.
- Fernandez, D. M., Larson, J. L., Zikmund-Fisher, B. J. (2016). Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults. findings from the health and retirement study. *BMC public health*, 16(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3267-7>.
- Ferrer, R. A., & Klein, W. M. (2015). Risk perceptions and health behavior. *Current opinion in psychology*, 5, 85-89.
- Ficarra MG, Gualano MR, Capizzi S, Siliquini R, Liguori G, Manzoli L, ve ark. (2010). Tobacco use prevalence, knowledge and attitudes among Italian hospital healthcare professionals. *European Journal of Public Health.* 21(1).29-34.
- Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. (2009). Public health literacy defined. *Am J Prev Med.* 36(5).446-51.
- Fu, H., Feng, D., Tang, S., He, Z., Xiang, Y., Wu, T., Feng, Z. (2017). Prevalence of tobacco smoking and determinants of success in quitting smoking among patients with chronic diseases. a cross-sectional study in rural western China. *International journal of environmental research and public health*, 14(2), 167. <https://doi.org/10.3390/ijerph14020167>.
- Fujita T, Babazono A, Harano Y, Jiang P. (2020). Influence of Occupational Background on Smoking Prevalence as a Health Inequality Among Employees of Medium- and Small-Sized Companies in Japan. *Popul Health Manag.* (2).183-193. doi. 10.1089/pop.2019.0021.
- Gibney, S., Bruton, L., Ryan, C., Doyle, G., & Rowlands, G. (2020). Increasing Health Literacy May Reduce Health Inequalities. Evidence from a National Population Survey in Ireland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5891. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17165891>

Gil-Salmeron A, Smith L, Yang L, Rieder A, Grabovac I. (2021). Differences in health status, health behaviour and healthcare utilisation between Immigrant and native homeless people in Spain. An exploratory study. *Health Soc Care Community*. 29(3).856-866. doi. 10.1111/hsc.13313.

Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease. (2019). Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease Report. Erişim Tarihi. 8 Şubat 2021. https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-POCKET-GUIDE-FINAL_WMS.pdf.

Gücük, S., Erim, B. R., & Kayhan, M. (2021). A pre-evaluation of psychological factors may positively affect the outcomes of smoking cessation treatments. A comparison in terms of smoking behavior. *Tobacco prevention & cessation*, 7.

Gwaltney, C. J., Metrik, J., Kahler, C. W., & Shiffman, S. (2009). Self-efficacy and smoking cessation. a meta-analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(1), 56.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER). (2012). Sağlık Bakanlığı Çalışanları Tütün Kullanımı Araştırması 2012 Raporu. Erişim Tarihi. 8 Şubat 2021. http://www.ssuk.org.tr/savefiles/basin_bulteni_10_09_2012.pdf.

Hardardottir A, Al-Hamdani M, Klein R, Hurst A, Stewart SH. (2020). The Effect of Cigarette Packaging and Illness Sensitivity on Attention to Graphic Health Warnings. A Controlled Study. *Nicotine Tob Res*, 8;22(10).1788-1794.

Heatherton TF, Kozlowski, Frecker RC. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire.; *Br J Addict* 86(9). 1119-1127.

Herbec, A., Zatoński, M., Zatoński, W. A., Janik-Konieczny, K., Mons, U., Fong, G. T., ... & Przewoźniak, K. (2018). Dependence, plans to quit, quitting self-efficacy and past cessation behaviours among menthol and other flavoured cigarette users in Europe. the EUREST-PLUS ITC Europe surveys. *Tobacco Induced Diseases*, 16.

HLS-EU Consortium. (2012). Comparative Report Of Health Literacy In Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU.

Hoover, D. S., Vidrine, J. I., Shete, S., Spears, C. A., Cano, M. A., Correa-Fernández, V., McNeill, L. H. (2015). Health literacy, smoking, and health indicators in African American adults. *Journal of health communication*, 20, 24-33.

Hoover, D. S., Wetter, D. W., Vidrine, D. J., Nguyen, N., Frank, S. G., Li, Y., Vidrine, J. I. (2018). Enhancing smoking risk communications. the influence of health literacy and message content. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(3), 204-215.

Hughes JR, Naud S. (2016). Perceived role of motivation and self-efficacy in smoking cessation. A secondary data analysis. *Addict Behav*, 61.58-61.

İpek Ö., İpek E. (2020). Türkiyede sigara yasaklarının sigara kullanımı üzerinde etkisi. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,20. 179-190

Jahangard L, Behmanesh H, Ahmadpanah M, Poormoosavi SM, Solitani A, Highighi M. (2019). Risky Behaviors and Health-Promoting Behaviors in Young Adults. An Epidemiological Study. *Iran J Psychiatry*, 14(4).302-308.

Jayakrishnan, R., Mathew, A., Lekshmi, K., Sebastian, P., Finne, P., & Uutela, A. (2012). Assessment of nicotine dependence among smokers in a selected rural population in Kerala, India. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(6), 2663-2667.

Juárez-Jiménez, M.V.; Valverde-Bolívar, F.J.; Pérez-Milena, A.; Moreno-Corredor, A. (2015). Características del consumo de tabaco, dependencia y motivación para el cambio de los especialistas internos residentes de Andalucía (España). *Semer. Med. Fam.* 41, 296-304. [CrossRef]

- Jung H, Koh DH, Choi S, Park JH, Kim HC, Lee SG, Park D. (2019). Estimates of the Prevalence, Intensity and the Number of Workers Exposed to Cigarette Smoking across Occupations and Industries in Korea. *J Korean Med Sci.* 34(31).e213. doi. 10.3346/jkms.2019.34.e213.
- Kang, S. J., & Park, C. (2020). The effects of the level of health literacy and self-care activities on quality of life of patients with diabetes in Korea. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 31(2), 189-198.
- Kanık, M. K., Tözün, M. (2020). İzmir'de Sigarayı Bırakma Polikliniklerine Başvuranların Sigara ve Diğer Tütün Ürünleri Kullanım Özellikleri Ve Nikotin Bağımlılık Durumları. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5(1), 84-95.
- Kaufman AR, Persoskie A, Twesten J, Bromberg J. (2018). A review of risk perception measurement in tobacco control research. *Tob Control*. doi.10.1136/tobaccocontrol-2017-054005
- Kheiri, M., Taghdisi, M. H., Dehdari, T., Rnajbar, S., Mahdavi, N., Nazarpouri, A., & Mousavi, S. (2019). The relationship between quality of life and health literacy among nurses of the largest heart center in the North West of Iran. *Journal of Health Literacy*, 4(3), 38-45.
- Khoshnudi, M., Safari, A., Vahedian-Shahroodi, M., Sadeghnejhad, H., & Nejati Parvaz, N. (2019). The Relationship between Health Literacy and Quality of Life in Nurses of hospitals of Kashmar in 2018. *Journal of Health Literacy*, 4(1), 9-17.
- Kickbusch, Ilona, Pelikan, Jürgen M., Apfel, Franklin & Tsouros, Agis. (2013). Health Literacy. WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/128703>
- Kobayashi, L.C., Wardle, J., & Wolf, M.S. (2015). Cognitive function and health literacy decline in a cohort of aging English adults. *J Gen Intern Med.*, 30(7), 958-964. doi. 10.1007/s11606-015-3206-9
- Koç EM, Başer DA, Döner P et al. (2015). Hastane çalışanlarının sigara içme düzeylerinin belirlenmesi ve dumanlı hava sahası uygulamasının değerlendirilmesi. *J Clin Exp Invest.* 6 (1). 33-39.
- Kopitovic, I., Bokan, A., Andrijevic, I., Ilic, M., Marinkovic, S., Milicic, D., & Vukoja, M. (2017). Frequency of COPD in health care workers who smoke. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 43, 351-356.
- Kosiyaporn, H., Julchoo, S., Sinam, P., Phaiyaron, M., Kunpeuk, W., Pudpong, N., & Suphanchaimat, R. (2020). Health Literacy and Its Related Determinants in Migrant Health Workers and Migrant Health Volunteers. A Case Study of Thailand, 2019. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2105. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17062105>
- Krosnick JA, Malhotra N, Mo CH, Bruera EF, Chang L, Pasek J, et al. (2017) Perceptions of health risks of cigarette smoking. A new measure reveals widespread misunderstanding. *PLoS ONE*, 12(8).
- Kutlu, R., Marakoğlu, K., Demirbaş, N., Yeşildağ, K., & Çavdarci, F. (2021). Use of tobacco and tobacco products by public employees in Konya Province and the support status of the tobacco control law. *Addicta. The Turkish Journal on Addictions*, 8(1), 1-7.
- Lanza, S. T., & Vasilenko, S. A. (2015). New methods shed light on age of onset as a risk factor for nicotine dependence. *Addictive behaviors*, 50, 161-164. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.06.024>
- Lazard, A. J., Schmidt, A., Vu, H., Byron, M. J., Peters, E., Boynton, M. H., Brewer, N. T. (2017). Icons for health effects of cigarette smoke. a test of semiotic type. *Journal of behavioral medicine*, 40(4), 641-650.
- Lee J, Taneja V, Vassallo R. (2012). Cigarette smoking and inflammation. cellular and molecular mechanisms. *J Dent Res.* 142-9. doi. 10.1177/0022034511421200.
- Lee, P. N., Forey, B. A., Thornton, A. J., & Coombs, K. J. (2018). The relationship of cigarette smoking in Japan to lung cancer, COPD, ischemic heart disease and stroke. A systematic review. *F1000Research*, 7.
- Lewis KE, Shin D, Davies G. (2011). Smoking Habits and Attitudes Toward Tobacco Bans Among United Kingdom Hospital Staff and Students. *International Journal Tuberculosis Lung Disease*, 15(8).1122-6.

- Li, S., Fang, L., Zhou, Y., Pan, L., Yang, X., Li, H., ... & Jia, C. (2015). Mediation of smoking abstinence self-efficacy on the association of nicotine dependence with smoking cessation. *The European Journal of Public Health, 25*(2), 200-204.
- Lilic, N., Stretton, M., & Prakash, M. (2018). How effective is the plain packaging of tobacco policy on rates of intention to quit smoking and changing attitudes to smoking?. *ANZ journal of surgery, 88*(9), 825-830.
- Liu YB, Liu L, Li YF, Chen YL. (2015). Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status. A Survey of Elderly Chinese. *Int J Environ Res Public Health, 12*(8).9714-25.
- Lu, Y., Sobue, T., Kitamura, T., Matsuse, R., Kitamura, Y., Matsuo, K., Tsugane, S. (2018). Cigarette smoking, alcohol drinking, and oral cavity and pharyngeal cancer in the Japanese. a population-based cohort study in Japan. *European Journal of Cancer Prevention, 27*(2), 171-179.
- Lugo, A., Peveri, G., Bosetti, C., Bagnardi, V., Crippa, A., Orsini, N., Gallus, S. (2018). Strong excess risk of pancreatic cancer for low frequency and duration of cigarette smoking. A comprehensive review and meta-analysis. *European Journal of Cancer, 104*, 117-126.
- Luo, H., Chen, Z., Bell, R., Rafferty, A. P., Gaskins Little, N. R., Winterbauer, N. (2020). Health literacy and health behaviors among adults with prediabetes, 2016 behavioral risk factor surveillance system. *Public Health Reports, 135*(4), 492-500.
- Mahdi, H. A., Elmorsy, S. A., Melebari, L. A., Al-Masudi, S. M., Sharbini, D. A., Najjar, A. G., Al-Talhi, A. M. (2018). Prevalence and intensity of smoking among healthcare workers and their attitude and behavior towards smoking cessation in the western region of Saudi Arabia. A Cross-sectional study. *Tobacco prevention & cessation, 4*-17.
- Mahdifar, Mozhgan and Tavakoly sany, Seyedeh Belin and Ghavami, Vahid and Vahedian-Shahroodi, Mohammad (2021). Health literacy and body image concern among healthcare employees in Binaloud, Iran. *Journal of Health Literacy, 6* (1).31-40,
- Mannocci, A., Mipatrini, D., Troiano, G., Milazzo, F., Langiano, E., Ferrara, M., La Torre, G. (2019). The impact of pictorial health warnings on tobacco products in smokers behaviours and knowledge. the first quasi-experimental field trial after the implementation of the tobacco law in Italy. *Annali dell'Istituto superiore di sanita, 55*(2), 186-194.
- Mantwill, S., Monestel-Umaña, S., & Schulz, P. J. (2015). The relationship between health literacy and health disparities. A systematic review. *PLoS One, 10*(12), e0145455. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145455>.
- Marshall, A. M., Barua, D., Mitchell, A., Keding, A., Huque, R., Khan, A., Siddiqi, K. (2020). Smoking prevalence among tuberculosis patients. A crosssectional study in Bangladesh and Pakistan. *Tobacco induced diseases, 18*.
- Martínez-Vispo, C., López-Durán, A., Rodríguez-Cano, R., Fernández del Río, E., Senra, C., & Becoña, E. (2019). Effect of Depressive Symptoms and Sex on the Relationship Between Loneliness and Cigarette Dependence. A Moderated Mediation. *The Journal of psychology, 153*(7), 701-713.
- Martins, R., Saboga-Nunes, L., Regina Farinelli, M., Gabriela Carascosa, M., & Ribeiro, P. (2019). From health care hospitals to health literate organizations. the case of health literacy of health workers in Brazil. *European Journal of Public Health, 29*(4), cckz185-489.
- Matsumoto, M. & Nakayama, K. (2017). Development of the health literacy on social determinants of health questionnaire in Japanese adults. *BMC Public Health, 17*(1), 48-51. doi. 10.1186/s12889-016-3971-3
- McKenna H, Slater P, McCance T, Bunting B, Spiers A, McElwee G. (2003). The role of stress, peer influence and education levels on the smoking behaviour of nurses. *International journal of nursing studies. 40*(4).359-66.

- Miller, T. A. (2016). Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and a cute illness. A meta-analysis. *Patient education and counseling*, 99(7), 1079-1086. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.020>.
- Milner, A., Shields, M., Scovelle, A. J., Sutherland, G., & King, T. L. (2020). Health literacy in male-dominated occupations. *American journal of men's health*, 14(5), 1557988320954022.
- Mizher, I. Y., Fawaqa, S. I., Sweileh, W. M. (2018). Prevalence and personal attitudes towards tobacco smoking among Palestinian healthcare professionals. a cross-sectional study. *Addiction science & clinical practice*, 13(1).
- Morrison AK, Myrvik MP, Brousseau DC, Hoffmann RG, Stanley RM. (2013). The relationship between parent health literacy and pediatric emergency department utilization. a systematic review. *Academic Pediatrics*, 421-429.
- Mostafa, N., & Momen, M. (2017). Effect of physicians' smoking status on their knowledge, attitude, opinions and practices of smoking cessation in a University Hospital, in Egypt. *Journal of Egyptian Public Health Association*, 92(2), 96-106.
- Ngo, A., Cheng, K. W., Chaloupka, F. J., Shang, C. (2017). The effect of MPOWER scores on cigarette smoking prevalence and consumption. *Preventive medicine*, 105, S10-S14.
- Nilan, K., McKeever, T. M., McNeill, A., Raw, M., Murray, R. L. (2019). Prevalence of tobacco use in healthcare workers. A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 14(7).
- Niu C, Eng L, Qiu X, et al. (2015). Lifestyle behaviors in elderly cancer survivors. A comparison with middle-age cancer survivors. *J Oncol Pract* 11.e450-e459.
- Nomura, A. M., Wilkens, L. R., Henderson, B. E., Epplein, M., Kolonel, L. N. (2012). The association of cigarette smoking with gastric cancer. the multiethnic cohort study. *Cancer Causes & Control*, 23(1), 51-58.
- Nutbeam, D. (1998) Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13, 349-364.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy. what can we learn from literacy studies?. *Int J Public Health*, 54, 303. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0050-x>.
- Okyay P, Abacıgil F. (2016). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması, T,C, Sağlık Bakanlığı, Yayın No. 1025, Anıl Reklam Matbaa Ltd, Şti,, Kızılay/Ankara.
- Onat A, Aksu H, Uslu N. (1999). Türk erişkinlerinde sigara içimi. Kadınlarımızda tiryakilik artma yolunda. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 27. 697-700.
- Our World İn Data. (2019). Smoking. Erişim Tarihi. 8 Şubat 2021. <https://ourworldindata.org/smoking#the-global-distribution-of-smoking-deaths>.
- Önen P. (2012). Sigaranın insan sağlığına etkileri. *Türkiye Klinikleri Journal of Pulmonary Medicine Special Topics*,5(2).21-8.
- Özlu T., Metintaş M., Karadağ M., Kaya A. (2010). Solunum Sistemi Hastalıkları. İstanbul. İstanbul Tıp Kitapevi. Cilt 2, sayfa 804.
- Özpuat, F., & Bilir, N. (2017). Opinions of university students regarding pictorial warnings on cigarettes packs Üniversite öğrencilerinin sigara paketleri üzerindeki resimli uyarılar hakkındaki görüşleri. *Journal of Human Sciences*, 14(1), 987-999.
- Öztürk Y., Kırac R., Kavuncu B. Sağlık Okuryazarlığı ve özyeterlilik arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi 2nd International Social and Educational Science Symposium*, 22-24,2018.
- Peyman N, Samiee-roudi K. (2016). Investigating the status of health literacy among health providers of rural area. *Journal of Health Literacy*.1(1).46-52. <https://doi.org/10.22038/jhl.2016.10976>

- Panahi R, Niknami S, Ramezankhani A, Tavousi M, Osmani F. (2016). Is There a Relationship between Low Health Literacy and Smoking. *Health Educ Health Promot*, 3 (3) .43-52.
- Pardavila-Belio MI, Canga-Armayor A, Duaso MJ, Pueyo-Garrigues S, Pueyo-Garrigues M, Canga-Armayor N. (2019). Understanding how a smoking cessation intervention changes beliefs, self-efficacy, and intention to quit. a secondary analysis of a pragmatic randomized controlled trial. *Transl Behav Med*, 1;9(1).58-66.
- Pashaki, M. S., Eghbali, T., Niksima, S. H., Albatineh, A. N., Gheshlagh, R. G. (2019). Health literacy among Iranian patients with type 2 diabetes. A systematic review and meta-analysis. *Diabetes & Metabolic Syndrome. Clinical Research & Reviews*, 13(2), 1341-1345.
- Pförringer, D., Mayer, R., Meisinger, C., Freuer, D., & Eyer, F. (2018). Health, risk behaviour and consumption of addictive substances among physicians-results of an online survey. *Journal of occupational medicine and toxicology*, 13(1), 1-13.
- PIAR Study. (1988). Tobacco Use in Turkey, PIAR Study, Ministry of Health.
- PIAR. (1988). Sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırması raporu. Erişim Tarihi. 8 Şubat 2021.
- Poggiolini, C. (2019). High self-efficacy regarding smoking cessation may weaken the intention to quit smoking. *Cogent Psychology*, 6(1), 1574096.
- Pöld M, Pärna K. (2020). Nicotine Dependence and Factors Related to Smoking Cessation among Physicians in Estonia. *Int J Environ Res Public Health*.17(9).3217.
- Pöld, M., Pärna, K. (2017). Smoking prevalence and attitudes towards smoking among Estonian physicians. results from cross-sectional studies in 2002 and 2014. *BMJ open*, 7(11).
- Portoghese, I., Galletta, M., Coppola, R. C., Finco, G., & Campagna, M. (2014). Burnout and workload among health care workers. The moderating role of job control. *Safety and Health at Work*, 5(3), 152-157.
- Quisenberry AJ, Scott AE, Shoben AB, Ferketich AK, Cooper SE, Berman M, Peters E, Ellen Wewers M, Klein EG. (2018). Health Literacy and Attention to Cigarette Health Warning Labels among Rural Smokers. *Tob Regul Sci.*;4(6).38-46.
- Raag, M., & Pärna, K. (2018). Cigarette smoking and smoking-attributable diseases among Estonian physicians. a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 18(1), 194.
- Ravara SB, Calheiros JM, Aguiar P, Barata LT. (2011). Smoking Behaviour Predicts Tobacco Control Attitudes in a High Smoking Prevalence Hospital. a Crosssectional Study in a Portuguese Teaching Hospital Prior to the National Smoking Ban. *BioMed Central Public Health*,11.720.
- Reid JL, Mutti-Packer S, Gupta PC, Li Q, Yuan J, Nargis N, Hussain AKMG, Hammond D. (2017). Influence of Health Warnings on Beliefs about the Health Effects of Cigarette Smoking, in the Context of an Experimental Study in Four Asian Countries. *Int J Environ Res Public Health*, 2;14(8).868.
- Richard A, Rohrmann S, Vandeleur CL, Schmid M, Barth J, Eichholzer M. (2017). Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors. Results from a Swiss national survey. *PLoS ONE* 12(7). e0181442
- Rico-Uribe LA, Caballero FF, Olaya B, Tobiasz-Adamczyk B, Koskinen S, Leonardi M, et al. (2016). Loneliness, Social Networks, and Health. A Cross-Sectional Study in Three Countries. *PloS one*. 11(1). e0145264. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145264>
- Roberts, B., Gilmore, A., Stickley, A., Kizilova, K., Prohoda, V., Rotman, D., ... & McKee, M. (2012). Prevalence and psychosocial determinants of nicotine dependence in nine countries of the former Soviet Union. *Nicotine & tobacco research*, 15(1), 271-276.

- Rosen, L. J., Rier, D. A., Schwartz, R., Talitman, M., & Zwanziger, L. (2019). Knowledge and risk perceptions of Israelis towards combustible cigarettes. the need for immediate remedial action. *Israel journal of health policy research*, 8(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s13584-018-0276-2>.
- Rowlands, G., Shaw, A., Jaswal, S., Smith, S., & Harpham, T. (2015). Health literacy and the social determinants of health. A qualitative model from adult learners. *Health Promotion International*, 32(1), 130–138. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav093>.
- Rubin, D. (2016). A health literacy report. analysis of 2016 BRFSS health literacy data. Office of the Associate Director for Communication Centers for Disease Control and Prevention.
- Rujnan, T., Çaykara, B., Sağlam, Z., Pençe, H. H. (2019). Sigara bağımlılarında depresyon, anksiyete, uyku kalitesi ve uyku kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*, 10(4), 609-15.
- Sağlam L, Bayraktar R, Kadioğlu E, Acemoğlu H. (2010). Smoking Prevalance and the Degree of Nicotine Dependence Among Healthcare Workers at the Atatürk University Medical Facility. *EAJM*,42.74-7.
- Sahan, C., Günay, T., Şimşek, H., Soysal, A., & Ergör, G. (2018). Socioeconomic factors associated with tobacco smoking in Turkey. A cross-sectional, population-based study. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 24(8), 705–713.
- Sanner T, Grimsrud TK. (2015). Nicotine. Carcinogenicity and effects on response to cancer treatment - a review. *Frontiers in Oncology*.
- Sansom-Daly UM, Lin M, Robertson EG, Wakefield CE, McGill BC, Girgis A, Cohn RJ. (2016). Health Literacy in Adolescents and Young Adults. An Updated Review. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 5(2).106-18
- Saraç, S. (2018). İşyerinde sigara içme yaşağının sigara içme davranışı üzerine etkisi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(3), 78-84.
- Shadel, W. G., Martino, S. C., Setodji, C., Cervone, D., & Witkiewitz, K. (2017). Does self-efficacy causally influence initial smoking cessation? An experimental study. *Addictive behaviors*, 73, 199-203.
- Shkolnikov VM, Churilova E, Jdanov DA, Shalnova SA, Nilssen O, Kudryavtsev A, Cook S, Malyutina S, McKee M, Leon DA. (2020). Time trends in smoking in Russia in the light of recent tobacco control measures. synthesis of evidence from multiple sources. *BMC Public Health*, 20(1).378.
- Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et all. (2012). Health literacy and public health. A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* , 12.80
- Steed L, Sohanpal R, Todd A, Madurasinghe VW, Rivas C, Edwards EA, Summerbell CD, Taylor SJ, Walton RT. (2019). Community pharmacy interventions for health promotion. effects on professional practice and health outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 6;12(12).
- Stewart, D. W., Adams, C. E., Cano, M. A., Correa-Fernández, V., Li, Y., Waters, A. J., Vidrine, J. I. (2013). Associations between health literacy and established predictors of smoking cessation. *American journal of public health*, 103(7), e43-e49.
- Stewart, D. W., Cano, M. Á., Correa-Fernández, V., Spears, C. A., Li, Y., Waters, A. J., Vidrine, J. I. (2014). Lower health literacy predicts smoking relapse among racially/ethnically diverse smokers with low socioeconomic status. *BMC Public Health*, 14(1), 1-6.
- Sudhakar, S., Aebi, M. E., Burant, C. J., Wilson, B., Wenk, J., Briggs, F. B., ... & Sajatovic, M. (2020). Health literacy and education level correlates of participation and outcome in a remotely delivered epilepsy self-management program. *Epilepsy & Behavior*, 107, 107026.
- Svensden MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK, Mortensen RN, Maindal HT, Bøggild H, Nielsen G, Torp-Pedersen C. (2020). Associations of health literacy with socioeconomic

position, health risk behavior, and health status. a large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*. 20(1).565. doi. 10.1186/s12889-020-08498-8.

Syamlal G, King BA, Mazurek JM. (2017). Tobacco Use Among Working Adults — United States, 2014–2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*;66.1130–1135. DOI. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6642a2External>.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Madde Bağımlılığı İle Mücadele Başkanlığı. (2020). Sigara Bırakma Hizmetleri. [Erişim Tarihi. 14.09.2020.](https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimliliklamucadele-haberler/sigara-birakma-hizmetleri.html)

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2017). Türkiye Kanser İstatistikleri 2017. Erişim Tarihi. 12.01.2022. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. (2018). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması, Ankara, 2018.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. Erişim Tarihi. 8 Şubat 2021. <https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/KYTA-Turkiye-Raporu-2010-TR.pdf>

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. Erişim Tarihi. 8 Şubat 2021. <https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/KYTA-2012-TR-25-07-2014.pdf>.

Tamirat, T. (2018). Ethiopian health care delivery system's responsiveness to smoking cessation therapy and its predictors. a mixed method study in Ethiopia. *Tobacco Induced Diseases*, 16(1).

Taylor, D. M., Fraser, S. D., Bradley, J. A., Bradley, C., Draper, H., Metcalfe, W., Roderick, P. J. (2017). A systematic review of the prevalence and associations of limited health literacy in CKD. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 12(7), 1070-1084. <https://doi.org/10.2215/CJN.12921216>.

Tezcan, S., & Yardım, N. (2003). Türkiye'de çeşitli sağlık kurumlarında doktor, hemşire ve tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme boyutu. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 51(4), 390-397.

The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2019a). Global Burden of Disease. Erişim Tarihi. 8 Şubat 2021. <http://www.healthdata.org/turkey>.

The Institute for Health Metrics and Evaluation(IHME). (2019b). Asthma. Erişim Tarihi. 14 Haziran 2021. http://www.healthdata.org/results/gbd_summaries/2019/asthma-level-3-cause.

The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2018a). Health at a Glance. Europe 2018. Erişim Tarihi. 8 Şubat 2021. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2018b). Tax Policy Reforms 2018. Erişim Tarihi. 8 Şubat 2021. <https://doi.org/10.1787/9789264304468-en>.

The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2019). Health at a Glance 2019. OECD Indicators. Erişim Tarihi. 8 Şubat 2021. doi. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.

Toçi, E., Burazeri, G., Kamberi, H., Jerliu, N., Sørensen, K., & Brand, H. (2014). Socio-economic correlates of functional health literacy among patients of primary health care in Kosovo. *Public health*, 128(9), 842-848.

Toluey, M., Ghaffari, S., Tajlil, A., Nasiri, B., & Rostami, A. (2019). The impact of cigarette smoking on infarct location and in-hospital outcome following acute ST-elevation myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular and Thoracic Research*, 11(3), 209.

Tözün M, Sözmen MK. (2014). Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı. *Smyrna Tıp Dergisi*,2.48-54.

Tucker JS, Stucky BD, Edelen MO, Shadel WG, Klein DJ. (2018). Healthcare provider counseling to quit smoking and patient desire to quit. The role of negative smoking outcome expectancies. *Addict Behav*, 85.8-13.

Türk Kalp Derneği. (2020). Koroner Kalp Hastalığından Korunma ve Tedaviye İlişkin Ulusal Kılavuz. [Erişim Tarihi.18.10.2020.https://tkd.org.tr/kilavuz/k02/74505.htm?wbnum=1057](https://tkd.org.tr/kilavuz/k02/74505.htm?wbnum=1057)

Türk Toraks Derneği. (2018). Sigara ve kanser. Erişim Tarihi. 14 Haziran 2021. <https://toraks.org.tr/site/news/4768>

Türkiye İstatistik Kurumu. (2020). Türkiye Sağlık Araştırması. Erişim Tarihi. 8 Şubat 2021. <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33661>.

Uguru, N. P., Mbachu, C., Ibe, O. P., Uguru, C. C., Odukoya, O., Okwuosa, C., & Onwujekwe, O. (2015). Investigating male tobacco use and expenditure patterns across socio-economic groups in Nigeria. *Plos one*, 10(4), e0122021.

Uysal MA. (2004). Fagerstrom nikotin bağımlılık testinin Türkçe güvenilirliği ve faktör analizi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*; 52(2). 115-121.

Üzer, F. (2018). Devlet hastanesi çalışanlarının sigara kullanma alışkanlıklarına bakış. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(2), 92-99.

Wang Q, Shen JJ, Sotero M, Li CA, Hou Z. (2018). Income, occupation and education. Are they related to smoking behaviors in China?. *PLoS ONE*, 13(2). Doi. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192571>.

Wang, M., Gong, W. W., Lu, F., He, Q. F., Hu, R. Y., Zhong, J. M., Yu, M. (2020). Associations of intensity, duration, cumulative dose, and age at start of smoking, with thyroid cancer in Chinese males. A hospital-based case-control study in Zhejiang Province. *Tobacco induced diseases*, 18.

Warner, L. M., Stadler, G., Lüscher, J., Knoll, N., Ochsner, S., Hornung, R., & Scholz, U. (2018). Day-to-day mastery and self-efficacy changes during a smoking quit attempt. Two studies. *British Journal of Health Psychology*, 23(2), 371-386.

World Health Organization. (Who). (2003). Who framework convention on tobacco control. Erişim tarihi. 22 Ocak 2021. <https://apps.who.int/fctc>.

World Health Organization. (Who). (2008). WHO report on the global tobacco epidemic, 2008. the MPOWER package. Geneva. Erişim Tarihi. 26 Ocak 2021. <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/index>.

World Health Organization. (Who). (2013). Health Literacy. Erişim Tarihi. 22 Ocak 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/128703>

World Health Organization. (Who). (2014). Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care. Erişim Tarihi. 5 Aralık 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112835/9789241506953_eng.pdf;jsessionid=D4D4115276606666E943C927AA323C18?sequence=1.

World Health Organization. (Who). (2004). Code of practice on tobacco control for health professional organizations. Erişim Tarihi. 8 Şubat 2021. <https://www.who.int/tobacco/wntd/2005/codeofpractice/en>.

World Health Organization. (Who). (2009a). Tobacco. [Erişim Tarihi. 24.10.2020. Erişim Adresi. https://www.who.int/tobacco/publications/health_effects/factsheet_tub_tob.pdf?ua=1](https://www.who.int/tobacco/publications/health_effects/factsheet_tub_tob.pdf?ua=1).

World Health Organization. (Who). (2009b). Health literacy and health behaviour. Erişim Tarihi. 20 Ocak 2021. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf.

World Health Organization. (Who). (2018a). WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025, second edition. Geneva. Erişim Tarihi. 8 Şubat 2021. <https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/trends-tobacco-smoking-second-edition/en>.

- World Health Organization. (Who). (2018b). Cancer/fact sheets. Erişim Tarihi.8 Şubat 2021. who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer.
- World Health Organization. (Who). (2018c). Tobacco taxes in Viet Nam. questions and answers. Erişim Tarihi. 8 Şubat 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272682>.
- World Health Organization. (Who). (2018d). Global Progress Report on Implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Erişim Tarihi. 8 Şubat 2021. https://www.who.int/fctc/reporting/WHOFCTC2018_global_progress_report.pdf.
- World Health Organization. (Who). (2019). WHO report on the global tobacco epidemic 2019. Erişim Tarihi. 8 Şubat 2021. <https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/who-report-on-the-global-tobacco-epidemic-2019&publication=9789241516204>
- World Health Organization. (Who). (2020a). Tobacco. Erişim Tarihi. 14 Aralık 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- World Health Organization. (Who). (2020b). Tobacco responsible for 20% of deaths from coronary heart disease. Erişim Tarihi.8 Şubat 2021.<https://www.who.int/news-room/detail/22-09-2020-tobacco-responsible-for-20-of-deaths-from-coronary-heart-disease>.
- World Health Organization. (Who). (2020c). Tobacco use. Erişim Tarihi. 14 Haziran 2021. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/news/news/2020/2/tobacco-use-causes-almost-one-third-of-cancer-deaths-in-the-who-european-region>.
- World Health Organization. (Who). (2020d). Quitting tobacco. Erişim Tarihi. 14 Haziran 2021. <https://www.who.int/activities/quitting-tobacco>.
- World Health Organization. (Who). (2020e). Improving health literacy. Erişim Tarihi. 14 Haziran 2021.<https://www.who.int/activities/improving-health-literacy>.
- World Health Organization. (Who). (2021a). Tobacco. Erişim Tarihi. 14 Haziran 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
- World Health Organization. (Who). (2021b). Asthma. Erişim Tarihi. 14 Haziran 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>
- Xia, B., Blount, B. C., Guillot, T., Brosius, C., Li, Y., Van Bommel, D. M., Kimmel, H. L., Chang, C. M., Borek, N., Edwards, K. C., Lawrence, C., Hyland, A., Goniewicz, M. L., Pine, B. N., Xia, Y., Bernert, J. T., De Castro, B. R., Lee, J., Brown, J. L., Arnstein, S., ... Wang, L. (2021). Tobacco-Specific Nitrosamines (NNAL, NNN, NAT, and NAB) Exposures in the US Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) Study Wave 1 (2013-2014). *Nicotine & tobacco research . official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 23(3), 573–583. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa110>
- Yang, Q., Yu, S., Wang, C., Gu, G., Yang, Z., & Liu, H. (2021). Health literacy and its socio-demographic risk factors in Hebei. A cross-sectional survey. *Medicine*, 100(21).
- Yilmazel, Çetinkaya, Naçar. (2014). Fabrika işçilerinin sigara kullanma alışkanlıkları ve sigara bırakma konusundaki düşünceleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 41(4), 717-723.
- Yilmazel, G.,Çetinkaya, F. (2017). Relation between health literacy levels, Hypertension awareness and control among primary-secondary school teachers İn Turkey. *AIMS public health*, 4(4), 314.
- Zheng, M., Jin, H., Shi, N., Duan, C., Wang, D., Yu, X., Li, X. (2018). The relationship between health literacy and quality of life. a systematic review and meta-analysis. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 1-10.
- Zincir S., Zincir N., Aydın E., Kaymak E. (2012). Sigara Bağımlılığında Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Bağımlılık Düzeyleri ile İlişkisi. *Journal of mood Disorders*. 2(4),160-6. Doi.<https://doi.org/10.5455/jmood.20121010061050>.


Zuo, J. J., Xi, Y., Zhu, M. X., Qu, J. N., Wang, Y., Tao, S. Z.,Kong, Y. G. (2019). Advances of studies on the occurrence of the upper respiratory disease correlative with immunity and tobacco. *Journal of clinical otorhinolaryngology, head, and neck surgery*, 33(10), 1003.

30701 sayılı Tütün Mamullerinin Üretim Şekline, Etiketlenmesine ve Denetlenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik. (2019). T. C. Resmi Gazete, 1 Mart 2019.



EKLER

EK 1: Etik Kurul Onayı

 T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 2020-57
Konu: Başvuru Değerlendirme Sonucu

01/06/2020

Sayın Doç. Dr. Gülay YILMAZEL

Etik Kurulumuza yapmış olduğunuz başvurunuzla ilgili kurul kararımız ve ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Başvuru Numarası	2020-14
Sorumlu Araştırmacı	Doç. Dr. Gülay YILMAZEL
Araştırma Başlığı	Erkek Sağlık Çalışanlarında Sigara İçme Davranışı, Sigarayı Bırakmanın Belirleyicileri ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki
Toplantı Tarihi	01.06.2020
Karar Numarası	2020-57

Araştırma başvurunuz etik açıdan uygun bulunmuştur.

Araştırmaya Kurum İzni/İzinleri alındıktan sonra başlanması uygun bulunmuştur.

Başvurunun, ekte belirtilen düzeltmelerin yapılması halinde tekrar değerlendirilmesine karar verilmiştir.

Araştırma projesi etik açıdan uygun olmadığından başvurunun reddine karar verilmiştir.

EK 2: Amasya İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.
AMASYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 68724985-044
Konu : Pelin UYAR(Anket İzni)

HİTİT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 05/11/2020 tarihli ve 91734550-2000010102 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda Sağlık Bilimleri Enstitüsü Öğrencisi Pelin UYAR'ın dilekçesinde "Erkek Sağlık Çalışanlarında Sigara İçme Davranışı, Sigarayı Bırakmanın Belirleyici ve Sağlık Okuryazarlığı arasındaki ilişki" konulu tez çalışma talebi **kişilerin HES Kodu sorgulanarak**; Maske, Mesafe ve Hijyen kurallarına riayet edilmek şartıyla Bilimsel Araştırma Danışma Kurulumuzca uygun görülmüş olup, ilgiliye tebliğ edilmesi hususunda; Bilgilerinize arz ederim.

c-imzalıdır.
Dr. Yusuf SARI
İl Sağlık Müdürü V.

EK 3 : Gönüllü onam formu



T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!

Bilimsel araştırma amaçlı ve detayları aşağıda yer alan bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığımız ya da belirtilmediğini fark ettiğiniz noktalar olursa araştırmacıya sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce araştırmacı size zaman tanıyacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Erkek Sağlık Çalışanlarında Sigara İçme Davranışı, Sigarayı Bırakmanın Belirleyicileri Ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki

2. KATILIMCI SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 134'tür.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 3 ay (01.06.2021-01.09.2021)'dir.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı; erkek sağlık çalışanlarında sigara içme davranışı, sigarayı bırakmanın belirleyicileri ve sağlık ile ilgili bilgiyi anlama ve edinme becerileriniz arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA ve ÇIKARILMA KOŞULLARI

Katılımcıların araştırmaya dahil edilme kriterleri:

1. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.
2. Amasya iline bağlı üç ilçede (Merzifon, Suluova, Gümüşhacıköy) görev yapıyor olmak.
3. Erkek sağlık çalışanı olmak.
4. 18 yaş ve üzerinde olmak.

Katılımcıların araştırmadan dışlanma kriterleri:

Dikkat: Bu formun her bir sayfası hem araştırmacı hem de katılımcı tarafından imzalanacaktır ve bir kopyası katılımcıya verilecektir.



T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

1. Amasya ilinin Merzifon, Suluova, Gümüşhacıköy ilçeleri hariç diğer ilçelerinde görev yapıyor olmak.
2. Kadın sağlık çalışanı olmak.

Araştırma dışı bırakılmıyız durumunda da, sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmanın verileri 65 soruluk bir anket formuyla toplanacaktır. Bu amaçla sizlere anket formu dağıtılacak ve formu doldurmanız istenecektir. Anket formunun ilk sayfasında sizlere sosyo-demografik özelliklerinizin (yaşınız, cinsiyetiniz, eğitim durumunuz, medeni durumunuz, genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirdiğiniz ve kronik hastalık durumunuz) yanısıra sizlerin sigara içme davranışı (kaç yıldır sigara içtiğiniz, sigara türünüz, sigaraya yaptığınız aylık harcama, hangi durumlarda daha çok sigara içtiğiniz, sigarayı bırakma durumunuz, medyada çıkan reklamları caydırıcı bulup bulmadığınız, sigara paketlerinin sizleri etkileme durumu ve tütün kullanımının yarattığı sağlık sorunlarını bilme durumunuz) sorgulanacaktır. Anket formunun diğer bölümlerinde; sigara kullanımınız mevcut ise sizlere Fagerstrom nikotin bağımlılık testi olarak adlandırılan sigara içenler arasındaki bağımlılık derecesini gösteren 6 soruluk bir anket uygulanacaktır. Bu test alacağınız yüksek puanlar sizin sigara bağımlısı olduğunuzu gösterecektir. Son bölümde sağlıkla ilgili bilgiyi edinme ve anlama becerinizi ölçmek amacıyla 32 sorudan oluşan bir test sorulacaktır. Testten alacağınız yüksek puanlar bu becerilerinizin de yeterli olduğunu gösterecektir.

7. KATILIMCININ SORUMLULUKLARI

Araştırma süresince siz katılımcıların sorumluluğu ankette yer alan sorulara içtenlikle cevap vermenizdir.

8. OLASI RİSKLER

Araştırma süresince sizlerin herhangi bir risk ile karşı karşıya kalma durumunuz olmayacaktır.

9. ARAŞTIRMAYA KATILIMIN OLASI YARARLARI

Araştırma kırsal bölgedeki sigara kullanım ve sigara bağımlılığını belirlemesi açısından önemlidir. Aynı zamanda sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirilmesi açısından kıymetlidir. Elde edilen sonuçlar genel toplumun sağlık davranışını ve algısını belirleyecek ve bu anlamda bilgi ve farkındalık kazanılmasına yardımcı olacaktır. Sağlık çalışanlarında sigara kullanımının azaltılması artırılacak sağlık okuryazarlığı ile

Dikkat: Bu formun her bir sayfası hem araştırmacı hem de katılımcı tarafından imzalanacaktır ve bir kopyası katılımcıya verilecektir.



T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

mümkündür. Katılımınız literatüre ve halk sağlığı çalışmalarının geliştirilmesine önemli bir kaynak sağlayacaktır.

10. GİDERLERİN KARŞILANMASI ve ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

11. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabileceksiniz.

12. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM veya KURULUŞ

Araştırmayı destekleyen kurum/kuruluş yoktur.

13. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME veya AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

14. ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda detayları yazılı olan ve tarafıma anlatılan bu araştırmada yer almak için araştırmacı Sayın Pelin Uyar tarafından "katılımcı" (denek) olarak davet edildim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

Dikkat: Bu formun her bir sayfası hem araştırmacı hem de katılımcı tarafından imzalanacaktır ve bir kopyası katılımcıya verilecektir.



T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

GÖNÜLLÜ		İMZASI
ADI SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI
ADI SOYADI	PELİN UYAR	
GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

Dikkat: Bu formun her bir sayfası hem araştırmacı hem de katılımcı tarafından imzalanacaktır ve bir kopyası katılımcıya verilecektir.

EK 4. Anket Formu

ERKEK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA SİGARA İÇME DAVRANIŞI, SİGARAYI BIRAKMANIN BELİRLEYİCİLERİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma sizlerin sigara içme davranışınızı sigarayı bırakmadaki belirleyicileriniz ve sağlık okuryazarlığı düzeyiniz arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik olarak yürütülen bir tez çalışmasıdır. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz. Aşağıdaki ankette yer alan soruların hepsini içtenlikle cevaplamanız araştırmanın sonuçları açısından kritik önem taşımaktadır. Ankete vereceğiniz yanıtlar sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz. Araştırmacı: Hem. Pelin UYAR

ANKET FORMU

A.SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

1.Yaşınız:

2.Göreviniz :

3.Çalıştığınız Kurum:

4.Eğitim durumunuz: 1. Önlisans 2. Lisans 3. Yüksek Lisans 4. Doktora

5.Medeni Durumunuz: 1.Evli 2. Bekar

6. Tanı konulmuş herhangi bir kronik sağlık sorunuz var mı?

1. Yok 2. Var (Belirtiniz.....)

7. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

1. Çok iyi 2.İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü

8. Sigara kullanım durumunuz:

1. Halen içiyorum 2. Ara sıra içerim 3.İçiyordum bıraktım 4.Hiç içmedim

9. Ailenizde (anne, baba, kardeş, eş vb.) sigara içen birisi/birileri var mı?

1. Var 2. Yok

SİGARA İÇMEYENLER VE BIRAKANLAR LÜTFEN SAYFA 5'E GEÇİNİZ.

SİGARA İÇENLER LÜTFEN SORULARI YANITLAMAYA DEVAM EDİNİZ.

10. Sigara kullanmaya kaç yaşında başladınız?

11. Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?

12. İçtiğiniz sigaranın türü:

1. Light 2. Aromalı(Mentollü) 3. Normal 4. Slim 5. E-sigara

13. Sigara için aylık harcamanız ne kadardır? TL

14. Hangi durumlarda daha çok sigara içme davranışı sergilersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 1.Yalnızlık | <input type="checkbox"/> | 7.Arkadaşların sigara ikramları | <input type="checkbox"/> |
| 2.Stres | <input type="checkbox"/> | 8.Alkol aldığımda | <input type="checkbox"/> |
| 3.Gerginlik | <input type="checkbox"/> | 9.Rahatlamak istediğimde | <input type="checkbox"/> |
| 4.Öfke | <input type="checkbox"/> | 10.İştahımı baskılamak | <input type="checkbox"/> |
| 5.Mutsuzluk | <input type="checkbox"/> | istediğimde | <input type="checkbox"/> |
| 6.Keyifli olduğum zamanlar | <input type="checkbox"/> | | |

15. Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır

16. Yanıtınız EVET ise; sizi bu düşünceye iten nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| 1.Sigaranın mali yükü | <input type="checkbox"/> | 4.Doktor tavsiyesi | <input type="checkbox"/> |
| 2.Sigaranın sağlık zararları | <input type="checkbox"/> | 5.Aile baskısı | <input type="checkbox"/> |
| 3.Daha sağlıklı yaşama arzusu | <input type="checkbox"/> | | |

17. Sigara bırakmayı hiç denediniz mi?

1.Evet 2.Hayır

18. Sigarayı bırakmayı denemiş iseniz son 12 ayda kaç kez denediniz?.....

19. Sigara içmeye devam etmeniz halinde sigara ile ilgili bir sağlık sorunu yaşama ihtimaliniz sizce nedir?

1.Son Derece Düşük 2.Biraz Düşük 3.Düşük 4.Kararsızım 5.Olası
6.Biraz Olası 7. Son Derece Olası

20. Sigarayı bırakmanız halinde sigara ile ilgili bir sağlık sorunu yaşama ihtimaliniz sizce nedir?

1.Son Derece Düşük 2.Biraz Düşük 3.Düşük 4.Kararsızım
5.Olası 6.Biraz Olası 7. Son Derece Olası

21. Diğer sigara içenlerle karşılaştırıldığında, sigara içmeye devam ederseniz, sigara ile ilgili bir sağlık sorunu yaşama ihtimaliniz sizce nedir?

- 1.Son Derece Düşük 2.Biraz Düşük 3.Düşük 4.Kararsızım
5.Olası 6.Biraz Olası 7. Son Derece Olası

21. Diğer sigara içenlerle karşılaştırıldığında, sigarayı bırakırsanız sigara ile ilgili bir sağlık sorunu yaşama ihtimaliniz sizce nedir?

- 1.Son Derece Düşük 2.Biraz Düşük 3.Düşük 4.Kararsızım
5.Olası 6.Biraz Olası 7. Son Derece Olası

22. Sigarayı tamamen bırakırsanız sigara içmenin neticesinde en az bir sağlık sorunu yaşama ihtimaliniz nedir?

- 1.Son Derece Düşük 2.Biraz Düşük 3.Düşük 4.Kararsızım
5.Olası 6.Biraz Olası 7. Son Derece Olası

23. Sigara içmeye devam ederseniz, sigara içmenin neticesinde en az bir sağlık sorunu geliştirme konusunda algılanan riskiniz nedir?

- 1.Son Derece Düşük 2.Biraz Düşük 3.Düşük 4.Kararsızım
5.Olası 6.Biraz Olası 7. Son Derece Olası

21. İstedığınız taktirde sigarayı bırakabileceğinizden ne kadar eminsiniz?

(Size en yakın seçeneği işaretleyiniz.)

- 1.Kesinlikle Bırakamam 2.Bırakamam 3.Kararsızım
4.Bırakırım 5.Kesinlikle Bırakırım

22. Önümüzdeki 2 ay içerisinde sigarayla mesafeli kalabilirim, sigarayı sınırlandırabilirim ya da sigarayı tamamen bırakabilirim. (Size en yakın seçeneği işaretleyiniz.)

- 1.Tamamen Yanlış 2.Oldukça Yanlış 3.Biraz Yanlış 4.Yanlış 5.Kararsızım
6.Doğru 7.Biraz Doğru 8.Oldukça Doğru 9.Tamamen Doğru

23. Sizce tütün kullanımı aşağıdaki sağlık sorunlarından hangisine sebep olur?

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1) İnme (Stroke) | <input type="checkbox"/> | 9) Kronik akciğer hastalığı | <input type="checkbox"/> |
| 2) Miyokard İnfarktüsü(Kalp krizi) | <input type="checkbox"/> | 10) Osteoporoz | <input type="checkbox"/> |
| 3) Oral kavite kanserleri | <input type="checkbox"/> | 11) Erektile disfonksiyon | <input type="checkbox"/> |
| 4) Halitosis | <input type="checkbox"/> | 12) Prematürite | <input type="checkbox"/> |
| 5) Periodontal hastalıklar | <input type="checkbox"/> | | |
| 6) Akciğer kanseri | <input type="checkbox"/> | | |
| 7) Mesane kanseri | <input type="checkbox"/> | | |
| 8) Mide kanseri | <input type="checkbox"/> | | |

24.Sigara kullanımı ile ilgili medy reklamlarını caydırıcı bulur musunuz?

- 1.Evet 2.Hayır

25.Görseldeki düz ve standart sigara paketi uygulamasını doğru ve caydırıcı bulur musunuz?

1.Evet 2.Hayır



26. Restoran, bar gibi kapalı mekânlarda ve kamusal alanlarda tütün kullanımını yasaklayan yasayı caydırıcı buluyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

27. Tütün ürünlerinde vergisi artışını caydırıcı buluyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

B. FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

1-Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?

1. En çok 10 tane 2. 11-20 tane 3. 21-30 tane 4. 31 tane

2-Uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre nedir ?

1.En çok 5 dakika 2.6-30 dakika 3.31-60 dakika 4.60 dakikadan fazla

3-Sigara içilmesi yasak olan sinema, kitaplık gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz ?

1.Evet 2.Hayır

4-En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?

1.Günün ilk sigarası 2.Diğer herhangi biri

5-Sigarayı uyandıktan sonraki ilk saatlerde, daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

6-Günün çok büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz?

1.Evet 2.Hayır

C.TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (TSOY-32)

Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
1 Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2 Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3 Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4 Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5 Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6 Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7 Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8 Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9 Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10 Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11 İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12 Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13 Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14 Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15 Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16 Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17 Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18 Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					

19 Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20 Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21 Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22 Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23 İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24 İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25 Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26 Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27 Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28 Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29 Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30 Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31 Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32 Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

