



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ARAŞTIRMA
GÖREVLİLERİNİN SİGARA KULLANIMINI
ETKİLEYEN FAKTÖRLERLE SİGARA BIRAKTIRMA
KONUSUNDAKİ DAVRANIŞLARI VE ALGILANAN
STRES DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Seda Nur ONGUN ANIL

Danışman

Prof. Dr. Selçuk MISTIK

KAYSERİ - 2025



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ARAŞTIRMA
GÖREVLİLERİNİN SİGARA KULLANIMINI
ETKİLEYEN FAKTÖRLERLE SİGARA BIRAKTIRMA
KONUSUNDAKİ DAVRANIŞLARI VE ALGILANAN
STRES DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Seda Nur ONGUN ANIL

Danışman

Prof. Dr. Selçuk MISTIK

KAYSERİ - 2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve uzmanlık tezimi hazırlama sürecinde bilgisi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, desteğini esirgemeyip yardımcı olan çok saygıdeğer danışman hocam, Prof. Dr. Selçuk MISTIK'a,

Uzmanlık eğitimim süresi boyunca eğitimime olan bilimsel katkıları ve desteklerinden dolayı saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Mustafa Mümtaz MAZICIOĞLU'na, Doç. Dr. Elif DENİZ ŞAFAK'a,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Tez sürecimde desteklerini benden esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Dr. Büşra ADLİM ve Dr. Şeyma VAROL ÖLÇ'e,

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışmama katılan veya katılmayan tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde büyük emekleri olan, hayatımın her anında beni destekleyen ve yol gösteren, evlatları olmaktan gurur duyduğum canım anneme, babama ve kardeşlerime,

Ve her daim yanımda olan, varlığıyla hayatımı güzelleştiren, en büyük destekçim, sevgili eşim Mustafa ANIL'a

...en içten sevgi, saygı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Seda Nur ONGUN ANIL

Kayseri, 2025

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
ASÖ	: Algılanan Stres Ölçeği
FNBT	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
WISDM	: Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives
NRT	: Nikotin Replasman Tedavisi
CRH	: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
KISALTMALAR LİSTESİ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLO LİSTESİ	v
GRAFİK LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. TÜTÜN VE TÜTÜN ÜRÜNLERİ	4
2.1.1. Tütün ve Tütün Kullanımının Tarihçesi	4
2.1.2. Tütün Ürünleri ve Tütün Kullanım Şekilleri	6
2.1.3. Sigara Kullanımı Epidemiyolojisi	8
2.1.3.1. Dünya’da Sigara Kullanımı	8
2.1.3.2. Türkiye’de Sigara Kullanımı	8
2.1.3.3. Hekimlerde Sigara Kullanımı	9
2.1.4. Sigara Kullanımının Sağlığa Etkileri	10
2.1.4.1. Solunum Sistemi Üzerindeki Etkiler	10
2.1.4.1.1. Akciğer Kanseri	10
2.1.4.1.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı.....	11
2.1.4.2. Kardiyovasküler Sistem Üzerindeki Etkiler	11
2.1.4.3. Sindirim Sistemi Üzerindeki Etkiler	11
2.1.4.4. Üreme Sistemi Üzerindeki Etkiler	12
2.1.4.5. Sigaranın Sağlığa Diğer Etkileri	12
2.1.5. Nikotin Bağımlılığı	13
2.1.6. Nikotin Bağımlılığının Değerlendirilmesi	13
2.1.7. Sigara Bırakma Tedavisi	15
2.1.7.1. Bilişsel ve davranışçı tedaviler	16
2.1.7.2. Farmakolojik tedaviler	17
2.2. STRES	18
2.2.1. Stres Kavramı ve Algılanan Stres	18

2.2.2. Stres Yanıtı	19
2.2.3. Stres Kaynakları.....	20
2.2.4. Stresin Belirtileri ve Sonuçları.....	20
2.2.5. Stres Yönetimi	21
2.2.6. Hekimlerde Stres.....	23
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Özellikleri	24
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	24
3.3. Araştırmanın Yapılması İçin Alınan İzinler	25
3.4. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	25
3.5. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	25
3.6. Veri Toplama Araçları	25
3.6.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	25
3.6.2. Sosyodemografik Anket Formu	26
3.6.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)	27
3.6.4. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ).....	27
3.7. Verilerin İstatiksel Analizi.....	28
4. BULGULAR.....	29
5.TARTIŞMA	45
5.1.Çalışmanın güçlü yönleri	59
5.2.Çalışmanın kısıtlılıkları.....	59
6. SONUÇLAR	60
7. ÖNERİLER.....	63
8. KAYNAKLAR.....	64
EKLER	77
EK 1. ANKET FORMU.....	77
EK 2. ETİK KURUL KARARI	81

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT).....	14
Tablo 2. Sigarayı Bırakmada İstekli Olan Hastalar İçin 5A (Türkçesi 5Ö) Stratejisi	15
Tablo 3. Sigarayı Bırakmada İsteksiz Olan Hastalar İçin 5R Stratejisi.....	16
Tablo 4. Katılımcıların (araştırma görevlilerinin) tanımlayıcı özellikleri.....	30
Tablo 5. Katılımcıların mesleki özellikleri	31
Tablo 6. Katılımcıların branş özellikleri	32
Tablo 7. Katılımcıların sigara kullanımına ilişkin özellikleri	33
Tablo 8. Katılımcıların sigara bırakmaya ilişkin deneyimleri.....	35
Tablo 9. Katılımcıların mesleklerini icra ederken sigara kullanımına yönelik tutumları	36
Tablo 10. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testine ait istatistikler	37
Tablo 11. Algılanan Stres Ölçeğine ait istatistikler	37

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1. Katılımcıların FNBT skorlarına göre sigara bağımlılık düzeyleri	37
Grafik 2. FNBT skorlarının kadın ve erkeklere göre dağılımı	38
Grafik 3. FNBT skorlarının nöbet sayısına göre dağılımı	39
Grafik 4. FNBT skorlarının sigaraya başlangıç yaşına göre dağılımı	39
Grafik 5. FNBT skorlarının daha çok sigara içilen zaman dilimine göre dağılımı	40
Grafik 6. Cinsiyete göre ASÖ skorları.....	41
Grafik 7. Katılımcıların nöbet durumuna göre ASÖ skorları	42
Grafik 8. İşi ve çalışma ortamını tanımlamaya göre ASÖ skorları.....	42
Grafik 9. Aktif alkol kullanımına göre aktif sigara kullanımı	44

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN SİGARA
KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERLE SİGARA BIRAKTIRMA
KONUSUNDAKİ DAVRANIŞLARI VE ALGILANAN STRES DÜZEYİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada bir üniversite hastanesinde çalışan araştırma görevlilerinin sigara kullanımını etkileyen faktörlerle sigara bıraktırma konusundaki davranışları ile algılanan stres düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 216'sı kadın, 161'i erkek olmak üzere toplam 377 araştırma görevlisi ile gerçekleştirildi. Hazırlanan anket formu, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Algılanan Stres Ölçeği yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı. Çalışmamızda Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nden alınan puanlar, Algılanan Stres Ölçeği'nden alınan puanlar ile sosyodemografik özellikler gibi bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 26 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programı ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama $\pm$ standart sapma ($X \pm SS$), medyan (M), minimum (min), maksimum (max) ve kartiller arası uzaklık değerleri olarak verildi. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamız 216'sı (%57,3) kadın, 161'ü (%42,7) erkek olmak üzere toplam 377 araştırma görevlisi ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $29,86 \pm 4,63$ 'tür. Katılımcıların %29,6'sı ($n = 112$) nadiren veya düzenli olarak sigara kullandıklarını ifade etmiştir. Katılımcıların Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) skorlarının ortalaması 1,71'dir (standart sapma: 2,52). Nikotin bağımlılık düzeyi erkek araştırma görevlilerinde, nöbet sayısı 5'ten fazla olan araştırma görevlilerinde, 25 yaş öncesinde sigara kullanmaya başlayan araştırma görevlilerinde ve mesai saatleri içinde daha çok sigara içen araştırma görevlilerinde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yaş, medeni durum, çocuk durumu, kronik hastalık varlığı, gelir durumu, görev yapılan anabilim dalının türü, hekimlikte geçirilen süre ile FNBT skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Cerrahi bölümlerde çalışan katılımcılardaki sigara içme oranı temel/dahili branşlarda çalışan katılımcılardaki orandan anlamlı derecede yüksektir. Katılımcıların sigara içtikleri süre ile FNBT skorları arasında pozitif

yönlü bir ilişki saptanmıştır. Algılanan Stres Ölçeğinden (ASÖ) elde edilen skorların ortalaması 26,55'tir (ss: 6,78). Kadın hekimlerde, nöbet sayısı fazla olan hekimlerde, klinikteki işini zor ve çalışma ortamını kötü olarak tanımlayan araştırma görevlilerinde algılanan stres düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Araştırma görevlilerinin sigara kullanma durumu ve FNBT skorları ile algılanan stres düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kardeşler ve arkadaşların sigara içme durumu ile araştırma görevlilerinin sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Aktif olarak alkol kullanan araştırma görevlilerinin sigara içme oranı alkol kullanmayan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Hekimlerin öfkeliendirici bir olay yaşadıkları ve yoğun geçen mesai günlerinde sigara içme davranışlarının arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların çoğu (%66,1) mesleğe başladıktan sonra sigara kullanımının arttığını belirtmiş olup sigarayı bir mola fırsatı ve rahatlatıcı bir araç olarak görmektedirler. Sigara içen katılımcılarda sigaraya başlama sebebi olarak en çok çevre ve arkadaş gruplarının içiyor olması, ikinci olarak stres ve sıkıntı olması ve üçüncü olarak da iş ortamından dolayı olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Sigara kullanma durumu ve FNBT skorları ile algılanan stres düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak sigara içme miktarının araştırma görevlisinin gün içinde yaşadığı yorucu, öfkeliendirici ve kendini yetersiz hissettiği karar vermekte zorlandığı durumlarda anlamlı düzeyde artış gösterdiği tespit edilmiştir. Gün içerisinde stres artırıcı durumların sigara içme davranışlarına olumsuz etki etmesi hekimlerin stresle başa çıkma yöntemleri konusunda desteğe ihtiyaçları olduğunun bir göstergesi olabilir. Bu sebeple doktorlara stresle mücadele konusunda eğitimler sağlanabilir ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi yönünde planlar yapılabilir. Toplumda rol model olarak görülen hekimlerin sigara içme düzeylerinin yüksek çıkması düşündürücüdür. Sağlık çalışanları ve özellikle hekimlerin sigara kullanması hastaları olumsuz yönde etkileyebilir. Hekimlerimiz bu konuda daha duyarlı olmalıdır. Muayeneye gelen hastaya hekimin sigara kullanma durumunu sorması ve sigarayı bırakmayı önermesi tütünle mücadelede kolay ve etkili bir yöntemdir.

Anahtar Sözcükler: Araştırma Görevlisi, Sigara, Stres, Bağımlılık

**EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE FACTORS
AFFECTING TOBACCO USE, SMOKING CESSATION BEHAVIOURS AND
PERCEIVED STRESS LEVEL OF RESEARCH ASSISTANTS IN A
UNIVERSITY HOSPITAL**

ABSTRACT

Aim: In this study, it is aimed to evaluate the relationship between the factors affecting smoking, smoking cessation behaviours and perceived stress level of research assistants working in a university hospital.

Materials and Methods: The study was conducted with a total of 377 research assistants, 216 of whom were female and 161 of whom were male. The questionnaire form, Fagerström Nicotine Dependence Test and Perceived Stress Scale were administered by face-to-face interview technique. In our study, the relationships between the scores obtained from the Fagerström Nicotine Dependence Test, the scores obtained from the Perceived Stress Scale and independent variables such as sociodemographic characteristics were evaluated. The data obtained were evaluated with IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 26 (IBM Corp., Armonk, New York, USA) statistical package programme. Descriptive statistics were given as number of units (n), percentage (%), mean $\pm$ standard deviation ($X \pm SS$), median (M), minimum (min), maximum (max) and inter-quartile range values. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: Our study was conducted with a total of 377 research assistants, 216 (57.3%) of whom were female and 161 (42.7%) of whom were male. The mean age of the participants was 29.86 ± 4.63 years. 29.6% of the participants ($n = 112$) stated that they rarely or regularly smoked. The mean Fagerstrom Nicotine Dependence Test (FNBT) score of the participants was 1.71 (standard deviation: 2.52). Nicotine dependence level was found to be significantly higher in male research assistants, research assistants with more than 5 shifts, research assistants who started smoking before the age of 25, and research assistants who smoked more during working hours. No statistically significant difference was found between FNBT scores and age, marital status, child status, presence of chronic disease, income status, type of department, and length of time spent in medicine. The smoking rate in the participants working in surgical departments was significantly higher than the rate in the participants working in basic/internal branches. A positive correlation was found between the duration of smoking and FNBT scores. The mean score obtained from the Perceived Stress Scale (PSS) was 26.55 (SD: 6.78). Perceived stress level was found to be higher in female physicians,

physicians with more shifts, and research assistants who described their work in the clinic as difficult and the working environment as poor. There was no statistically significant relationship between smoking status and FNBT scores and perceived stress levels of research assistants. There was a statistically significant difference between smoking status of siblings and friends and smoking status of research assistants. The smoking rate of research assistants who actively used alcohol was found to be significantly higher than those who did not use alcohol. It was found that smoking behaviours of physicians increased when they experienced an angering event and during busy working days. In addition, most of the participants (66.1%) stated that smoking increased after they started their profession and they saw smoking as a break opportunity and a relaxing tool. It was found that the most common reason for smoking among the participants who smoked was that their environment and friend groups smoked, secondly because of stress and boredom and thirdly because of the work environment.

Conclusion: No significant relationship was found between smoking status and FNBT scores and perceived stress levels. However, it was found that the amount of smoking increased significantly when the research assistant experienced exhausting, angering situations during the day, felt inadequate and had difficulty in making decisions. The negative effect of stress-increasing situations during the day on smoking behaviours may be an indication that physicians need support in coping with stress. For this reason, doctors can be provided with trainings on combating stress and plans can be made to improve working conditions. It is thought-provoking that physicians, who are seen as role models in the society, have high smoking levels. Smoking by healthcare workers and especially physicians may adversely affect patients. Our physicians should be more sensitive about this issue. It is an easy and effective method in the fight against tobacco if the physician asks the patient about smoking status and recommends quitting smoking.

Keywords: Research Assistant, Smoking, Stress, Addiction

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tütün kullanımı önlenabilir bir morbidite ve mortalite nedenidir. Bunun yanı sıra tütün bağımlılığı, yirminci yüzyılda 100 milyon kişinin ölümüne neden olmuş ve yirmi birinci yüzyılda 1 milyar kişinin ölümüne yol açacak ciddi bir küresel halk sağlığı tehdididir. Dünyada en çok ölüme neden olan sekiz hastalıktan altısının risk faktörü tütün tüketimidir. Öte yandan, dünyada en fazla ölüme yol açan iki sebepten biri açlık, diğeri ise tütün tüketimidir. Tütün kullanımı, hem doğrudan hem de pasif duman maruziyeti sebebiyle birçok ölümcül hastalıklara sebebiyet vermektedir (1).

Hekimlerin sigarayla mücadelede önemli bir rolü olmasına rağmen, bazı hekimler halen sigara kullanmaktadır. Hekimler arasında sigara içme prevalansına ilişkin 2021 yılında yayınlanmış sistematik bir derleme ve meta-analiz sonucuna göre 246 çalışma ve 497.081 hekim içerisinde genel sigara içme sıklığı %21 olarak bulunmuş en yüksek oran %25 sıklıkla tıp fakültesi öğrencilerinde ve ikinci olarak %24 sıklıkla aile hekimlerinde tespit edilmiştir (2).

Sağlık çalışanları, yapılan işin niteliği ve yükü nedeniyle meydana gelen ruhsal belirtiler ve duygu durum değişiklikleri açısından risk altındadırlar (3, 4). Bu duruma ilave olarak, bazı çalışmalarda mesleki faktörlere bağlı stresörlerin hekimlerin sigara içmelerine sebep olduğu belirtilmiştir (5, 6).

Dünya Sağlık Örgütü stresi; “zor bir durumun sebep olduğu endişe durumu veya zihinsel gerginlik” olarak tanımlamaktadır. Çok fazla stres fiziksel ve zihinsel sağlık problemlerine neden olabilir. Stres kaygı, sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü, baş ağrısı,

kas ağrıları, mide rahatsızlığı, bağırsak problemleri, uyku sorunları gibi belirtiler gösterebilir. Kronik stres, önceden var olan sağlık sorunlarını kötüleştirebilir ve alkol, tütün ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımını artırabilir (7).

Algılanan stres ise, bir bireyin ne kadar stres altında olduğuyla ilgili duyguları veya düşünceleri, kişinin hayatının kontrol edilemezliği ve tahmin edilemezliği, kişinin ne sıklıkla rahatsız edici problemlerle uğraşması gerektiği, kişinin hayatında ne kadar farklılık olduğu ve kişinin sorunlarla veya zorluklarla üstesinden gelme yeteneğine olan güveni hakkındaki hisleri olarak tanımlanabilir. Bir kişinin başına gelen stresli olayın tür veya sıklığını ölçmek yerine, bireyin yaşamının genel stresıyla alakalı ne hissettiğini ve stresle başa çıkma yeteneğini ölçer. Algılanan stres birey ile çevresi arasında stres olarak değerlendirdiği etkileşimi yansıtır (8).

Yapılan birçok araştırma, sağlık çalışanlarının artmış strese bağlı olarak tütün ürünü tükettiğini belirtmektedir (3). Kırk bir Afrika, Amerika, Asya ve Avrupa ülkesinden 217.561 kişiyle yapılmış analizlerini içeren bir çalışma algılanan stresin daha yüksek sigara içme oranları ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu çalışma her gün düzenli sigara içenler arasında, algılanan stres seviyeleri daha yüksek olanların, fazla oranda sigara içme riskiyle karşı karşıya olduğunu göstermiştir (9). Sigara içenler bireylerde algılanan stres düzeyi ile kişinin belirttiği nikotin yoksunluk semptomları arasında kuvvetli bir ilişki olduğu ve algılanan stres düzeyinin nikotin yoksunluk semptomlarını şiddetlendirebileceği gösterilmiştir (10).

Nikotin bağımlılığının, sigara kullanma durumunun devam edilmesinin ve tedavi deneyimlerinin genel başarısızlığında en önemli neden olduğu ifade edilmektedir. Bu sebeple, nikotin bağımlılığını etkileyen faktörlerin tespit edilmesi bu bağımlılıkla mücadelede çok önemli bir yer kazanmaktadır. Sigara karşıtı düzenlenen kampanyalarda sigaraya karşı mücadelede daha istekli ve etkili rol alabilmeleri için, öncelikle sağlık çalışanlarının hedef kitle olarak seçilmesi gerekmektedir ve böylece sigarayla mücadele daha etkin olarak sürdürülebilir.(11).

Sağlık çalışanları hastalıkların ortaya çıkmasının engellenmesinde ve sağlıklı hayatın geliştirilmesinde diğer bireylere göre çok daha önemli bir yere sahiptir. Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının, hasta eğitiminde ve etkili tütün kontrol politikalarının oluşturulmasında aktif rol oynamaları gereklidir. Hekimlerin herhangi bir şikayetle

muayene olmak için kendisine başvuran hastanın sigara kullanma durumunu sorgulaması ve sigarayı bırakmasını tavsiye etmesi, tütün kullanımına ilişkin mücadelede basit ve etkin bir metod olarak düşünölmekte ve sadece bu öneri ile bir senede hastaların %5-10'unun sigarayı terk ettiğini belirtilmektedir (12).

Tütün ve tütün ürünleri kullanımı ile yapılan mücadelede, hekimler hem hastalarını sigaranın zararları hakkında bilgilendirmeli, hem de iyi bir rol model olmalıdırlar. Hekimlerin sigara kullanıyor olması, koruyucu sağlık hizmetlerinde yeterli düzeyde bilgi verilmemesine yol açabilir ve hastaların sigara bırakma konusunda hekime olan inancını azaltabilir (13).

Bu çalışmada bir üniversite hastanesindeki araştırma görevlilerinin sigara kullanımını etkileyen faktörlerle, sigara bıraktırma konusundaki davranışları ve algılanan stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TÜTÜN VE TÜTÜN ÜRÜNLERİ

2.1.1. Tütün ve Tütün Kullanımının Tarihçesi

Tütün, keyif verici bitkiler arasında yer alan ve Solanaceae ailesine ait bir türdür. Tütün bitkisi, çeşitli iklim koşullarına hızlı ve etkili bir şekilde uyum sağlayabilir. Bu adaptasyon yeteneği, tütünü tarımsal ürünler arasında en yaygın olanlardan biri yapar; bu nedenle tütün, dünya genelindeki tarım alanlarında hızla yayılmıştır. Dünya genelinde 60'tan fazla tütün türü bulunmasına rağmen, en çok üretilen tür "Nicotiana tabacum"dur ve ülkemizde yetiştirilen tütünlerin büyük çoğunluğunu (%95 kadarını) oluşturur (14).

Tütünün, 1492 yılında Kristof Kolomb ve ekibinin Amerika kıtasını keşfetmesinin ardından bulunduğu düşünülmektedir. Portekiz'deki Fransız elçisi Jean Nicot, bu bitkinin baş ağrısı tedavisinde kullanıldığını bilerek, 1559 yılında Fransız kraliçesine tanıtmıştır ve tütün, kraliçenin baş ağrısına iyi gelmiştir. 1828 yılında ise tütün bitkisinden izole edilen alkaloit maddeye "nikotin" adı verilmiştir. O dönemde Avrupa'da tütün, değerli bir bitki olarak kabul edilmekteydi ve sadece saraylarda ve konaklarda varlıklı kişiler tarafından kullanılmaktaydı (15).

Tütünün, 16. yüzyılın başlarından 19. yüzyılın sonlarına kadar yaygın bir tıbbi kullanıma sahip olduğu belirtilmiştir. İnce öğütülmüş tütün, soğuk algınlığı, baş ağrısı ve göz problemlerinin tedavisinde koklanarak kullanılmıştır. Diş ağrıları, diş eti hastalıkları, boğaz ağrıları ve ruhsal çöküntüler için tütün çiğnemek önerilmiş; haşlanmış tütünün

süzülmüş hali ise hazımsızlık, karın ağrıları ve idrar tıkanıklığını tedavi etmek için kullanılmıştır. Tütün içmenin vücut kokusunu iyileştirdiği ve vebayı önlediği iddia edilmiştir. Kaynaklara göre, büyük salgınlar sırasında her yaştan ve sınıftan insanın yoğun bir şekilde sigara içtiği gözlemlenmiştir. Tütün içmenin beyni temizleyerek sinirleri sakinleştirdiğine ve kaygıyı hafiflettiğine inanılmıştır. Kulağa damlatılan tütün suyunun sağırlığı iyileştirdiği, bal ile şurup haline getirilen tütünün ise astım, göğüs hastalıkları, öksürük ve frengi tedavisinde kullanıldığı öğrenilmiştir (16). Zamanla sigaranın bir ilaç veya tedavi olmadığı anlaşılmaya başlanmıştır. İlk olarak 1601 yılında Londra’da “Baca Süpürücüler İçin Çalışmak” adlı isimsiz bir afiş ile sigaranın zararlarına dikkat çekilmiştir. 1604’te İngiltere Kralı I. James, tütün kullanımının akciğer ve burun gibi organlara zararları hakkında bir uyarı yazısı yayınlattır. 1660 yılında İngiltere, tütün ekimine ve ihracatına kısıtlamalar getirmiştir (16).

Tütün kullanımının yaygınlığı, 20. yüzyılın ortalarına kadar devam etti. Bu dönemde yapılan bilimsel araştırmalar, tütün ve sigara içmenin akciğer kanseri de dahil olmak üzere sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koymaya başladı. Buna rağmen, tütün endüstrisi üretim ve reklam faaliyetlerine devam etti. 1950’li yıllarda sigara sektöründe bir değişim yaşandı ve filtresiz sigaralardan filtreli sigaralara geçiş yapıldı. Filtreli sigara üretimi, 1950 yılında %0,5 iken 1975 yılında %87,7’ye ulaştı (17).

1800’lere gelindiğinde, tütün kullanımı tıbbi nedenlerden ziyade keyif verici özellikleri nedeniyle yaygınlaşmıştır. 1900’lerde ise tütünün bilinirliği ve popüleritesi artarak devam etmiştir (16).

1990’lardan itibaren sigaranın en önemli hastalık sebeplerinden biri olduğu anlaşılmış, ancak sigara kullanımını azaltacak politikaların oluşturulmasında ülke yöneticilerinin yeterli kararlılığı göstermediği görülmüştür. Günümüzde ise sigara ve tütün kullanımının birçok hastalığın temel nedeni olduğu kabul edilmektedir (18).

Ülkemizde tütün kullanımının tarihine baktığımızda, Osmanlı döneminden 1980’lere kadar tütün üretiminde genel bir artış gözlemlenmiştir. Ancak, bu dönemde uygulanan politikalar nedeniyle dalgalanmalar yaşanmıştır. Son yıllarda ise sigaranın sağlık üzerindeki olumsuz etkileri konusunda artan toplumsal farkındalık ve tütün tüketimini kısıtlayıcı politikalar sayesinde tütün üretimi ve tüketiminde azalma olmuştur (19).

2.1.2. Tütün Ürünleri ve Tütün Kullanım Şekilleri

Tütün bitkisinin yapraklarının işlenmesiyle elde edilen hammaddenin veya doğrudan kendisinin soluma, çiğneme, emme gibi yöntemlerle kullanıldığı ürünlere “tütün ürünleri” denir. Bu ürünler, tütünün yanmasıyla oluşan dumanın tüketilmesi şeklinde olabileceği gibi, tütün bitkisinin doğrudan dumansız olarak kullanılması şeklinde de tüketilebilir (20). Sigara, sarmalık tütün, nargile, puro, pipo, enfıye, çiğneme tütün, maraş otu ve elektronik sigara en yaygın kullanılan şekilleridir.

Sigara, tütün ürünlerinin en yaygın kullanılan türüdür ve kıyılmış tütünün ince bir kağıda sarılmasıyla hazırlanır (20). Tütünün yanması sonucu oluşan dumanın solunmasıyla kullanılır. Tütün dumanı, 4000’den fazla zehirli madde içerir ve partiküller ile aerosolden oluşur. İçeriğindeki nitrozaminler, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, strian, alfa-naftilamin ve katranın kanserojen etkileri olduğu, dumanında bulunan benzenin ise kromozomal değişikliklere neden olduğu tespit edilmiştir (21).

Sarmalık kıyılmış tütün, tütün bitkisinin yapraklarının tamamen tek bir hammadde olarak kullanılmasıyla elde edilir ve herhangi bir katkı maddesi eklenmeden, yaprak sigara kağıdına sarılarak veya hazır filtreli içi boş sigara tüplerine doldurularak kullanılır (22). Türkiye’de üretilen sigaralar belirli bir prosedüre göre üretilirken, sarmalık kıyılmış tütünler piyasada herhangi bir kontrol işlemine tabi tutulmadan doğrudan satılıp kullanılabilir. Bu nedenle, Türkiye piyasasında üretilen ve kullanılan sarmalık kıyılmış tütün ürünlerinin kimyasal özellikleri ve içeriklerinin referans sınır değerleri bilinmemektedir (23).

Nargile, genellikle Orta Doğu’da tütün tüketiminin geleneksel bir yöntemi olarak kullanılır. Tütünü ısıtmak için kömür kullanılır ve duman, solunmadan önce bir su kabından geçirilir (24). Bu yöntemin sağlık açısından daha az tehlikeli olduğu düşünülse de nargile dumanı sigara dumanından çok daha düşük sıcaklıkta üretilir. Bu nedenle, tütün dumanındaki toksinlerin farklı formlarda olabileceği öne sürülmektedir. Ayrıca, aynı nargilenin birden fazla kişi tarafından kullanılması, çeşitli bulaşıcı hastalıkların yayılma riskini artırır (25).

Puro, iri kıyılmış veya yaprak şeklindeki tütünün sarılmasıyla üretilen bir tütün ürünüdür. Sigara gibi, puro da tütünün yakılmasıyla kullanılır ve bu nedenle puro dumanında da

sigara dumanına benzer toksik maddeler bulunur. Ancak, sigara dumanı akciğerlere çekilirken, puro dumanı genellikle solunmaz. Puro dumanı büyük ölçüde ağız mukozasından emilir ve etkileri bu özelliğine bağlıdır (26). Puro kullanımının özellikle gırtlak, ağız boşluğu, özofagus kanserleri ile ilişkili olduğuna dair yeterli kanıt bulunmaktadır (27).

Pipo, lüle taşı veya kiraz ve gül ağacından yapılan, uç kısmında “lüle” adı verilen tütün yakma haznesi bulunan çubuk şeklinde bir tütün içme aracıdır (21). Pipo dumanı, puro dumanının emilim şekline benzer şekilde ağız mukozasından emildiği için, etkileri de puro dumanı gibi gırtlak, ağız boşluğu ve özofagus kanserleri ile ilişkilendirilmiştir (28).

Enfiye tütünü, yüksek miktarda nikotin içeren ve toz halinde buruna çekilerek kullanılan bir tütün ürünüdür (21). Genellikle eldeki enfiye çukuruna konarak tüketilir (20).

Maraş otu, *Nicotiana rustica* bitkisinin yapraklarından elde edilen ve Türkiye’de özellikle Kahramanmaraş ve Gaziantep çevresinde yetiştirilen ve tüketilen bir dumansız tütün ürünüdür. Bitkinin yaprakları kurutulup toz haline getirildikten sonra asma veya ceviz ağacı külü ile karıştırılarak hazırlanır. Bu karışım, doğrudan toz şeklinde veya sigara kağıdına sarılarak diş ve dudak arasındaki mukozaya yerleştirilerek ağız yoluyla kullanılır. Ağızda, kişinin alışkanlık düzeyine bağlı olarak bir süre bekletilip ardından atılır (28).

Elektronik sigara, nikotin, propilen glikol, formaldehit, asetaldehit, yapay tatlandırıcılar ve nitrozaminler gibi maddeler içeren bir sıvı karışımını barındıran bir cihazdır. Bu cihaz, içindeki sıvıyı inhalasyon öncesinde aerosol haline getiren bir ısıtıcıya sahiptir (29). Son yıllarda, özellikle gençler arasında kullanımı artmıştır. Elektronik sigara üreticileri, bu cihazı nikotin ihtiyacını karşılayacak bir seçenek, daha sağlıklı bir sigara alternatifi ve sigara içenlerin sigarayı bırakmasına veya azaltmasına yardımcı olabilecek bir ürün olarak tanıtmaktadır. Ancak, bu konuda yeterli nesnel veri bulunmamaktadır ve araştırmalar devam etmektedir (30).

2.1.3. Sigara Kullanımı Epidemiyolojisi

2.1.3.1. Dünya’da Sigara Kullanımı

Tütün kullanımı, dünya genelinde en büyük halk sağığı sorunlarından biridir ve her yıl yaklaşık sekiz milyon insanın ölümüne neden olmaktadır. Dünya genelinde tütün kullanımının en yaygın şekli sigara içmektir. Tütüne bağılı bu ölümlerin yedi milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımından, yaklaşık bir milyonu ise sigara içmeyenlerin pasif sigara dumanına maruz kalmasından kaynaklanmaktadır. Dünya genelinde 1,3 milyar tütün kullanıcısının yaklaşık %80’i, tütüne bağılı hastalık ve ölüm yükünün en ağır olduğı düşük ve orta gelirli ülkelerde hayatını sürdürmektedir (31).

Dünya Sağıık Örgütü’nün 2023 Küresel Tütün Epidemisi Raporu’na göre, 2007 yılında erkeklerin %38’i sigara içerken, bu oran 2021 yılında %29’a düştü. Aynı rapora göre, kadınların sigara içme oranı 2007’de %8 iken, 2021’de %5’e geriledi (32). Gelişmiş ülkelerde erkekler ve kadınlar arasındaki sigara içme oranları neredeyse aynıyken, gelişmekte olan ülkelerde bu oranlar arasında belirgin bir fark bulunmaktadır. Kadınlar arasındaki sigara içme oranına baktığımızda, özellikle gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere kıyasla daha düşüktür (33).

Çin, dünya genelinde tütün kullanımının en yaygın olduğı ülkedir. Çin’i sırasıyla Hindistan, Endonezya, Rusya ve Amerika Birleşik Devletleri takip etmektedir. Türkiye ise tütün kullanımı açısından dünya sıralamasında onuncu sırada yer almaktadır (33).

2.1.3.2. Türkiye’de Sigara Kullanımı

Türkiye Cumhuriyeti Sağıık Bakanlığı’nın 2021 Sağıık İstatistikleri Yıllığı’na göre, Türkiye’de 15 yaş ve üzeri nüfusun %28’i sigara kullanmaktadır. Bu oran erkeklerde %41,3, kadınlarda ise %14,9 olarak kaydedilmiştir (34).

Sigara içme alışkanlıkları, farklı demografik gruplar arasında belirgin farklılıklar göstermektedir. Türkiye’de erkekler arasında, sigara içme oranı ile gelir düzeyi arasında ters bir ilişki bulunmuştur; düşük gelirli erkeklerde sigara içme oranı daha yüksektir. Kadınlarda ise, sigara içme oranı ile eğitim düzeyi arasında pozitif bir ilişki gözlemlenmiştir; yüksek eğitimli kadınlar arasında sigara içme oranı daha fazladır (35).

Sigara içme oranları yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir. En yüksek oran 25-44 yaş aralığındaki bireylerde bulunurken, 65 yaş üstü grupta sigara kullanma oranı oldukça düşüktür. Ayrıca, sigara içenlerin yarısından fazlasının 18 yaşından önce sigaraya başladığı belirlenmiştir. Erkeklerde ortalama sigaraya başlama yaşı 16,6, kadınlarda ise 17,8 olarak tespit edilmiştir (36).

2.1.3.3. Hekimlerde Sigara Kullanımı

Sigara ile mücadelede hekimler önemli bir rol oynamalarına rağmen, bazıları hala sigara içmektedir. 2021 yılında yayınlanan sistematik bir derleme ve meta-analize göre, 246 çalışma ve 497.081 hekim arasında genel sigara içme oranı %21 olarak bulunmuştur. En yüksek oran %25 ile tıp fakültesi öğrencilerinde ve %24 ile aile hekimlerinde görülmüştür. Sigara içme oranları cerrahi uzmanlıklarda %18, psikiyatristlerde %17, anesteziistlerde %11, radyologlarda %9 ve pediatriistlerde %8 olarak belirlenmiştir. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde hekimler arasında sigara kullanımı yaygındır, ancak gelişmiş ülkelerde hekimler arasında sigarayı bırakma oranı daha yüksektir (2). Türkiye'de gerçekleştirilen geniş çaplı bir araştırmada, uzman doktorların sigara içme oranının %12,7 pratisyen hekimlerin ise %23,9 olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, önceki yıllarda yapılan çalışmalara göre bu oranların geçmiş yıllara kıyasla azaldığı gözlemlenmiştir (36).

Hekimler, diğer bireylere rol model olma, eğitim verme, bilimsel araştırmalar yapma, topluma liderlik etme, etkili görüşler geliştirme ve tütün endüstrisi hakkında farkındalık yaratma gibi mesleki özellikleri nedeniyle sigara bırakma danışmanlığı ve tütün kontrolü çalışmaları açısından büyük bir öneme sahiptir (37).

Birinci basamak hekimi ve birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumla daha yakın ve uzun vadeli ilişkiler kurabilmesi, nüfusa erişimde diğer sağlık hizmetlerine göre daha etkili olması ve sigara içme oranının yüksek olduğu yoksul kesimlere daha kolay ulaşabilmesi nedeniyle bu mücadelede diğer tıp disiplinlerine kıyasla daha özgün bir rol oynamaktadır (37).

Sigara bırakma oranının; hasta muayenesi sırasında hekimin yapacağı kısa bir tavsiye konuşması ile %66, daha kapsamlı ve etkili bir öneri ile ise %84 oranında arttığı bilinmektedir (37). Tavsiye konuşmasının ötesinde minimal düzeyde bir danışmanlık

sağlanması durumunda sigara bırakma oranının %130 oranında arttığını gösteren kapsamlı bir meta analiz de mevcuttur (38).

Sonuç olarak, sigara ve tütün ürünleri kullanımı, hem küresel hem de ulusal düzeyde büyük bir halk sağlığı sorunu teşkil etmektedir (31). Sigara bırakma danışmanlığı yaklaşımının, özellikle birinci basamak hekimleri olmak üzere, tüm hekimler tarafından bilinmesi ve farkındalığın artırılması, bu mücadelenin daha etkili bir şekilde yürütülmesi için son derece önemlidir (39).

2.1.4. Sigara Kullanımının Sağlığa Etkileri

Sigara, tütünün içilen bir formu olup, önemli sağlık problemlerine yol açan bir alışkanlıktır. Nikotin, beyindeki nikotinik asetilkolin reseptörlerine bağlanarak bağımlılığı teşvik eden ve gen ile reseptör ekspresyonunu ve nörotransmitter miktarlarını değiştiren bir tütün bileşenidir. Tütünün yakılması, 60'tan fazla kanserojen madde üreten bir süreci içerir; bunlar arasında polisiklik aromatik hidrokarbonlar ve N-nitrozaminler yer almaktadır. Bu zararlı bileşikler, tütün kullanımından yıllar sonra DNA hasarına ve mutasyonlara neden olmaktadır (40).

2.1.4.1. Solunum Sistemi Üzerindeki Etkiler

2.1.4.1.1. Akciğer Kanseri

Dünya genelinde kanserden ölümlerin erkeklerde en sık görülen nedeni, kadınlarda ise ikinci sırada önde gelen sebebi akciğer kanseridir. 2018 yılında dünya çapında yaklaşık 2,1 milyon kişide teşhis edilmiş ve tahminen 1,8 milyon ölüme neden olmuştur (41).

Sigara dumanının akciğer kanserine yol açma olasılığı ilk olarak 1912 yılında belirtilmiştir. Bu tarihten bu yana yapılan birçok epidemiyolojik araştırma, sigara kullanımı ile akciğer kanserinin birbirleriyle ilişkisini doğrulamış ve toplumda sigara tüketme alışkanlıklarını azaltma yönündeki çabalara öncülük etmiştir (42). Sigara içicilerinde kanser gelişme riski, günlük sigara tüketimi, kullanılan sigara türü, sigara kullanma süresi ve sigaraya başlama yaşı gibi faktörlerden etkilenmektedir (43). Bu kişilerde akciğer kanseri riskinin en büyük belirleyicisinin KOAH olduğu düşünülmektedir; çünkü sigara her iki hastalıkta da ortak bir biyolojik yolak aktivasyonuna neden olmaktadır (44).

2.1.4.1.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KOAH, öksürük, nefes darlığı ve hava akımı kısıtlılığı ile karakterize edilen yaygın bir solunum hastalığıdır. Bu hastalığın en önemli risk faktörü sigara kullanmaktır (45). Sigara içme süresi ve miktarı, hastalığın şiddetini etkiler. Yeterli miktarda sigara içildiğinde, hemen hemen tüm sigara içicilerinde akciğer fonksiyonlarında ölçülebilir bir azalma gözlenir. Araştırmalar, sigara içme ve akciğer fonksiyonları arasındaki ilişkiyi gösteren genel bir "doz-yanıt eğrisi" ortaya koymuştur. KOAH'a yol açacak sigara kullanma süresi ve yoğunluğu için kesin bir eşik, bireyden bireye farklılık göstermektedir (46).

2.1.4.2. Kardiyovasküler Sistem Üzerindeki Etkiler

Sigara kullanımı, kardiyovasküler hastalıkların (KVH) gelişiminde en önemli risk faktörlerinden biridir ve sigara içenlerin, içmeyen bireylere göre KVH geliştirme olasılığı 2-4 kat daha fazladır (47). Araştırmalar, sigara içme ile koroner kalp hastalığı, aterosklerotik aort anevrizması, serebrovasküler hastalık, felç ve tüm nedenlere bağlı ölümler arasında nedensel bir ilişki olduğunu göstermektedir. Sigaranın içindeki nikotin, hemodinamik etkiler yaratarak kalp hızında ani değişiklikler, miyokard kasılma kuvvetinde artış ve kan basıncında yükselmelere neden olur (48). Ayrıca, sigara dumanındaki serbest radikaller, lipidlere zarar vererek kolesterol oluşumuna yol açar ve bu da ateroskleroza neden olan bir proaterojenik oksidatif süreçtir (47).

Sigara tüketmenin ayrıca artmış inflamasyon ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir; bu durum C-reaktif protein ölçümleri ile tespit edilebilir. Sigara içimi, endoteldeki doku plazminojen aktivatör 10 salınımına engel olur, kan fibrinojen yoğunluğunu yükseltir ve artan sempatik aktivite sebebiyle trombosit aktivitesini yükselterek protrombotik durumu destekler (49). Sonuç olarak, sigara tüketmenin kardiyovasküler hastalıkların gelişimi üzerindeki zararlı etkileri, hemodinamik değişiklikler, inflamasyon, trombotik olaylar ve oksidatif stres gibi çeşitli mekanizmalarla açıklanmaktadır.

2.1.4.3. Sindirim Sistemi Üzerindeki Etkiler

Sigara kullanımının; mide ve duodenum ülserleri, ülseratif kolit, crohn hastalığı, mide, yemek borusu ve pankreas kanserlerinin gelişmesine neden olabilme ihtimali bulunmaktadır. Sigara içen bireylerde, sigara içmeyenlerle karşılaştırıldığında mide ve

duodenal ülser hastalığının görülme riski artmakta ve iyileşme dönemi daha uzun sürebilmektedir (50). Ayrıca, sigara kullanımı ağız ve diş sağlığı üzerinde zararlı etkiler yapar. Sigara, tükürük salgısını azaltarak ağız kuruluğuna, diş eti çekilmelerine, dişlerin sararmasına, kötü ağız kokusuna ve hatta oral kavite kanseri gibi önemli problemlere neden olabilir (51).

2.1.4.4. Üreme Sistemi Üzerindeki Etkiler

Literatür verileri, sigaranın hem aktif hem de pasif olarak tüketilmesinin, genel toplumda ve infertilite problemi yaşayan çiftler arasında sağlıklı, canlı doğum ihtimalini düşürdüğünü ve fertilitiyi azalttığını göstermektedir. Sigara kullanmak, spermilerin genetik yapısına hasar verebilir, hareketlerini ve miktarlarını olumsuz etkileyebilir. Ayrıca, erken yaşta menopoz riskini artırarak doğurganlığı olumsuz yönde etkileyebilir. Sigara içimi, abortus veya erken doğum riskini artırabilir ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin doğumuna neden olabilir (52). Sigaranın sağlığa olan diğer zararlarının yanı sıra, gebelerin sigara kullanımı veya pasif içicilik durumları, fetüs ve yenidoğan üzerindeki olumsuz etkiler sebebiyle önemli bir sorun teşkil etmektedir. Hamilelik döneminde sigara tüketmek, çeşitli mekanizmalar aracılığıyla fetüse oksijen iletiminin bozulmasına yol açar (53).

2.1.4.5. Sigaranın Sağlığa Diğer Etkileri

Sigara ve nikotin, renal sistemde de bozulmalara yol açabilir. Hipertansiyon hastalarında sigara kullanımı, adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve kortizol seviyelerinde artışa neden olur. Artan sempatik aktivite, böbrekleri daha kısa sürede yetmezliğe sokabilir. Bununla beraber, sigara böbrek kanlanmasını olumsuz yönde etki ederek böbrek dokusuna hasar verebilir (54). Sigara, kısa vadede stresi geçici olarak azaltıyor gibi görünebilir, ancak uzun vadeli araştırmalarda sigara tüketme alışkanlığı ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (55). Sigara, kemik sağlığı üzerinde de negatif etkiler yaratan bir risk faktörüdür. Sigaranın kolajen üretimini azaltması, kemiklerin zayıflamasına ve kırılğan hale gelmesine neden olur (56). Son araştırmalar, sigara içenlerde sigara içmeyenlere kıyasla %30-40 daha fazla tip 2 diyabet gelişme riskinin olduğunu göstermektedir. Ayrıca, diyabetli hastaların sigara kullanması nefropati, körlük, periferik nöropati ve amputasyon gibi komplikasyonların gelişme riskini de artırmaktadır (57). Sigara içmenin, doku yenilenme sürecini yavaşlatarak yara

iyileşme evresini uzatma, ciltte yaşlanma ve kırıksıklık belirtileri, skuamoz hücreli karsinom gelişme riskinde artma, sedef hastalığı, saç dökülmeleri ve oral kavite kanserleri gibi birçok dermatolojik hastalıkla ilişkisi tespit edilmiştir (57).

2.1.5. Nikotin Bağımlılığı

Nikotin, tütün bitkisinin yapraklarında bulunan ve merkezi sinir sistemi üzerinde uyarıcı etkisi olan bağımlılık yapıcı bir maddedir. Kanserojen olmasa da, nikotinin en yaygın kullanımı sigara içmeye yol açar ve bu da tütünle birlikte birçok kanserojen maddeye sürekli maruz kalmayı getirir (58). Nikotin inhalasyon sırasında akciğerler yoluyla kana geçer ve ardından beyne ulaşarak hızla dokulara yayılır. Beyinde, nikotinik asetilkolin reseptörüne bağlanarak dopamin salınımını tetikler; bu da sigara içmenin keyif verici etkisini sağlar. Bir nefes tütün dumanı çekme ile dopamin salınımı arasında geçen süre birkaç saniyedir (59).

Tekrarlayan fazik dopamin dalgaları hem bazal dopamin sentezini bozar hem de dopamine cevap veren hücre sayısını azaltır. Bu durum, reseptörlerin sayısının artmasına ve aynı cevabın elde edilmesi için daha çok madde tüketilmesine neden olur. Nikotin düzenli olarak vücuda alındığında, nöroadaptasyon mekanizması devreye girer ve vücut bu keyif verici maddeye bağımlı hale gelir (60). Sigara içerisindeki nikotinin yarılanma ömrü yaklaşık 2 saat olduğundan, gün içerisinde sık sık sigara içmek vücutta nikotin miktarının artmasına neden olur. Düzenli sigara kullanan bir kişi sigarayı bıraktığında, nikotinin ani yokluğu, kronik nikotin varlığıyla sağlanan dengenin bozulması sonucu Nikotin Yoksunluk Sendromu ortaya çıkar. Bu sendrom, disforik veya depresif bir ruh hali, sinirlilik, anksiyete, konsantrasyon güçlükleri ve iştah artışı gibi belirtilerle karakterizedir ve sigara bırakılmasının ardından 2-3 hafta içinde ortaya çıkar (61).

2.1.6. Nikotin Bağımlılığının Değerlendirilmesi

Nikotin bağımlılığının değerlendirilmesinde, Fagerström Tolerans Anketi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), Sigara Ağırlık İndeksi, Sigara Bağımlılık Ölçeği, Nikotin Bağımlılık Sendrom Ölçeği, WISDM (Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives) gibi birçok test bulunmaktadır. Ancak sigara bırakma polikliniklerinde, tedavi planlamasında en sık tercih edilen test FNBT'dir (62). Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)

Soru 1: İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz? a.Uyandıktan sonra ilk 5 dakika içinde (3 puan) b.6-30 dakika içinde (2 puan) c.31-60 dakika sonra (1 puan) d.60 dakika ve daha fazla zaman sonra (0 puan)
Soru 2: Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz? a.Evet (1 puan) b.Hayır (0 puan)
Soru 3: İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçmeyeceğiniz sigara hangisidir? a.Sabah içilen ilk sigara (1 puan) b.Diğerleri (0 puan)
Soru 4: Günde kaç adet sigara içiyorsunuz? a.10 veya daha az (0 puan) b.11-20 (1 puan) c.21-30 (2 puan) d.31 veya daha fazla (3 puan)
Soru 5: Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz? a.Evet (1 puan) b.Hayır (0 puan)
Soru 6: Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz? a.Evet (1 puan) b.Hayır (0 puan)
Puanlama; 0-2:Çok düşük bağımlılık 3-4:Düşük bağımlılık 5:Orta düzeyde bağımlılık 6-7:Yüksek bağımlılık 8-10:Çok yüksek bağımlılık

2.1.7. Sigara Bırakma Tedavisi

Klinisyenin rolü, tüm hastaların sigara kullanma durumunu kaydetmek ve tütün kullanan kişilere sigarayı bırakmaları hususunda açık tavsiyelerde bulunmak, onlara farmakolojik ve davranışsal tedavi seçenekleri sunmak ve bu seçenekleri birleştirerek takip sağlamaktır (63). Ayrıca, sigarayı bırakma konusunda hazır olmayan bireyler için motivasyonel görüşmeleri kullanarak onları sigarayı bırakma yönünde teşvik edebilir ve hasta sigarayı bırakmaya hazır olmadan önce bile farmakoterapi uygulamak gibi yarar sağlama stratejilerini uygulayabilir (64).

Tedavi protokolünü belirlemek ve süreci takip edebilmek için sigara kullanıcılarının önce bağımlılık düzeyleri tespit edilmelidir. Ardından, hastaya yaklaşımı netleştirmek amacıyla sigarayı bırakma isteklilikleri değerlendirilmelidir. Sigarayı bırakmaya istekli hastalar için 5A (Türkçesi 5Ö) stratejilerinin, isteksiz olan hastaların motivasyonunu artırmak için ise 5R stratejilerinin uygulanması tavsiye edilmektedir (65). Bu stratejiler sırasıyla Tablo 2 ve Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 2: Sigarayı Bırakmada İstekli Olan Hastalar İçin 5A (Türkçesi 5Ö) Stratejisi

#	İngilizce	Türkçe	Açıklama
1	Ask	Öğren	Her ziyarette tüm tütün kullanıcılarını sistematik olarak tanımlayın
2	Advice	Öner	Tüm tütün kullanıcılarını bırakmaya şiddetle teşvik edin
3	Asses	Ölç	Bırakma girişiminde bulunma isteğini belirleyin
4	Assist	Önderlik et	Hastanın bırakmasına yardımcı olun (danışmanlık ve ilaç sağlayın)
5	Arrange	Örgütleyin	Takip edin ve destekleyin

Tablo 3: Sigarayı Bırakmada İsteksiz Olan Hastalar İçin 5R Stratejisi

#	İngilizce	Türkçe	Açıklama
1	Relevance	İlişki	Sigara içmenin oluşturacağı zararlarla kişinin içinde bulunduğu durumu ilişkilendir
2	Risks	Riskler	Sigara içmeye bağlı oluşacak kısa ve uzun dönemli riskleri bildir
3	Rewards	Ödüller	Sigarayı bıraktığı zaman ortaya çıkacak potansiyel yararları anlat
4	Roadblocks	Engeller	Sigarayı bırakmanın önündeki olası engelleri anlat ve bunları aşabilecek çözüm önerileri sun
5	Repetition	Tekrar	İsteksiz hastalara motivasyonel desteği tekrar tekrar ver

Sigara bırakma tedavileri iki ana kategoriye ayrılmaktadır. Birincisi; bilişsel ve davranışçı terapiler aracılığıyla hastanın nikotin bağımlılığının farkına varmasını sağlamak, sigara bırakma tedavisi sırasında ortaya çıkabilecek yoksunluk semptomlarıyla başa çıkma metodlarını öğretmek ve bu süreçte motivasyonel destek sunmaktır. İkincisi ise; farmakolojik tedavilerle fizyolojik yoksunluk belirtilerini azaltarak sigara bırakma sürecini kolaylaştırmaktır. Her iki tedavi türünün birlikte yapılması, sigarayı bırakma başarısını olumlu yönde etkilemektedir (66).

2.1.7.1. Bilişsel ve davranışçı tedaviler

Bireyin sigara kullanma davranışının ve psikolojik boyutlarının anlaşılması ve motivasyonel görüşme yöntemi kullanılarak davranış değişikliğine destek olunması gereklidir. Motivasyonel görüşmeler, sigarayı bırakmanın önemini vurgulamak ve isteksiz hastaların öz motivasyonunu artırmak amacıyla, hastayı yargılamadan oluşturulan ikili diyalogları kapsar. Hastaların tamamına nikotin bağımlılığı hakkında bilgi verilmeli, bu sorunun çözülmesi için mevcut tedavi seçenekleri açıklanmalı ve tedavi sürecinde karşılaşılabilecekleri yoksunluk belirtileriyle mücadele etme yöntemleri

anlatılmalıdır. Motivasyonel görüşmeler, hastayla birebir görüşme, grup terapisi ve telefon danışmanlığı gibi çeşitli yöntemlerle gerçekleştirilebilir.

Davranışçı tedavilerde, kısa süreli görüşmelerin bile etkili olduğu bilinmektedir; ancak, görüşme süresinin uzaması sigara bırakma başarısını artırmaktadır (67). Araştırmalar, bilişsel ve davranışsal tedavilerin farmakolojik tedaviye uyumu yükselterek sigarayı bırakma başarısını arttırdığı ve poliklinik kontrollerindeki motivasyonel görüşmelerin önemini belirtmiştir (68).

2.1.7.2. Farmakolojik tedaviler

Günümüzde sigara bırakma tedavisinde reçete edilebilen birinci basamak ilaçlar üç gruba ayrılır. Bunlar; nikotin replasman tedavileri, bupropion ve vareniklidir.

Nikotin Replasman Tedavisi (NRT), Sigaranın bırakılmasından sonra ortaya çıkan fizyolojik yoksunluk belirtilerini, nikotini yerine koyma yöntemleriyle en aza indirmeyi amaçlar. FNBT'den elde edilen puana göre orta ve üzeri bağımlılık düzeyine (≥ 5 puan) sahip hastalar için NRT daha etkili olabilir. Nikotin bağımlılığı orta ve üzeri seviyede olanlar, günde toplam 15 adetten fazla sigara içenler veya düşük düzeyde bağımlı olup diğer sigara bırakma yöntemlerinden yeterli yarar görmeyenler için NRT uygulanır. NRT, sakız, transdermal bant, pastil, inhaler ve nazal sprey gibi çeşitli formlarda sunulmaktadır. En sık tercih edilen ve ülkemizde de yaygın olarak kullanılan formları nikotin sakızı ve transdermal banttır; ayrıca, bu iki yöntem genellikle kombine olarak önerilmektedir. NRT, sigara içimiyle elde edilen maksimum plazma nikotin seviyelerine ulaşmasa da hastanın yoksunluk belirtilerini en az seviyeye indirmek veya tamamen ortadan kaldırmak için yeterli olmaktadır. NRT'de kullanılan ilaçlar, 2-8 haftalık aralıklarla dozları azaltılarak bırakılır ve bu süreçte nikotin yoksunluk semptomlarının da azalması beklenir (66).

Bupropion, 18 yaş ve üzeri bireylerde sigara bırakma tedavisi için ruhsatlandırılmış nikotin dışı ilk ilaçtır. Dopamin ve noradrenalin geri alımını engelleyen ve aynı zamanda nikotinik asetilkolin reseptör antagonistliği yapan bir antidepressan ajandır (69). Son dönemde yapılan 46 araştırmayı değerlendiren bir meta-analizde, bupropionun sigara bırakma tedavisindeki etkinliği, plasebo kullanan veya farmakoterapi almayan yöntemlere kıyasla 1,64 kat yüksek tespit edilmiştir (70). Bupropionun en sık karşılaşılan

yan etkileri uykusuzluk, baş ağrısı ve ağız kuruluğudur. Bupropion tedavisi sigara bırakmadan önce başlatılır ve 7-14 gün içinde bir hedef sigara bırakma günü belirlenir. Tedaviye ilk üç gün 150 mg ile başlanır, ardından doz 300 mg'a çıkarılır ve bu miktar günde iki doza bölünerek devam edilir; tedavi genellikle bu dozda 8 hafta sürer. Tedavi süresi 6 aya kadar uzatılabilir. 8 haftanın sonunda hasta değerlendirilir; eğer sigarayı bırakmada herhangi bir ilerleme kaydedilmemişse, ilaç kesilmelidir. Ciddi yoksunluk belirtileri yaşayan veya sadece bupropion tedavisinden yeterince fayda görmeyen hastalarda, NRT ile kombine tedavi seçenekleri değerlendirilebilir (66).

Vareniklin, $\alpha 4\beta 2$ nikotinik asetilkolin reseptörlerine yüksek afinite ile bağlanan bir parsiyel agonisttir. Sigara kullanılmadığı dönemlerde, zayıf agonist etkisiyle dopamin seviyelerini yükseltir ve nikotin yoksunluk semptomlarını azaltır. Sigara içildiğinde ise, nikotinin reseptörlere bağlanmasını engelleyerek antagonist etkisi gösterir, böylece dopamin seviyesini yükseltmez ve hastanın sigarayı bırakmasını kolaylaştırır (71). Bulantı, uykusuzluk, anormal rüyalar ve baş ağrısı ilacın en sık rastlanan yan etkileridir. Vareniklin tedavisi, sigara bırakmayı hedeflenen günün bir hafta öncesinden başlatılır. Tedaviye ilk üç gün 0,5 mg ile başlanır, ardından 4 gün boyunca günde iki kez 0,5 mg olarak devam edilir. Sigaranın bırakılma günü olan 8. günden itibaren, günde iki kez 1 mg dozda kullanılır. Tedavi bu dozda en az 12 hafta devam eder ve nüks riski fazla hastalarda 6 aya kadar devam edilebilir. Vareniklinin NRT veya bupropion ile kombine kullanımlarının hem kısa hem de uzun vadede sigara bırakma başarısını artırdığına dair çalışmalar bulunmaktadır (72, 73)

2.2. STRES

2.2.1. Stres Kavramı ve Algılanan Stres

Günümüzde stres, genellikle bireyin mevcut kaynaklarının, karşılaştığı durumun taleplerine ve baskılarına yeterli olmadığı durumlarda ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik tepkiler olarak tanımlanır. Bu tanım, birey ile durum arasındaki etkileşime bağlı olarak stresin oluşumunu açıklar (74).

Dünya Sağlık Örgütü, stresi "zorlayıcı bir durumun yol açtığı endişe hali veya zihinsel gerginlik" olarak tanımlar. Stres, hayatımızdaki zorluklar ve tehditlerle başa çıkmamızı sağlayan doğal bir insani tepkidir. Her birey, belirli bir ölçüde stres yaşar. Aşırı stres, hem

fiziksel hem de zihinsel sağlık problemlerine yol açabilir. Stres, kaygı, sinirlilik, konsantrasyon g, kas ağrılarını, mide rahatsızlıkları, uyku problemleri, iştah kaybı ve aşırı yeme gibi belirtiler gösterebilir. Kronik stres, mevcut sağlık sorunlarını daha da kötüleştirebilir ve alkol, tütün gibi maddelerin kullanımını artırabilir (7).

Günümüzde Dünya Sağlık rgt, stresi 21. yüzyılın sağlık salgını olarak tanımlamış ve stresin duygusal ve fiziksel sağlığımız üzerinde yıkıcı etkiler yaratabileceğine dikkat çekmiştir (75).

Algılanan stres ise bireyin belli bir zamanda ne kadar stres altında bulunduğunu algılamasına bağlı olarak ortaya çıkardığı duygu veya düşünceleridir. Bu, kişinin yaşamında meydana gelen stresli olayların çeşidini veya sıklığını ölçmek yerine, kişinin genel olarak yaşamındaki stres hakkında nasıl hissettiğini ve bu stresle başa çıkma yeteneğini değerlendirir. Algılanan stres, bireyin çevresiyle olan etkileşiminde stres olarak değerlendirdiği durumları yansıtır (8).

2.2.2. Stres Yanıtı

Stres tepkisi, insanın gerçek veya algılanan stres koşulları altında homeostazı korumak amacıyla gelişmiştir. Bu homeostatik süreçlerin düzenlenmesinde hipotalamus-hipofiz-adrenal aks önemli bir rol oynar. Bu aksta en son üretilen ürün kortizoldr. Kortizol pulsatil bir şekilde salgılanır ve sirkadiyen bir ritmi vardır. Akut stres durumunda kortizol seviyeleri artar, ancak pulsatilite devam eder.

Kronik stres durumunda hipofiz bezinin hipotalamik aktivasyonu kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) yerini arginin vazopressine bırakır. CRH salgısı, geri bildirim mekanizmaları ile etkilenir ve bu durum ACTH salgısını artırır. Sonuç olarak, kortizol miktarı yüksek kalır ve pulsatilite bozulur (76).

Kortizol seviyelerindeki ani artışlar, savaş ya da kaç tepkisinin bir parçası olarak hayatta kalmayı desteklemek amacıyla yararlıdır. Ancak, uzun süreli stres maruziyeti, sürekli yüksek kortizol seviyeleri ile uyumsuz hale gelir ve bu durum faydalı etkilerin tersine dönmesine neden olabilir. Bu durum, metabolik sendrom, obezite, kanser, ruh sağlığı hastalıkları, kardiyovasküler sıkıntılar ve enfeksiyonlara karşı artan hassasiyet gibi geniş bir sorun yelpazesıyla sonuçlanabilir (77, 78).

2.2.3. Stres Kaynakları

Strese yol açan durumlar ve baskılar "stresörler" olarak adlandırılır. Stresörler bireyin kişisel özelliklerinden, iş yaşamından ve çevresel etkenlerden kaynaklanabilir (79).

Bireysel faktörler; stresin ortaya çıkmasının nedenlerinden biri, kişinin stresle ilgili algısı ve buna etki eden kişisel özelliklerdir. Bireyin yaşı, cinsiyeti, olaylara yaklaşımı, duygusal durumu, yaşam deneyimleri, yaşam standardı ve ekonomik durumu gibi etmenler, bireysel stres kaynaklarını oluşturur.

Örgütsel faktörler; örgütsel stres, bireyin işlevselliğinde olumsuz farklılıklar yaratan ve iş ile ilgili kişiler arası ilişkilerden kaynaklanan bir durumdur. İş hayatında rol çatışmaları, ast-üst ilişkileri, çalışma koşulları, zaman baskısı, fazla mesai, ücret ve izin durumları, örgütsel stresin kaynakları arasında yer alır.

Çevresel faktörler; kişinin kontrolü dışında gelişen ve günlük yaşamda karşılaşılan stres faktörleridir. Ulaşım sorunları, teknolojik ve sosyokültürel farklılıklar, ekonomik sorunlar, savaşlar ve göçler bu tür stres etkenlerine örnek olarak verilebilir.

Bireysel, örgütsel ve çevresel stres kaynakları birbirleriyle etkileşim içerisindedir. Örneğin, kişisel duygusal sorunlar veya ulaşım problemleri, kişinin iş yaşamını da etkileyebilir (79).

2.2.4. Stresin Belirtileri ve Sonuçları

Stres durumunda organizmanın bütünlüğünü korumak ve yeni duruma uyum sağlamak amacıyla vücutta çeşitli stres yanıtları ortaya çıkar. Akut ve kronik stres, bireysel ve örgütsel düzeyde farklı sonuçlar doğurur. Bireysel sonuçlar, fizyolojik, psikolojik ve davranışsal olmak üzere üç ana grupta değerlendirilebilir.

Fizyolojik sonuçlar; stres, çarpıntı, baş ağrısı, ateş, baş dönmesi, nefes darlığı, karın ağrısı, kabızlık veya ishal, iştahsızlıkla birlikte kilo kaybı ya da aşırı yeme eğilimi ile kilo alma, halsizlik ve kas krampları gibi belirtilere yol açabilir. Ayrıca, bazı stres etkenlerinin fonksiyonel bağırsak hastalıkları, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, gastroözofageal reflü ve peptik ülser gibi rahatsızlıkların başlangıcı veya semptomlarının şiddetlenmesiyle alakalı olduğu gösterilmiştir (80).

Psikolojik sonuçlar; Stres, endişe, öfke, tedirginlik, korkular, hayattan zevk alamama, öz saygı ve öz güvende azalma, tükenmişlik gibi belirtilere yol açabilir. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ise stresle doğrudan ilişkilendirilen psikiyatrik bir hastalıktır. TSSB, büyük bir travmanın ardından gelişir ve travmatik olayın aniden hatırlanması, rüyalar yoluyla yeniden yaşanması, travmayı hatırlatan uyaranlardan kaçınma ve artmış uyarılma gibi kendine has belirtiler veren psikiyatrik bir bozukluktur (81).

Davranışsal sonuçlar; dalgınlık, yemek yeme alışkanlıklarında değişiklikler, aşırı güven ya da güvensizlik, sigara, alkol ve madde kullanımına başlama veya kullanma miktarlarında artma, düzensiz uyku ve şiddet eğilimleri gibi belirtilere yol açabilir (82).

Stres ve sigara içme davranışının ilişkisini incelediğimizde; Danimarka'da gerçekleştirilen bir çalışmada, algılanan stres düzeyi, aynı cinsiyetten hiç sigara içmeyen bireylerle karşılaştırıldığında, her gün sigara içen erkeklerde %69, her gün sigara içen kadınlarda ise %36 daha yüksek bulunmuştur. Aynı araştırma, fazla stres seviyelerine sahip sigara kullananların günlük tükettikleri sigara miktarlarının da daha yüksek olduğunu göstermiştir (83). Sigara içen bireylerde algılanan stres düzeyi ile kişinin belirttiği nikotin yoksunluk semptomları arasında kuvvetli bir ilişki olduğu ve algılanan stres düzeyinin nikotin yoksunluk semptomlarını şiddetlendirebileceği gösterilmiştir (10).

Örgütsel sonuçlar; Örgütsel stres, iş hayatındaki gerilim durumlarını belirtir. Belli bir seviyedeki stres, kişilerin motivasyonlarını artırarak işlevsel bir uyarıcı olabilir, başarılarını destekleyebilir ve olumlu sonuçlar doğurabilir. Ancak, yüksek düzeydeki stres, devamsızlık artışına, verimlilik düşüşüne ve çalışma ortamında huzurun bozulması gibi negatif yönde etkilere neden olabilir (84).

2.2.5. Stres Yönetimi

Stres yönetimi, kişi stres faktörleriyle karşılaştığında stres seviyesini mümkün olan en düşük düzeyde tutmak için uygun yöntemler kullanma sürecidir. Doğru bir şekilde gerçekleştirilen stres yönetimi, bireyin fiziksel ve mental dengesini korumasına yardımcı olur, karşılaşılan zorluklarla başa çıkma yeteneğini geliştirir ve günlük yaşamda verimliliğini artırmaya imkan sağlar. Stresle başa çıkma stratejileri bireysel ve örgütsel

yöntemler olarak iki ana gruba ayrılabilir. Bireysel yöntemler ise fizyolojik, psikolojik ve davranışsal olmak üzere üç kategoriye ayrılabilir (85).

Fizyolojik yöntemler; stresin kişideki fizyolojik olumsuz etkilerini hafifletmeyi amaçlayan uygulamalar bu grupta yer alır. Progresif kas gevşetme tekniği, bu tür stres yönetimi terapileri arasında en tanınmış ve yaygın olarak kullanılan yöntemlerden biridir. Vücuttaki farklı kasları çok düşük seviyelerde dönüşümlü olarak sırayla germeyi ve sonrasında gerilimi serbest bırakmayı içeren bir yöntemdir (86).

Stresle mücadelede diğer bir fizyolojik yöntem doğru nefes teknikleridir. Stresörle karşılaşıldığında, vücut yüksek enerji ihtiyacı nedeniyle oksijen alımını artırmak amacıyla solunum hızlanır. Bu tekniklerin amacı, kişinin solunumunu düzenleyerek vücuttaki gerginliği azaltmaktır. Nefes egzersizleri arasında basitçe uygulanabilen yöntemlerden biri derin nefes almaktır. Bu yöntemle yavaş ve derin nefesler alınarak akciğerlerin alt kısımlarının daha çok havalanması sağlanmalıdır (87).

Psikolojik yöntemler; kişilerin olayları algılama şekillerini değiştirerek stresin yol açtığı olumsuz etkileri azaltmayı amaçlayan uygulamaları içerir. Otojenik eğitim bunlardan birisidir. Stres oluşturan fiziksel ve zihinsel sorunları, kişinin bedenini kontrol etme ve telkin etme aracılığıyla çözmeye yönelik bir terapi yöntemidir. Kişinin problemlerinin farkına varmasını sağlayarak öz güvenini arttırmak ve rahatsızlık veren olumsuz düşünceleri engelleyip bunları olumlu şekilde dönüştürmek amacıyla kullanılır (85).

Davranışsal yöntemler; bireylerin streslerini kontrol etmelerine yardımcı olan tutumları kapsar. Stresle mücadelede en etkili yöntemlerden biri zaman yönetimidir. Bu yöntem, bir hedef belirlemeyi, bu hedefe yönelik bir plan yapmayı, planı hemen uygulamaya koymayı, tamamlanma süresini belirlemeyi ve hedef gerçekleştirilene dek sürekli çalışmayı içerir (88). Ayrıca sosyal bağlantıları güçlendirmek, özsaygıyı artırmak ve günlük problem çözme yeteneklerini geliştirmek amacıyla bilişsel davranışçı terapi kullanılabilir. Bu yaklaşım, stres yaratan olayların yanı sıra, bu olayları nasıl değerlendirdiğimizin önemini anlamayı amaçlar (85).

Örgütsel yöntemler; çalışma hayatından kaynaklanan stresi önlemek için örgüt seviyesinde stres kaynaklarını yönetmeyi amaçlayan yöntemlerdir. Örgütsel stresle başa çıkabilmek için; işte öncelikler belirlenmeli, çalışanlar kapasitelerini aşan durumları

açıkça ifade etmeli, zaman yönetimi konusunda ortak kararlar alınmalı, iş ortamındaki rol belirsizlikleri çözülmeli, iş süreçleri kesintisiz sürdürülmeli ve samimi, keyifli bir çalışma ortamının sağlanması gerekmektedir (89).

2.2.6. Hekimlerde Stres

Sağlık personeli stresin etkilerini oldukça yoğun bir şekilde yaşayan önemli meslek gruplarından. Hastanelerde görev yapan hekimler bu grubun başında gelmektedir. Hekimlerin stres kaynakları genel olarak şu sebeplere dayanmaktadır; çalışma saatlerinin belli bir düzende olmaması, uzun nöbet süreleri, alınan ücretin yeterli olmaması, tanı ve tedavide hata yapma korkusu, insan hayatının sorumluluğunu alma zorunluluğu, hasta sayısına göre hekim sayısının yeterli olmaması, tıpta uzmanlık sınavının verdiği kaygı, alınan tıp eğitiminin yeterli düzeyde olmaması, bulaşıcı hastalıklarla karşılaşma tehlikesi, meslek hastalıkları, hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim problemi, hekimler arasında mesleki ve kişisel anlaşmazlıklar, çalışma ortamından memnun olmama, hastaların doktorlara kendi isteklerini yaptırmak amacıyla baskı yapması ve doktorun fikrini önemsememesi (ilaç yazdırma, rapor alma, tetkik istemi vs.), hekimlerin kendi yakınları hasta olduğunda kimlik karmaşası yaşamak, toplum tarafından çalışmalarının takdir edilmemesi ve gereken saygıyı görememeleri gibi birçok faktör doktorlarda strese neden olmaktadır (90).

Stres ise çalışanlarda; işe gitmede isteksizlik, iş yerinden ayrılma isteği, kendini yetersiz hissetme duygusu, çalışma ortamında iş birliği sağlayamama, dikkatsizlik ve konsantre olamamaya bağlı hata yapma riskinde artış, izin veya rapor gibi yollara başvurarak işten uzaklaşma, karar verme yeteneğinde azalma veya yanlış kararlar verme ve yaptığı işin veriminde azalma gibi olumsuz sonuçlara neden olabilir (90).

Hekimlerde mesleğin neden olduğu stres faktörleri gün geçtikçe azımsanmayacak şekilde yükseliş göstermektedir. İş verimi ve iş tatmini hususlarında, hekimin fizyolojik durumu kadar, psikolojik durumu da oldukça önemlidir. Çalışanın beden ve ruh sağlığı, ortamın sağlığını da aynı şekilde etkilemektedir. Bu sebeple çalışanların stres seviyelerini azaltma, huzurlu bir çalışma ortamını sağlamada önemli bir rol oynamaktadır (90).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Özellikleri

Bu çalışma tek merkezli, tanımlayıcı tipte kesitsel analitik bir araştırma olarak planlandı. Çalışma Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastaneleri'nde çalışan, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 377 araştırma görevlisi ile gerçekleştirildi. Çalışmaya dahil edilen araştırma görevlileri detaylı olarak bilgilendirilerek çalışmanın amacı anlatıldı. Sözlü ve yazılı onamları alındı. Çalışmada tarafımızca literatür incelemesi sonucunda hazırlanan ve konuyla ilgili çeşitli bilgi ve faktörleri sorgulayan sosyodemografik veri formu, katılımcıların nikotin bağımlılığını belirlemek amacıyla 'Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi' (FNBT), algılanan stres düzeylerini değerlendirmek için 'Algılanan Stres Ölçeği' (ASÖ) nin 14 soruluk versiyonu uygulandı. Veriler 5 Mayıs 2024 - 1 Temmuz 2024 tarihleri arasında yüz yüze anket olarak toplandı.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini; Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastaneleri'nde çalışan 762 araştırma görevlisi oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü, %95 güven aralığında %5 hata payıyla power analizinde minimum 256 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya 216 kadın, 161 erkek olmak üzere toplam 377 araştırma görevlisi dahil edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Yapılması İçin Alınan İzinler

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun Karar No: 2024/222 olan 27.03.2024 tarihinde yapılan toplantısında verilen karar ile etik kurul onayı alınmıştır.

Bu çalışmanın araştırma görevlisi doktorlar ile yapılması Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı tarafından 05.03.2024 tarihinde E-14857630-900-615541 sayılı evrak ile uygun görülmüştür.

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan araştırma görevlisi hekim listeleri alınmıştır.

3.4. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

Çalışmaya Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde temel ve klinik bilimlerde araştırma görevlisi olarak çalışan ve bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmayı kabul eden 377 araştırma görevlisi doktor dahil edildi.

3.5. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

Herhangi bir nedenle çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve doğum, askerlik, ücretsiz izin, yıllık izin ve raporlu olan araştırma görevlisi doktorlar çalışma dışında bırakıldı. 7 araştırma görevlisi çalışmaya katılmaya gönüllü olmadığı için çalışma dışı bırakıldı.

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmamızda bilgilendirilmiş gönüllü onam formu, sosyodemografik verileri içeren ve araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan soruları içeren anket formu ile Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT) ve Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) kullanıldı.

3.6.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Çalışmanın amacı, kim tarafından yapılacağı, iletişim bilgileri, çalışma hakkında kısa bir özet içeren bir form hazırlanmış ve katılımcıların kendi rızası ile çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair imza atmaları istenmiştir. Anketler araştırmacı tarafından, katılımcılardan gönüllülük esasına dayalı olarak bilgilendirilmiş gönüllü olur formu imzalandıktan sonra, yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı.

3.6.2. Sosyodemografik Anket Formu

Bu çalışmada kullanılan anket formunun ilk bölümünde 17 sorudan oluşan katılımcıların sosyo-demografik verilerini içeren sorular (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk durumu, kronik hastalık durumu, gelir-gider durumu, asistanlık bölümü ve branşı, meslekteki yılı, nöbet sayısı, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, sigara dışında tütün kullanım durumu, aktif hasta bakma, klinikteki işini tanımlama ve çalışma ortamını tanımlama) soruldu. 17. soruda sigara kullanma durumu sorgulandı ve sigara kullanan araştırma görevlileri 18.sorudan 35.soruya kadar sigara kullanımına ilişkin çeşitli bilgi ve faktörleri sorgulayan sorular (günlük içilen sigara adeti, sigara kullanma süresi ve sıklığı, içilen sigara türü, hangi zaman diliminde daha çok sigara kullanıldığı, hekimlik mesleğinin sigara kullanmaya etkisi, yoğun geçen ve öfkeliendirici bir olay yaşanan mesai gününde sigara içme davranışı, kendini yetersiz hissedilen günlerde sigara içme davranışı, sigara kullanmanın rahatlatıcı olup olmadığı, sigarayı mola fırsatı olarak değerlendirme, nöbette sigara içme durumu, sigaraya başlama yaşı, sigara içmeyi başlatan sebepler ve uyarıcı faktörler ve son olarak sigarayı bırakma düşüncesi ve deneme durumu) soruldu. 17. soruya bıraktım yanıtı verenler 36.soruda bırakma sebeplerini ve 37. soruda bırakma yöntemlerini belirtti. 31.soruda aile ve çevrede sigara kullanan kişiler soruldu ve bu soruyu tüm katılımcılar yanıtladı. Anketin ikinci bölümü sigara içenler için 6 sorudan oluşan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ve hekimlerin sigara bıraktırma davranışlarına ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Anketin son bölümünde ise Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) yer almaktadır.

Katılımcılara 5 Mayıs 2024 tarihinden 1 Temmuz 2024 tarihine kadar servis, poliklinik ve laboratuvarlardan ulaşıldı. Öğretim üyesi, intern doktor, stajyer doktorlar çalışmamıza dahil olmadığı için ilk karşılaşmada hekimin asistanlık durumu sorgulandı. Hekimin çalışma yoğunluğuna göre anket için doldurma süresi verildi. Araştırma görevlilerinin çalışma şartlarının yoğunluk durumuna göre anketler yüz yüze ya da sabah verilip mesai bitimine yakın uğrayıp alınarak tamamlandı. Ortopedi ve travmatoloji bölümünde görev yapan araştırma görevlileri çalıştıkları birimlerde ziyaret edildi. Toplam 21 araştırma görevlisine ulaşılmaya çalışıldı. 9 araştırma görevlisine çalıştıkları kliniklerde nöbet ertesi izinli oldukları, ameliyathanede bulundukları gibi benzer sebeplerden kaynaklı ulaşamadı. 12 araştırma görevlisine çalıştıkları birimlerde ulaşıldı, çalışma hakkında bilgilendirme yapıldı. 7 araştırma görevlisi ise çalışmaya katılmayı kabul etmedi.

Sebeplerini yoğun çalışma şartları, anket doldurmak için yeterli vakitlerinin olmaması olarak açıkladılar. Çalışmayı kabul eden toplam 5 araştırma görevlisine anketler yüz yüze ya da sabah verilip mesai bitimine yakın uğrayıp alınarak tamamlandı. Diğer bölümlerde çalışmakta olan araştırma görevlilerine bulundukları birimlerde ulaşıldı ve hedef sayıya ulaşılan dek anketler uygulandı. Anketler tamamlandıktan sonra SPSS veri tabanına kaydedildi.

3.6.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)

Bu test, çalışmaya katılan araştırma görevlilerinde sigara içenlerin nikotine bağımlılığı ve derecesinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı. Ölçek sigaraya olan fiziksel bağımlılığın derecesini saptamak amacıyla Fagerström tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir (91). Bu test 1991’de Heatherton ve ark. tarafından yeniden ele alınmış ve FBNT ortaya çıkmıştır (92). Testin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2004 yılında Uysal ve arkadaşları tarafından yapılmış ve orta derecede güvenilir bulunmuştur (Cronbach alfa:0.56) ve dikkat edilmesi gereken sorulara dikkat çekilmiştir (93). FNBT 6 sorudan oluşmakta olup, sorulara verilen cevaplara göre puan verilmektedir. Maksimum 10, minimum 0 puan alınmaktadır. 0-2 puan: Çok az bağımlı; 3-4 puan: Az bağımlı; 5 puan: Orta derecede bağımlı; 6-7 puan: Yüksek bağımlı; 8-10 puan: Çok yüksek bağımlı olarak derecelendirilmektedir. Ölçekten alınan puanın artışı sigara bağımlılığının yüksek olduğunu göstermektedir.

3.6.4. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)

ASÖ Cohen, Kamarck ve Mermelstein tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir (94). Eskin ve arkadaşları tarafından yapılan algılanan stres ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerlilik analizi sonucunda iç tutarlılık katsayıları ASÖ-14 için 0.84 olarak bulunmuştur (95).

Toplam 14 maddeden oluşan ASÖ kişinin hayatındaki birtakım durumların ne derece stresli algılandığını ölçmek için tasarlanmıştır. Katılımcılar her maddeyi “Hiçbir zaman (0)” ile “Çok sık (4)” arasında değişen beşli Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Maddelerden olumlu ifade içeren yedisi (4, 5, 6, 7, 9, 10, 13. maddeler) tersten puanlanmaktadır. On dört maddelik uzun formunun yanı sıra ASÖ’nün 10 ve 4 maddelik olmak üzere iki formu daha bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda 14

maddelik formu kullanılmıştır. ASÖ-14'ün puanları 0 ile 56 arasında değişirken yüksek puan kişinin stres algısının fazlalığına işaret etmektedir.

ASÖ maddelerinin yeterli düzeyde iç tutarlık ve test tekrar-test güvenilirliğine sahip olduğu gösterilmiş, bu bulgular ile ASÖ'nün yüksek düzeyde eşzamanlı geçerliliğe sahip bir ölçüm aracı olduğu ortaya koyulmuştur. Çalışmanın bulgularını göz önüne alacak olursak, Türkçe ASÖ'nün uzun ve kısa formları insanların hayatlarındaki stres algılarını ölçmede geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak değerlendirilmiştir (95).

3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel analiz, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 28.0 paket programı ve Graphpad Prism versiyon 10.0.3 kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Normal dağılımın değerlendirilmesinde çarpıklık–basıklık değerleri ve histogram grafiklerinin görsel incelemesi kullanılmıştır. Çarpıklık (skewness) değeri, bir dağılımın simetrisini ölçmek için kullanılır. Pozitif çarpıklık, dağılımın sağa doğru çekik olduğunu gösterirken negatif çarpıklık, dağılımın sola doğru çekik olduğunu ifade eder. Basıklık (kurtosis) ise bir dağılımın kuyruklarının ve pikinin şekli hakkında bilgi verir. Yüksek basıklık değerleri, sivri ve dar bir pik anlamına gelirken düşük basıklık değerleri, daha yaygın ve yuvarlak bir piki işaret eder. Literatüre bakıldığında çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1,5 ile +1,5 değerleri arasında olması durumunda, verinin normal dağılıma uyduğu şeklinde yorumlanabileceği ifade edilmektedir. Normal dağılım gösteren parametrelerde, ikili grup analizlerinde Student's t-testi, çoklu grup analizlerinde One-way ANOVA testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen parametrelerde, ikili grup analizlerinde Mann Whitney U-testi, çoklu grup analizlerinde Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki korelasyonlar, Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları tablo ve grafikler halinde sunulmuştur. Tüm testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Mevcut araştırmaya Erciyes Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi'nde temel, dahili ve cerrahi bölümlerde görev yapmakta olan toplam 377 araştırma görevlisi katılmıştır. Katılımcıların 216'sı (%57,3) kadın, 161'i (%42,7) ise erkektir ve katılımcıların yaş ortalaması 29,86'dır (ss: 4,63).

Katılımcıların 211'i (%56,0) evli/birlikte iken 166'sı (%44,0) bekâr/ayrıdır. Katılımcıların 102'sinin (%27,1) en az bir çocuğu bulunmaktadır. Kronik hastalığı olan katılımcıların oranı ise %11,7'dir (n = 44).

Katılımcılara ait tanımlayıcı özellikler Tablo 4'te özetlenmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların (araştırma görevlilerinin) tanımlayıcı özellikleri (n = 377)

	$\bar{x}$	ss
Yaş, (yıl)	29,86	4,63
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	216	57,3
Erkek	161	42,7
Medeni durum		
Evli/Birlikte	211	56,0
Bekar/Ayrı	166	44,0
Çocuk durumu		
Var	102	27,1
Yok	275	72,9
Kronik hastalık		
Var	44	11,7
Yok	333	88,3
Gelir durumu		
Gelir > Gider	131	34,7
Gelir < Gider	61	16,2
Gelir = Gider	185	49,1

n: Birim sayısı, %: Yüzde değer, $\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma

Katılımcıların mesleki özellikleri Tablo 5’de özetlenmiştir. Katılımcıların 265’i (%70,3) dahili bir bölümde uzmanlık eğitimine devam ederken cerrahi bir bölümde uzmanlık eğitimine devam eden katılımcıların oranı yaklaşık 1/4’tür (93 kişi).

Çalışmaya Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde temel, dahili ve cerrahi bölümlerde görev yapmakta olan 762 araştırma görevlisinden 377’si dahil edilmiş olup tüm araştırma görevlilerinin %49,4’üne ulaşılmıştır. Temel bilimlerde çalışan 47 araştırma görevlisinden 19’u dahil edilerek temel bilimlerde çalışanların % 40,4’üne, dahili bilimlerde çalışan toplam 510 araştırma görevlisinden 265’i dahil edilerek dahili bilimlerde çalışanların %51,9’una ve cerrahi bilimlerde çalışan 205 araştırma görevlisinden 93’ü dahil edilerek cerrahi bilimlerde çalışanların %45,3’üne ulaşılmıştır.

Araştırma görevlilerinin yaklaşık 3/4'ü (%70,6) ayda en az bir kere nöbet tuttuğunu belirtmiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısı (%47,7) işini “orta” zorlukta şeklinde tanımlarken işini “zor” olarak tanımlayan katılımcıların oranı ise %44,0’tür.

Tablo 5. Katılımcıların mesleki özellikleri (n = 377)

	<i>n</i>	%
Anabilim dalı		
Temel bilimler	19	5,0
Dahili bilimler	265	70,3
Cerrahi bilimler	93	24,7
Aktif hasta bakma		
Evet	340	92,0
Hayır	37	8,0
Nöbet durumu		
Var	266	70,6
Yok	111	29,4
Aylık nöbet sayısı		
Yok	111	29,4
1–4	86	22,8
5–8	180	47,7
İşinizi nasıl tanımlarsınız?		
Kolay	31	8,2
Orta	180	47,7
Zor	166	44,0
Çalışma ortamınızı nasıl tanımlarsınız?		
İyi	255	67,6
Kötü	122	32,4

n: Birim sayısı, %: Yüzde değer

Katılımcıların branş özellikleri Tablo 6’da gösterilmektedir. Katılımcıların 43’ü (%11,4) Aile Hekimliği Anabilim Dalında, 48’i (%12,7) İç Hastalıkları Anabilim Dalında, 26’sı (%6,9) ise Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.

Tablo 6. Katılımcıların branş özellikleri (n = 377)

	<i>n</i>	%
Acil Tıp	15	4.0
Adli Tıp	4	1.1
Aile Hekimliği	43	11.4
Anatomi	1	0.3
Anestezi ve Reanimasyon	25	6.6
Beyin ve Sinir Cerrahisi	6	1.6
Biyokimya	5	1.3
Çocuk Cerrahisi	2	0.5
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	12	3.2
Dermatoloji	14	3.7
Enfeksiyon Hastalıkları	10	2.7
Farmakoloji	2	0.5
Fizyoloji	3	0.8
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	14	3.7
Genel Cerrahi	7	1.9
Genetik	11	2.9
Göğüs Cerrahisi	2	0.5
Göğüs Hastalıkları	10	2.7
Göz Hastalıkları	9	2.4
Halk Sağlığı	5	1.1
Histoloji ve Embriyoloji	2	0.5
İç Hastalıkları	48	12.7
Kadın Hastalıkları ve Doğum	3	0.8
Kardiyoloji	12	3.2
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	12	3.2
Kalp ve Damar Cerrahisi	3	0.8
Mikrobiyoloji	5	1.3
Nöroloji	12	3.2
Nükleer Tıp	1	0.3
Ortopedi ve Travmatoloji	5	1.3
Patoloji	5	1.3
Pediatric	26	6.9
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	9	2.4
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	9	2.4
Radyasyon Onkolojisi	2	0.5
Radyoloji	17	4.5
Tıbbi Biyoloji	1	0.3
Üroloji	5	1.3

n: Birim sayısı, %: Yüzde değer

Katılımcıların sigara kullanımına ilişkin özellikler Tablo 7’de özetlenmiştir.

Katılımcıların yaklaşık 3/4’ü (265 kişi) daha önce hiç sigara içmediklerini veya sigarayı bırakmış olduklarını ifade etmiştir. Bu nedenle bazı istatistiksel analizler yalnızca sigara içmeye devam eden (düzenli olarak veya nadiren) katılımcılar üzerinde yapılmıştır.

Tablo 7. Katılımcıların sigara kullanımına ilişkin özellikleri

	<i>n</i>	%
Sigara içme durumu		
Hiç içmedim / bıraktım (içmiyor)	265	70,3
Nadiren içiyorum / düzenli içiyorum (içiyor)	112	29,7
İlk sigara içme yaşı		
< 18	6	5,4
18–25	69	61,6
> 25	37	33,0
Sigara dışı tütün ürünü kullanımı		
Yok	352	93,4
Var	25	6,6
Sigara türü		
Filtreli sigara	102	91,1
Filtresiz sigara	3	2,7
Filtreli + Elektronik	7	6,3
Hangi zaman diliminde daha çok sigara içiyorsunuz?		
Mesai içi	62	55,4
Mesai dışı	50	44,6
Hekimliğe başlama sonrası sigara içme		
Arttı	74	66,1
Değişmedi	34	30,4
Azaldı	4	3,6
Yoğun geçen mesai		
Artırır	72	64,3
Değiştirmez	30	26,8
Azaltır	10	8,9
Mesai sırasında öfkelenendirici olay		
Artırır	98	87,5
Değiştirmez	14	12,5
İşteki yetersizlik hissi		
Artırır	71	63,4
Değiştirmez	38	33,9
Azaltır	3	2,7

Nöbetler		
Artırır	74	66,1
Değiştirmez	32	28,6
Azaltır	6	5,4
Sigara mola fırsatıdır.		
Katılıyorum	65	58,0
Kararsızım	14	12,5
Katılmıyorum	33	29,5
Sigara rahatlatıcıdır.		
Katılıyorum	70	62,5
Kararsızım	23	20,5
Katılmıyorum	19	17,0
Yakın çevrede sigara içme durumu		
Eşim sigara içer	42	11,1
Annem sigara içer	32	8,5
Babam sigara içer	95	25,2
Kardeş(ler)im sigara içer	91	24,1
Arkadaşlarım sigara içer	229	60,7
Yakın çevremde kimse sigara içmez	67	17,8
Sigara içmeye başlatan nedenler		
Ailede kullananların olması	7	6,3
Arkadaşlar arasında kullananların olması	75	67,0
Stres ve sıkıntı	55	49,1
Özenti ve heves	18	16,1
İş ortamı	37	33,0
Mesleğe başlama	13	11,6
Diğer	5	4,5
<i>n: Birim sayısı, %: Yüzde değer</i>		

Katılımcıların sigara bırakma ile ilgili deneyimleri Tablo 8’de özetlenmiştir. Katılımcıların yaklaşık 2/3’ü (74 kişi) sigara bırakmayı en az bir kere düşündüğünü ifade etmiştir. Bununla birlikte katılımcıların yaklaşık yarısı (55 kişi) sigara bırakma girişiminde hiç bulunmamıştır.

Tablo 8. Katılımcıların sigara bırakmaya ilişkin deneyimleri

	<i>n</i>	%
Sigara bırakmayı hiç düşündünüz mü?		
Evet	74	66,1
Hayır/hatırlamıyorum	38	33,9
Sigara bırakma girişiminiz oldu mu?		
Evet	57	50,9
Hayır	55	49,1
Sigara bırakma girişiminin nedenleri		
Sağlık problemleri	6	7,9
Aile isteği	15	19,7
Mesleki sorumluluk	14	18,4
Kamu spotları	3	3,9
Zararlı olduğunu düşüncesi	66	86,8
Gebelik ve emzirme	3	3,9
İyi bir rol model olmak	21	27,6
Diğer	2	2,6
Sigara bırakmak için kullandığınız yöntemler		
Farmakolojik yöntemlerle	11	14,5
Alternatif tıp teknikleri	2	2,6
Sigara bırakma polikliniği	4	5,3
Bireysel çaba	71	93,4

n: Birim sayısı, %: Yüzde değer

Araştırma görevlilerinin mesleklerini icra ederken sigara kullanımına yönelik tutumlarını değerlendirmek için araştırmacı tarafından bazı sorular hazırlanmıştır. Katılımcıların bu sorulara verdikleri cevaplar Tablo 9’da özetlenmiştir.

Tablo 9.Katılımcıların mesleklerini icra ederken sigara kullanımına yönelik tutumları

	<i>n</i>	%
Poliklinikte ve serviste yatan hastaların sigara içme durumunu sorgularım.		
Her zaman	123	32,6
Sıklıkla	120	31,8
Bazen	82	21,8
Hiç	22	5,8
Sigara içen hastaların sigarayı bırakma düşüncelerini sorgularım.		
Her zaman	52	13,8
Sıklıkla	102	27,1
Bazen	124	32,9
Hiç	69	18,3
Sigara kullanan hastalarımın sigarayı bırakmalarını öneririm.		
Her zaman	121	32,1
Sıklıkla	132	35,0
Bazen	73	19,4
Hiç	21	5,6
Hastalarımın sigaranın zararları ve neden olduğu hastalıklar hakkında bilgilendiririm.		
Her zaman	62	16,4
Sıklıkla	147	39,0
Bazen	103	27,3
Hiç	35	9,3
Sigara içen hastalarımın sigara bırakma yöntemleri konusunda bilgilendiririm.		
Her zaman	32	8,5
Sıklıkla	85	22,5
Bazen	137	36,3
Hiç	93	24,7

n: Birim sayısı, %: Yüzde değer. Not: Katılımcıların tamamı tüm sorulara yanıt vermediğinden dolayı eksik veriler bulunmaktadır. Bu nedenle yüzdelerin toplamı 100 olmamıştır. Katılımcılar arasında eksik veriler olduğundan dolayı oranların toplamı yüzde yüz olmayabilir.

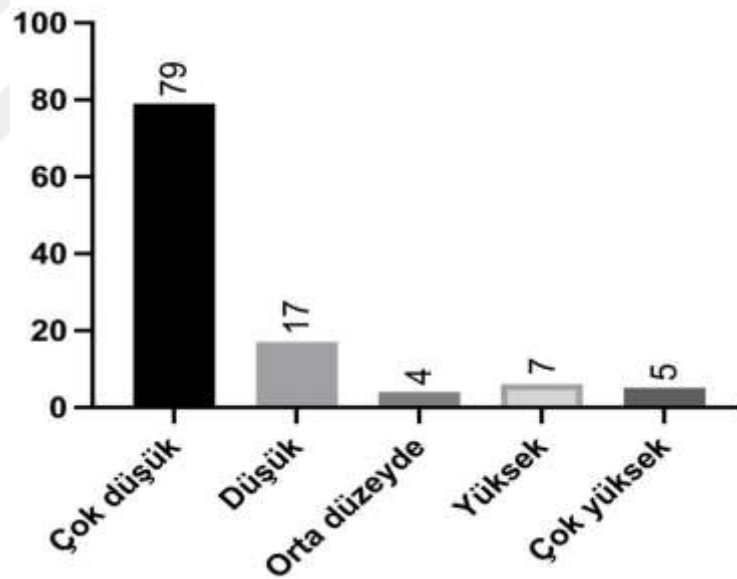
İstatistiksel analiz sürecinde, mevcut araştırmada kullanılan ölçeklerin psikometrik özellikleri incelenmiştir. Katılımcıların Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) skorlarının ortalaması 1,71'dir (standart sapma: 2,52). Ölçekten alınan minimum skor 0, maksimum skor ise 10'dur. FNBT'nin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) 0,818 olarak hesaplanmıştır (Tablo 10).

Tablo 10: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testine ait istatistikler

$\bar{x}$	ss	Minimum	Maksimum	Cronbach alfa
1,71	2,52	0	10	0,818

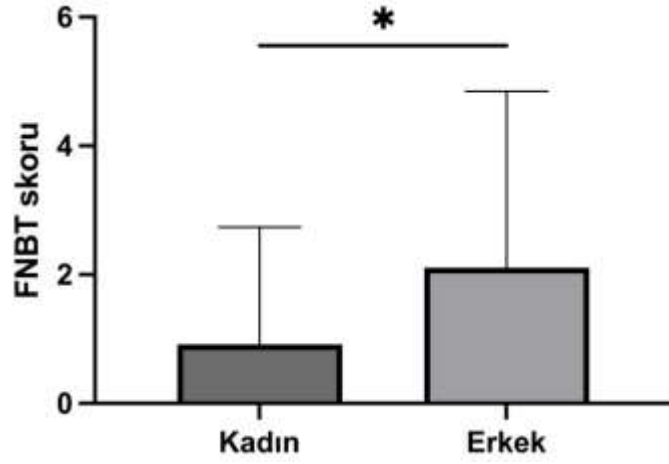
$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma

Katılımcıların FNBT skorlarına göre bağımlılık düzeyleri Grafik 1'de gösterilmiştir.



Grafik 1. Katılımcıların FNBT skorlarına göre sigara bağımlılık düzeyleri

FNBT skorlarının tanımlayıcı özelliklere göre değişimlerine bakıldığında, ölçek skorlarının cinsiyete göre anlamlı derecede farklılaştığı görülmektedir. Erkeklerin FNBT skorları kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur ($z = -2,527$, $p = 0,011$) (Grafik 2).

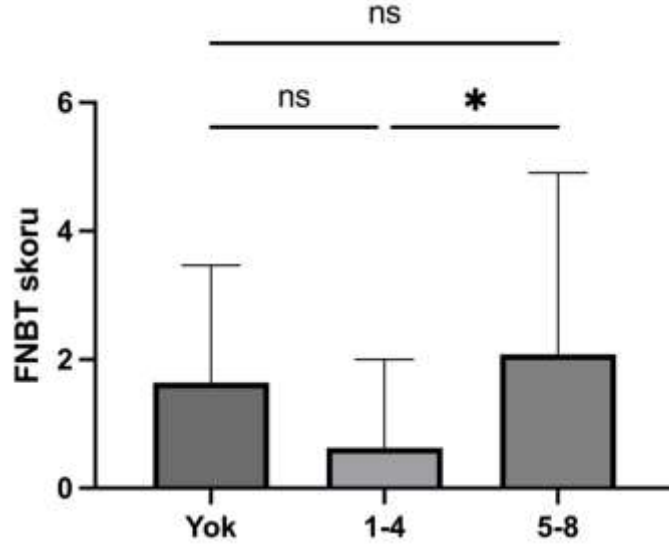


Grafik 2. FNBT skorlarının kadın ve erkeklere göre dağılımı

Katılımcıların FNBT skorları medeni durumlarına göre anlamlı derecede farklılık göstermemiştir. Benzer şekilde, çocuk durumu, kronik hastalık varlığı ve gelir durumuna göre FNBT skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yaş ile FNBT skorları arasında yapılan korelasyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

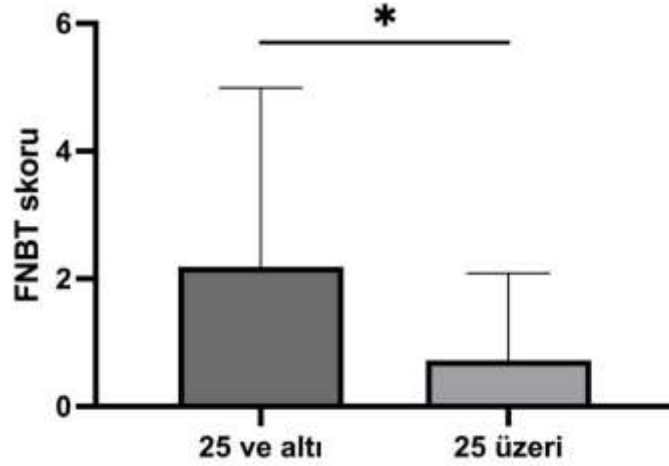
Katılımcıların uzmanlık eğitimine devam ettikleri anabilim dalının türü, asistanlıkta geçen süre, işlerini ve çalışma ortamlarını tanımlama durumlarına göre FNBT skorları istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmamıştır. Ancak, yapılan Ki-kare analizi cerrahi bölümlerde uzmanlık eğitimine devam eden katılımcılardaki sigara içme oranının temel/dahili branşlarda uzmanlık eğitimine devam eden katılımcılardaki orandan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğunu ortaya koymuştur ($\chi^2 = 29,08$, $p < 0,001$).

Katılımcıların mesleki özellikleri ile FNBT ölçek skorları arasındaki ilişki de değerlendirilmiştir. 5 ile 8 arasında nöbet tutan araştırma görevlilerinin FNBT skorları 1 ile 4 arası nöbet tutan katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p = 0,024$) (Grafik 3).



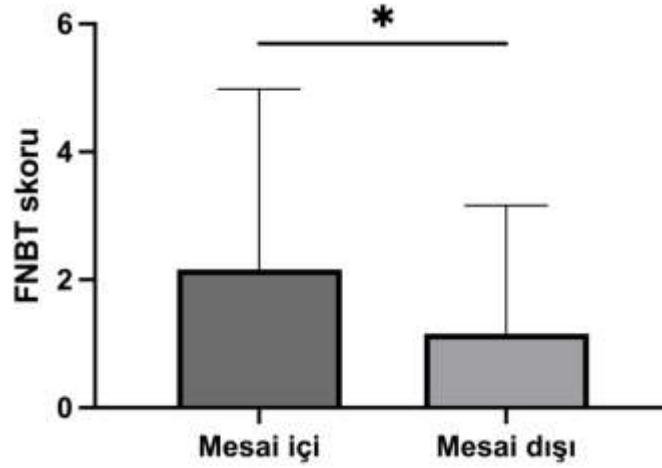
Grafik 3. FNB T skorlarının nöbet sayısına göre dağılımı

Katılımcıların sigara kullanım özellikleri ile FNB T skorları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, 25 yaş öncesinde sigara kullanmaya başlayan araştırma görevlilerinin FNB T skorları, 25 yaşından sonra sigaraya başlayanlardan anlamlı derecede yüksektir ($z = -2,524$, $p = 0,012$) (Grafik 4).



Grafik 4. FNB T skorlarının sigaraya başlangıç yaşına göre dağılımı

Araştırma görevlilerinin hangi zaman diliminde daha çok sigara içtiklerine göre FNB T skorlarının değişimi incelendiğinde, mesai içinde daha çok sigara içenlerin mesai dışında daha çok sigara içen katılımcılara göre FNB T skorları anlamlı derecede yüksektir ($z = -2,061$, $p = 0,039$) (Grafik 5).



Grafik 5. FNB T skorlarının daha çok sigara içilen zaman dilimine göre dağılımı

Katılımcıların hekimlik deneyimlerinin FNB T skorları ile arasında bir ilişki olup olmadığını değerlendirmek için bir korelasyon analizi yapılmıştır. Hekimlik tecrübesi ortalama 4,84 yıldır ve FNB T skorları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($r_s = -0,038$, $p = 0,691$). Katılımcıların sigara içtikleri süre ortalama 6,68 yıldır ve FNB T skorları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki mevcuttur ($r_s = 0,389$, $p < 0,001$).

Yakın çevrede sigara içenlerin katılımcıların sigara içme durumlarıyla ilişkisini değerlendirmek için bir Ki-kare analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda kardeşleri ($\chi^2 = 4,401$, $p = 0,036$) ve arkadaşları ($\chi^2 = 23,42$, $p < 0,001$) sigara kullanan katılımcıların sigara içme oranları diğerlerine göre anlamlı derecede yüksektir. Aksine çevresinde sigara kullanan kimse bulunmayan katılımcıların ise sigara içme oranları diğer gruptan anlamlı derecede düşüktür ($\chi^2 = 16,805$, $p < 0,001$). Eşin, annenin ve babanın sigara içme durumu katılımcıların sigara içme durumlarıyla anlamlı derecede ilişkili değildir.

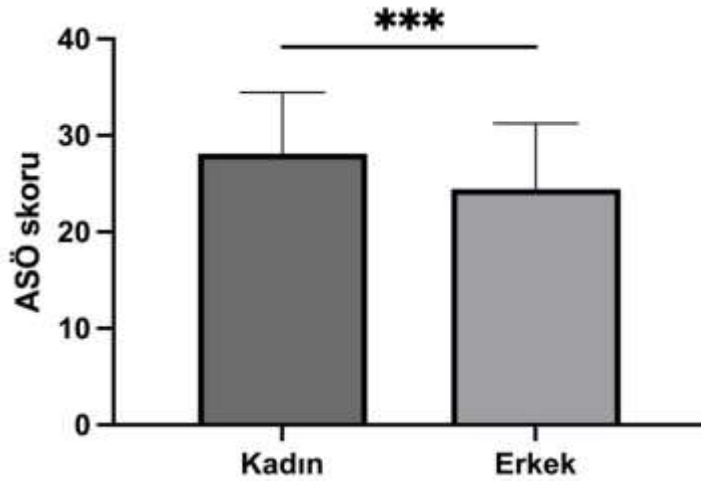
Araştırmada kullanılan bir diğer ölçek olan Algılanan Stres Ölçeğinden (ASÖ) elde edilen skorların ortalaması 26,55'tir (ss: 6,78). Ölçekten alınan minimum skor 3, maksimum skor ise 51'dir. Mevcut örnekleme ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) 0,863 olarak bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 11: Algılanan Stres Ölçeğine ait istatistikler

$\bar{x}$	ss	Minimum	Maksimum	Cronbach alfa
26,55	6,78	3	51	0,863

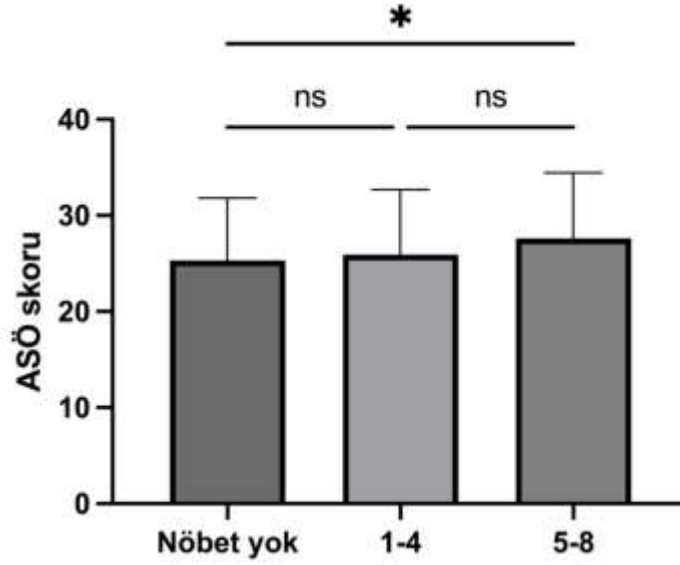
$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, kadın araştırma görevlilerinin ASÖ skorları erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($t = 5,365$, $p < 0,001$) (Grafik 6). Öte yandan, diğer tanımlayıcı değişkenler olan medeni durum, çocuk sahibi olup olunmaması, kronik hastalık durumu ve gelir durumuna göre ASÖ skorları istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmamıştır.



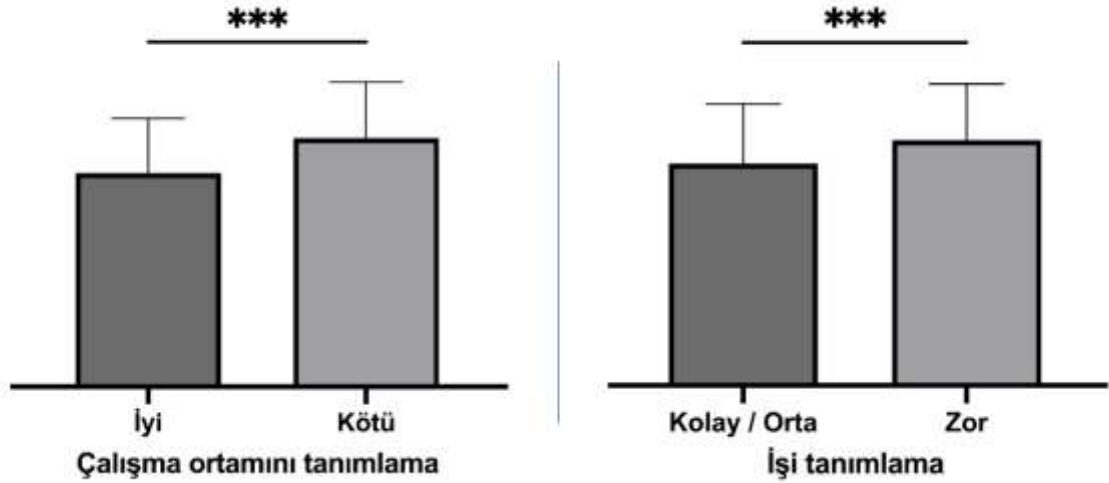
Grafik 6. Cinsiyete göre ASÖ skorları

Katılımcıların mesleki özellikleri ile ASÖ skorları arasındaki ilişkiye bakıldığında, nöbet tutan katılımcıların ölçek skorları nöbet tutmayan katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($t = 2,304$, $p = 0,022$). Yapılan tek-yön ANOVA testi, aylık nöbet sayısı 5 ile 8 arasında olan katılımcıların nöbet tutmayan katılımcılara göre ASÖ skorlarının anlamlı derecede yüksek olduğunu; ancak, ayda 1 ile 4 nöbet tutan katılımcılarla istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmadıklarını ortaya koymuştur ($F = 4,584$, $p = 0,011$) (Grafik 7).



Grafik 7. Katılımcıların nöbet durumuna göre ASÖ skorları

Katılımcıların işlerini ve çalışma ortamlarını tanımlama durumuna göre ASÖ skorlarını değerlendirmek için yapılan istatistiksel analiz sonucunda, işini “zor” olarak tanımlayan ve çalışma ortamını “kötü” olarak tanımlayan araştırma görevlilerinin ASÖ skorları diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p < 0,001$) (Grafik 8).



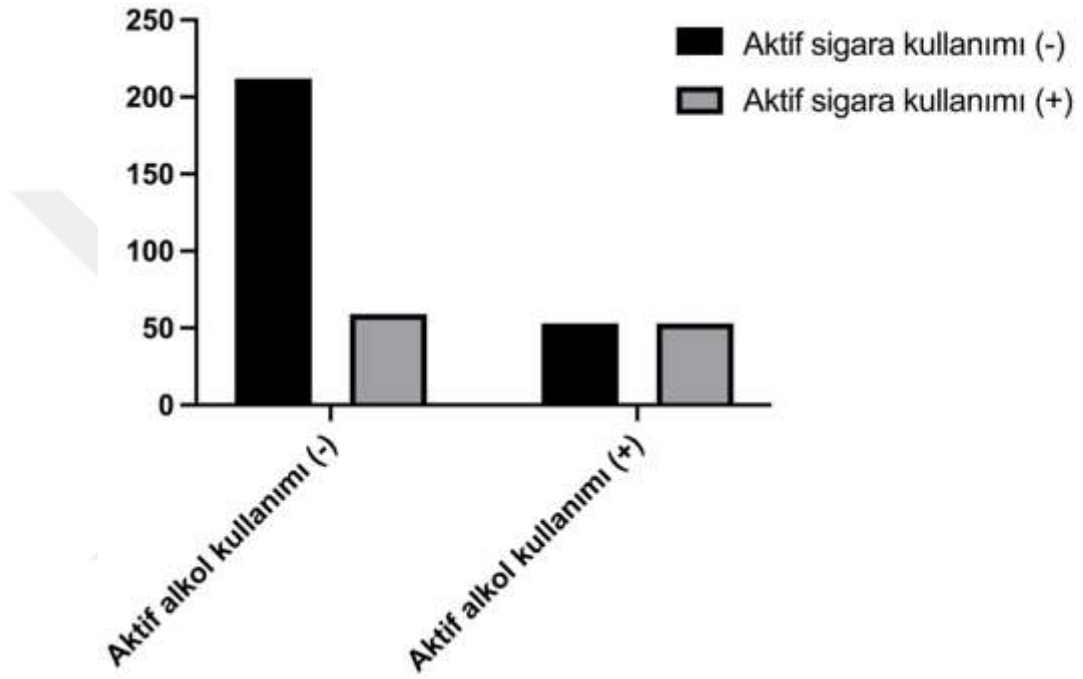
Grafik 8. İşi ve çalışma ortamını tanımlamaya göre ASÖ skorları

Katılımcıların sigara kullanım özellikleri ve ASÖ skorları arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan istatistiksel analizler sonucunda, aktif olarak sigara içen veya aktif olarak sigara içmeyen katılımcıların ASÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Benzer şekilde, sigara kullanımı değiştiren durumlar, sigaranın daha çok tüketildiği zaman dilimi gibi özelliklere göre ASÖ skorlarındaki farklılaşmayı değerlendiren istatistiksel analizler anlamlı bir sonuç bulmamıştır.

Mevcut çalışmanın iki önemli çıktısı olan FNBT skorları ve ASÖ skorları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için yapılan korelasyon analizi sonucunda, iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r_s = 0,001$, $p = 0,990$).

Katılımcıların mesleklerini icra ederken sigara kullanımına ilişkin tutumlarının anabilim dalı ve aktif sigara kullanımı ile ilişkisini değerlendirmek için Ki-kare analizi yapılmıştır. Cerrahi bölümde çalışan araştırma görevlilerinin “hastaların sigara içme durumunu sorgulama” sorusuna “sıklıkla/her zaman” verme oranı %78,4 iken bu oran dahili branşlarda çalışmakta olan hekimlerde %67,8’dir ($\chi^2 = 3,95$, $p = 0,047$). Öte yandan, “hastaları sigara bırakma teknikleri konusunda bilgilendirme” sorusuna “sıklıkla/her zaman” şeklinde cevap veren dahili branş asistanlarının oranı (% 37,5) cerrahi branş asistanlarından (%22,7) anlamlı derecede yüksektir ($\chi^2 = 6,37$, $p = 0,012$). Dahası, aktif sigara içen araştırma görevlileri içerisinde “hastaların sigara içme durumunu sorgulama” sorusuna “sıklıkla/her zaman” şeklinde yanıtlayanların oranı (%73,8) iken aktif sigara içmeyenlerde bu oranı %61,8’dir ($\chi^2 = 5,17$, $p = 0,023$).

Son olarak, katılımcıların alkol kullanımlarının sigara kullanımlarıyla olan ilişkisi değerlendirilmiştir. Yapılan Ki-kare analizi, aktif olarak alkol kullanan (nadiren veya düzenli olarak) araştırma görevlilerinin sigara içme oranının aktif olarak alkol kullanmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir ($\chi^2 = 29,08$, $p < 0,001$) (Grafik 9). Öte yandan, aktif olarak alkol kullanan (nadiren veya düzenli olarak) araştırma görevlileri ile aktif olarak alkol kullanmayanların FNBT ve ASÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.



Grafik 9. Aktif alkol kullanımına göre aktif sigara kullanımı

5.TARTIŞMA

Sağlık çalışanları, yapılan işin niteliği ve yükü nedeniyle meydana gelen ruhsal belirtiler ve duygu durum değişiklikleri açısından risk altındadırlar (3, 4). Bu duruma ilave olarak, bazı çalışmalarda mesleki faktörlere bağlı stresörlerin hekimlerin sigara içmelerine sebep olduğu belirtilmiştir (5, 6). Yapılan birçok araştırma, sağlık çalışanlarının artmış strese bağlı olarak tütün ürünü tükettiğini belirtmektedir (3).

Sağlık çalışanları hastalıkların ortaya çıkmasının engellenmesinde ve sağlıklı hayatın geliştirilmesinde diğer bireylere göre çok daha önemli bir yere sahiptir. Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının, hasta eğitiminde ve etkili tütün kontrol politikalarının oluşturulmasında aktif rol oynamaları gereklidir. Hekimlerin herhangi bir şikayetle muayene olmak için kendisine başvuran hastanın sigara kullanma durumunu sorgulaması ve sigarayı bırakmasını tavsiye etmesi, tütün kullanımına ilişkin mücadelede basit ve etkin bir metod olarak düşünülmekte ve sadece bu öneri ile bir senede hastaların %5-10'unun sigarayı terk ettiğini belirtilmektedir (12).

Tütün ve tütün ürünleri kullanımı ile yapılan mücadelede, hekimler hem hastalarını sigaranın zararları hakkında bilgilendirmeli, hem de iyi bir rol model olmalıdırlar. Hekimlerin sigara kullanıyor olması, koruyucu sağlık hizmetlerinde yeterli düzeyde bilgi verilmemesine yol açabilir ve hastaların sigara bırakma konusunda hekime olan inancını azaltabilir (13).

Çalışmamız, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışmakta olan araştırma görevlilerinin sigara kullanımını etkileyen faktörlerle, sigara bıraktırma konusundaki davranışları ve algılanan stres düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesine yönelik yapılmıştır.

Çalışmamızda aktif sigara kullanan araştırma görevlisi hekimlerin oranı % 29,7 (n=112), hiç sigara içmeyen veya sigarayı bırakmış olan yani aktif olarak sigara kullanmayan hekimlerin oranı % 70,3 (n=265) olarak bulunmuştur. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021 verilerinde ülkemizde tütün ürünü kullanım prevalansının % 28 olduğu bildirilmektedir (34). Bu bulgular ülkemizde hekimlerde sigara içme yaygınlığının genel popülasyona benzer oranda yüksek olduğunu göstermektedir. 2021 yılında yayınlanan sistematik bir derleme ve meta-analize göre, dünya çapında 246 çalışma ve 497.081 hekim arasında genel sigara içme prevalansı %21 olarak bildirilmiştir (2).

Dünyanın bazı ülkelerinde doktorlarda sigara kullanma oranlarına baktığımızda; Avustralya'da % 3, İsveç'te % 6, İngiltere'de % 7 iken, Danimarka'da % 24,5, İspanya % 34,5, Çin'de % 36,5, Bosna Hersek'te % 52,5 olduğu belirtilmiştir. Türkiye'de ise yapılan 22 araştırmanın sonucunda doktorlarda sigara kullanma prevalansı %32,6-66,2 arasında olduğu görülmüştür (96).

Öztürk derlemesinde dünyada sağlık çalışanları arasında sigara içme sıklığına ait bazı çalışmaların sonuçları şu şekildedir: Hodgetts ve ark. tarafından 2002 yılında Bosna'da yapılan çalışmada aile hekimi ve hemşirelerde sırasıyla %40 ve %51, Kotz ve arkadaşlarının çalışmasında 2002-2003 yıllarında Hollanda'da pratisyen hekimlerde %8,2, kardiyologlarda %4,3 göğüs hastalıkları uzmanında %3,5, Sotiropoulos ve ark. çalışmasında Yunanistan'da hekimlerde %38,6, Pokhrel ve ark. çalışmasında Nepal'de sağlık çalışanlarında %32,4 (Erkek) %3,2 (Kadın), Jiang ve ark. çalışmasında Çin'de hekimlerde %23, Sebo ve ark. çalışmasında 2007 yılında İsveç'te hekimlerde %12 olduğu bildirilmiştir (97). Bizim çalışmamızda sigara içme sıklığı Yunanistan ve Bosna'ya göre düşük iken diğer ülkelere göre yüksek bulunmuştur.

Öztürk derlemesinde Türkiye'de sağlık çalışanları arasında sigara içme sıklığına ait bazı çalışmaların sonuçları; Kocabaş ve ark. tarafından 1993 yılında yapılan çalışmada Adana'da hekimlerde sigara içme sıklığı %45,6, Çan ve ark. çalışmasında 1997 yılında

Trabzon’da hekimlerde %45,6, Bilir ve ark. tarafında 1999 yılında Türkiye’de 17 ilde yapılan çalışmada hekimlerde (n=1127) %43,1, Cirit ve ark. çalışmasında 2002 yılında Afyon’da hekimlerde %45,8, Erbaycu ve ark. çalışmasında 2004 yılında İzmir’de sağlık çalışanlarında %54,6, Gökırmak ve ark. çalışmasında 2006 yılında Isparta-Merkez birinci basamak hekimlerde %41,6, Talay ve ark. çalışmasında 2007 yılında İstanbul’da sağlık çalışanlarında %49,3, Salepçi ve ark. tarafından 2006’da yapılan çalışmada Kartal EAH’de sağlık çalışanlarında %36,9 olduğu bildirilmiştir (97). Atalayoglu ve ark. tarafından 2019 yılında İstanbul’da yapılan çalışmada aile hekimlerinin % 21,1’inin sigara içtiği tespit edilmiştir (98). Türkiye’de 2021 yılında 56 farklı merkezden kardiyoloji uzmanlarının katıldığı çalışmada kardiyoloji uzmanlarının % 16’sının sigara içicisi olduğu bildirilmiştir (99).

Literatür incelendiğinde daha önceki çalışmaların sonuçları ve bizim çalışmamızın sonucu doktorlar arasında sigara kullanma oranının fazla olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar sigaranın sağlığa zararları ve tehlikeleri konusunda toplumda diğer bireylere göre daha bilinçli görülen ve rol model olarak kabul edilen hekimlerimizin sigarayı bırakmaya yönelik desteklenmeye ihtiyaçları olduğunu gösterebilir.

Çalışmamızda sigara kullanan hekimlerin Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) skorlarının ortalamasının 1,71 olduğu ve bu hekimlerin çoğunluğunun (%70) çok düşük bağımlılık seviyesinde olduğu görülmüştür. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, Yemenici’nin 2021 yılında yaptığı tez çalışmasında sigara içen asistan hekimlerin %59,6’sı (n:68) çok az bağımlı; %18,4’ü (n:21) az bağımlı; %10,5’i (n:12) orta derecede bağımlı; %8,8’i (n:10) yüksek bağımlı; %2,6’sı (n:3) çok yüksek bağımlı olup çalışmamıza göre nikotin bağımlılığı daha yüksektir (100). Hekimlerde nikotin bağımlılığının araştırıldığı diğer çalışmalar incelendiğinde, hekimlerin bağımlılığının genelde düşük seviyelerde olduğu görülmüştür (101-104). Çalışmamızdaki bağımlılık seviyelerinin literatürdeki oranlara benzer ve hatta daha düşük olması sevindirici ve doktorlarda sigara bırakma açısından umut verici bir durum olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda FNBT skorlarının tanımlayıcı özelliklere göre değişimlerine bakıldığında, ölçek skorlarının cinsiyete göre anlamlı derecede farklılaştığı görülmekte olup erkeklerin FNBT skorları kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur. Literatürü incelediğimizde çalışmamıza benzer olarak Alışkın ve arkadaşlarının çalışmasında sigara

içen sağlık çalışanlarda erkeklerde bağımlılık seviyesinin daha fazla olduğu görülmüştür (103). Serez'in yaptığı tez çalışmasında erkek sağlık çalışanların %17,2'si yüksek bağımlı, %7,9'u orta bağımlı, %74,8'i düşük bağımlı, kadın sağlık çalışanların %8,3'ü yüksek bağımlı, %6,3'ü orta bağımlı, %85,4'ü düşük bağımlı olup erkeklerde bağımlılık düzeyi daha yüksek bulunmuştur (101). Yemenici'nin tez çalışmasında da çalışmamıza benzer olarak erkeklerde bağımlılık düzeyi kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (100). Okutan ve arkadaşlarının çalışmasında ise diğer çalışmalardan farklı olarak bağımlılık seviyesinde cinsiyet arasında farklılık saptanmamıştır (11). Çalışmalarda erkeklerin kadınlara göre daha yüksek nikotin bağımlılık düzeylerine sahip olmasında; erkeklerin kadınlara kıyasla daha küçük yaşta sigaraya başlaması, daha çok miktarda sigara tüketmesi, erkekler arasında sigara kullanmanın daha yaygın olması ve kadınların gebelik/emzirme gibi durumlarından dolayı sigaraya karşı daha hassas olması gibi durumlar etkili olabilir. Literatürde toplumsal cinsiyet, sosyo-ekonomik ve kültürel özelliklerin erkeklerin bağımlılık düzeyinin kadınlardan yüksek olmasında etkili olduğu belirtilmekte olup toplumsal cinsiyetin neden olduğu yargılar, erkeklerde sigara kullanımını normal karşılarırken kadınlarda ise sigara kullanımını hoş görmemektedir. Bu durum özellikle gelişmekte olan ülkelerde erkeklerde daha yüksek sigara kullanım oranlarının bir nedeni olarak kabul görmektedir (105).

Çalışmamızda katılımcıların mesleki özellikleri ile FNBT ölçek skorları arasındaki ilişki de değerlendirilmiş olup 5 ile 8 arasında nöbet tutan araştırma görevlilerinin FNBT skorları 1 ile 4 arası nöbet tutan katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak Yemenici'nin 2021'de asistan hekimlerin nikotin bağımlılığını etkileyen faktörleri incelediği tez çalışmasında sigara içme durumu ile bir ayda tutulan nöbet sayısı arasında zayıf düzeyde pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ve tutulan nöbet sayısı arttıkça nikotin bağımlılık düzeyi artmaktadır (100). Alışkın ve arkadaşlarının çalışmasında ise nöbet tutma sıklığı ile sigara içme düzeyi ve FNBT puanı arasında anlamlı farklılık saptanmamış olup bizim çalışmamızdan farklılık göstermektedir (103). Koç ve ark. yaptığı çalışmada hastane stresinin sigara içmede bir faktör olduğu belirtilmiş ve hastane faktörünün sigara içimini artırdığı düşünülmüş olup, Sezgin ve arkadaşlarının 2020'de hemşirelerde sigara içme durumlarını değerlendirdiği çalışmada hemşirelerin hastanede nöbet tutmasının sigara içimini arttırdığı tespit edilmiştir (102, 106). Tıp Fakültesi 1.sınıf ve 6.sınıf öğrencilerle yapılan

çalışmada sigara kullanım sıklığı 1.sınıf öğrencilerinde %22,4 iken; 6.sınıf öğrencilerinde %43,3 olarak bulunmuştur ve 6.sınıf öğrencilerinde sıklığın yüksek olmasının nedeninin sık ve yoğun tutulan nöbetler gibi faktörlere bağlı olabileceği belirtilmiştir (107). Literatürdeki çalışmalara ve bizim çalışmamızın sonucuna bakarak, çalışma ortamının ve nöbet tutmanın sigara kullanımını etkileyen faktörler olduğunu söyleyebiliriz. Bir çalışmada iş ilişkili stresin sağlığı etkilediği, fiziksel ve ruhsal sıkıntılara neden olabileceği ayrıca yüksek nikotin bağımlılığına yol açabileceği belirtilmiştir (108). Buradan yola çıkarak çalışma ortamının ve yoğun geçen nöbetlerin çalışanlarda kaygı ve strese neden olduğunu ve bu durumun da nikotin bağımlılığını artırdığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda katılımcıların uzmanlık eğitimine devam ettikleri anabilim dalının türüne göre FNBT skorları istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmadığı bulunmuştur. Ancak, cerrahi bölümlerde uzmanlık eğitimine devam eden katılımcılardaki sigara içme oranının temel/dahili branşlarda uzmanlık eğitimine devam eden katılımcılardaki orandan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamıza benzer olarak Altundağ'ın 2024'te araştırma görevlilerinin sigara içme ve bırakma davranışlarını incelediği tez çalışmasında cerrahi tıp bilimlerinde çalışan araştırma görevlilerinde sigara içme oranı dahili ve temel tıp bilimlerinde çalışan araştırma görevlilerinin sigara içme oranından yüksek bulunmuştur (109). Polonya'da doktorlar arasında sigara ve elektronik sigara yaygınlığının araştırıldığı çalışmada ve Ünal'ın 2023'te hekimlerin sigara bırakma tedavisi hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını incelediği tez çalışmasında hekimlerde branşa göre sigara içme durumlarına bakıldığında, hekimlerin branşları ile sigara içme durumları arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ve bu iki çalışma bizim çalışmamızdan farklılık göstermektedir (110, 111). Literatürdeki diğer çalışmalara baktığımızda, cerrahi bölümlerde çalışan hekimlerin, dahili ve temel tıp bölümlerinde çalışanlara göre daha yüksek oranda sigara kullandıkları saptanmıştır (100, 103, 112). Literatürdeki birçok çalışma ve bizim çalışmamız göz önüne alındığında araştırma görevlilerinin çalıştığı asistanlık bölümlerinin sigara kullanımına etki eden bir faktör olduğu söylenebilir. Cerrahi branşların daha yoğun ve hızlı temposu, strese ve dolayısıyla sigara içme sıklığının artmasına neden olmuş olabilir. Ayrıca cerrahi bölümlerde görev yapan araştırma görevlilerinin çoğunluğunun erkek olması sigara kullanım oranının yüksek olmasına etki etmiş olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların sigara kullanım özellikleri ile FNBT skorları arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve 25 yaş öncesinde sigara kullanmaya başlayan araştırma görevlilerinin FNBT skorları, 25 yaşından sonra sigaraya başlayanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çapık'ın hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sigara bağımlılık düzeylerini etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmasında öğrencilerde bağımlılık düzeyi ile öğrencilerin sigara içmeye başlama dönemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (113). Fakat literatüre baktığımızda bizim çalışmamıza benzer olarak Yemenici'nin 2021'de yaptığı tez çalışmasında düzenli sigara içmeye başlama yaşı ile FNBT arasında orta düzeyde negatif yönde ilişki olduğu saptanmış ve sigara içen araştırma görevlisi doktorlarda düzenli sigara kullanmaya başlama yaşı düştükçe nikotin bağımlılık seviyesinin artmakta olduğu görülmüştür (100). Benzer şekilde Okutan ve arkadaşlarının sağlık personelinde nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmasında sigarayı ilk olarak deneme yaşı ve düzenli olarak içmeye başlama yaşı ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında ters yönde bir ilişki saptanmıştır (11). Uyar'ın 2022'de erkek sağlık çalışanları ile yaptığı tez çalışmasında katılımcıların nikotin bağımlılık puanları ile sigaraya ilk başlama yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde ilişki bulunmuş ve sigaraya başlama yaşının düşmesi ile nikotin bağımlılığı düzeyinin yükseldiği görülmüştür (114). Çalışmamız genel olarak literatürle uyumludur ve sigaraya başlama yaşının nikotin bağımlılığını etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların hekimlik tecrübeleri ile FNBT skorları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Öte yandan katılımcıların sigara içtikleri süre ortalama 6,68 yıldır ve FNBT skorları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışmamıza benzer olarak Yemenici'nin çalışmasında da meslekte çalışılan yıl ile FNBT arasında ilişki saptanmamış fakat toplam sigara içilen yıl ortalaması 6,85 olarak tespit edilmiş olup sigara içen asistan hekimlerde sigara içilen yıl sayısı artıkça bağımlılık düzeyi artmakta olduğu saptanmıştır (100). Benzer şekilde Alışkın ve arkadaşlarının çalışmasına katılanların ortalama sigara içme süresi 7.6 yıl olup çalışmamızın sonucu ile benzerdir (103). Ünal'ın 2023 yılı çalışmasında ise hekimlik süresi ile sigara kullanım durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Sigara içmeyen katılımcıların meslekteki yıl ortalaması, sigara kullanan katılımcıların meslekteki yıl ortalamalarından anlamlı derecede düşük bulunmuş olup

çalışmamızla benzerlik göstermemektedir (111). Çalışmamız genel olarak literatürle uyumludur. Sigara içilen süre arttıkça nikotin bağımlılık düzeyinin artmasında; sigara içme süresi uzadıkça vücudun nikotine alışması ve daha fazla miktarda nikotin talep etmesi etkili olabilir. Ayrıca nikotin beyinde dopamin salınımını artırarak ödül mekanizmalarını etkiler bu da kişinin sigara içme isteğini pekiştirir (59).

Çalışmamızda araştırma görevlilerinin hangi zaman diliminde daha çok sigara içtiklerine göre FNBT skorlarının değişimi incelenmiştir ve mesai içinde daha çok sigara içenlerin mesai dışında daha çok sigara içen katılımcılara göre FNBT skorları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Hassoy'un 2021'de hemşirelerde sigara içme durumları ve ilişkili etmenleri incelediği çalışmasında sigara kullanan hemşirelerin gün içinde en fazla sigara içtiği zaman dilimleri incelendiğinde; büyük çoğunluğunun (%48.3) gündüz mesaisi içerisinde daha fazla sigara kullandığı tespit edilmiştir (115). Bağımlılık düzeyi yüksek olan sigara kullanıcıları mesai saatleri içerisinde de nikotin ihtiyacı duyup mesai bitimini beklemeden sigara içiyor olabilirler veya bu bireyler iş stresine ve sosyal etkileşimlere yanıt olarak sigarayı bir rahatlama aracı olarak kullanıyor olabilirler.

Çalışmamıza katılan sigara içen araştırma görevlilerinde nikotin bağımlılığı düzeyinin bazı faktörler ile ilişkisine bakıldı. Bağımlılık düzeyi erkeklerde daha yüksek bulundu. Sigara kullanan araştırma görevlilerinde tutulan nöbet sayısı arttıkça, düzenli sigara kullanmaya başlama yaşı düştükçe, sigara içtikleri süre arttıkça nikotin bağımlılık seviyesinin arttığı saptandı. Mesai içinde daha çok sigara içen araştırma görevlilerinin mesai dışında daha çok sigara içen araştırma görevlilerine göre FNBT skorları anlamlı derecede yüksek bulundu. Çalışılan asistanlık bölümü ile FNBT puanı arasında anlamlı farklılık saptanmadı fakat cerrahi bölümlerde uzmanlık eğitime devam eden katılımcılardaki sigara içme oranının temel/dahili branşlarda uzmanlık eğitime devam eden katılımcılardaki orandan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. Medeni durum, çocuk durumu, kronik hastalık varlığı, alkol kullanma durumu, gelir durumu, yaş, meslekte geçirilen süre, uzmanlık eğitime devam ettikleri anabilim dalının türü, işlerini ve çalışma ortamlarını tanımlama durumlarına göre FNBT skorlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmadığı bulundu. Yemenici'nin tez çalışmasında FNBT puanı ile medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, gelir durumu, çalışılan asistanlık bölümü, alkol kullanımı, ilk sigara deneme yaşı, meslekte ve

asistanlıkta çalışılan yıl sayısı arasında ilişki saptanmamıştır (100). Alışkın ve arkadaşlarının çalışmasında FNBT puanı ile sigara içilen mesai dilimi, medeni durum, meslek, görev yapılan bölüm, tutulan nöbet sayısı arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (103). Okutan ve arkadaşlarının çalışmasında FNBT puanı ile yaş, medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, cinsiyet, çalışılan bölüm, meslekte geçirilen süre arasında anlamlı fark saptanmamıştır (11). Genç'in 2022 yılında aile sağlığı merkezine başvuran 384 katılımcıyla yaptığı tez çalışmasında katılımcıların FNBT puanı ile medeni durum, eğitim durumu, çocuk varlığı, gelir durumu, kronik hastalık durumu, alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (116). Çalışmamız literatürdeki çalışmalarla kısmi benzerlikler göstermektedir. Çalışmamızın sonucuna göre cinsiyet, düzenli sigara içmeye başlama yaşı, sigara içilen yıl sayısı, tutulan nöbet sayısı ve mesai saatleri içerisinde daha çok sigara tüketimi nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörler olarak ön plana çıkmaktadır.

Çalışmamızda sigara içmenin rahatlatıcı olduğunu düşünen araştırma görevlisi hekimlerin oranı % 62,5 olarak tespit edilmiştir. Literatürü incelediğimizde çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmaktadır. Şimşek ve arkadaşlarının sigara ve sigara bırakmaya ilişkin görüşleri incelediği çalışmasında sigara içicileri, kendilerini rahatlattığını düşündükleri için sigara kullandıklarını ifade etmişlerdir (117). Ege Üniversitesi polis meslek yüksekokulu öğrencilerinde yapılan bir çalışmada sigaranın rahatlatıcı etkisi, sigara kullanımının nedenleri arasında gösterilmiştir (118). Ünüvar ve Dişçigil tarafından 2017'de 869 tıp fakültesi öğrencisiyle yapılan çalışmada sigaranın rahatlatıcı ve keyif verici özellikleri nedeniyle öğrencilerin sigara kullandıkları tespit edilmiştir (119). Malik ve arkadaşlarının 2009 yılında Pakistan'da doktorların da içinde bulunduğu sağlık çalışanlarından oluşan 241 katılımcıyla yaptığı sigara kullanma yaygınlığını ve bununla alakalı çeşitli faktörleri incelemek amacıyla yapılan çalışmada sağlık görevlilerinin %44,59'unun sigarayı rahatlatıcı buldukları için kullandıkları tespit edilmiştir (120). Çalışmamızda mesai sırasında yaşanan öfkelenendirici bir olayın sigara kullanma davranışını nasıl etkileyeceği araştırılmış ve katılımcıların %87,5'u iş sırasında öfkelenendirici olay yaşanması sigara kullanımını artırır olarak cevap vermiştir. Uyar'ın erkek sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada öfke, sigara kullanmaya teşvik eden nedenler arasında gösterilmiştir (114). Durmuş ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinin sigara içme durumu ve öfke ile ilişkisini incelediği çalışmasında sigara içen öğrencilerin

%31,9'u öfke ve gerginlikten dolayı sigara kullandıklarını belirtmişlerdir (121). Literatürdeki çalışmalara ve bizim çalışmamıza baktığımızda öfke gibi duygu yoğunluğunun arttığı zamanlarda kişiler sigaraya başvurmakta ve sigaranın kendilerini rahatlattıklarını düşünmektedirler. Bu durum da nikotin bağımlılığın artmasında etkileyici faktör olabilir.

Çalışmamızda katılımcılara ailesinde ve çevresinde sigara kullanan bireyler sorgulandı. Sorulara birden fazla yanıt verildi ve en çok cevap alan seçenek ‘’arkadaşlarım’’ seçeneği olduğu görüldü. Katılımcıların sigara içme durumlarıyla yakın çevrede sigara içenlerin ilişkisini değerlendirmek için yapılan analiz sonucunda kardeşler ve arkadaşların sigara kullanması ile katılımcıların sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çevresinde sigara kullanan kimse bulunmayan katılımcıların ise sigara içme oranları diğer gruptan anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Yemenici’nin çalışmasında eş, anne, baba, kardeş ve arkadaşların sigara içmesi ile asistan hekimlerin sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (100). Altundağ’ın 2024 yılında yaptığı çalışmasında yakın arkadaşın sigara kullanması ve yaşanılan evde sigara kullanılması ile doktorların sigara kullanma durumları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (109). Baykan ve Naçar’ın yaptığı çalışmada annesi ve babası sigara içen tıp fakültesi öğrencilerinin sigara kullanma oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (122). Salepçi’nin hastane çalışanlarıyla yaptığı çalışmasında annesi, babası, eşi sigara kullananlarda, çalışma ortamında ve yaşadığı evde sigara içilen bireylerde sigara kullanma oranları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (112). Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan araştırmada kardeşi ve arkadaş çevresi sigara kullanan öğrencilerin sigara kullanımı bakımından daha riskli oldukları tespit edilmiştir (123). Çalışmamız literatürle benzerlik göstermekte olup aile bireylerinin veya arkadaşların sigara kullanıyor olması bireylerin sigara içme alışkanlıklarını etkileyen faktörler arasında sayılabilir. Sigara içilmesinde aile ve sosyal çevrenin rolünü düşünerek sigara bırakma çalışmalarında da bu durumların göz önünde bulundurulması önemli olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların Algılanan Stres Ölçeğinden (ASÖ) elde edilen skorların ortalaması 26,55 olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki puan ortalamalarını literatürdeki diğer çalışmalarla karşılaştırdığımızda 2023 yılında Başaran’ın hekimlerde tükenmişlik düzeyi ve algılanan stres düzeyinin sigara içme davranışları üzerine etkisini araştırdığı

tez çalışmasında çalışmamıza benzer şekilde algılanan stres toplam puan ortalaması 28,82 olarak bulunmuştur (124). Genç'in 2022'de bir aile sağlığı merkezine başvuran 384 katılımcıyla gerçekleştirdiği yaşam içinde algılanan stres ve sigara kullanımını araştırdığı tez çalışmasında algılanan stres ortalama puanı 26,49 olarak bulunmuştur ve çalışmamızla benzerdir (116). Kulu ve arkadaşları tarafından 2020 yılında pandeminin dış hekimleri üzerinde oluşturduğu gelecek endişesi ve stres düzeyini araştırmak amacıyla 228 dış hekimi ile yapılan çalışmada ASÖ toplam puanı 40,92 olarak bulunmuş olup bizim çalışmamıza göre daha fazladır (125). 2020 yılında Eskişehir'de tıp fakültesi öğrencilerinde cinsiyete göre sigara tüketimi, algılanan stres ve yaşam kalitesini araştırmak amacıyla yapılan çalışmada ASÖ toplam puan ortalaması 27.0 olarak tespit edilmiş olup çalışmamıza benzerdir (126). 2013 yılında Amerika'da aile hekimliği araştırma görevlilerinin sağlık davranışlarının stres, tükenmişlik ve depresyonla ilişkisini araştırmak amacıyla 168 katılımcıyla gerçekleştirilen çalışmada toplam ASÖ puan ortalaması 16.1 olarak bulunmuş olup bizim çalışmamıza göre daha düşüktür (127). Literatürdeki farklı çalışmalarda ASÖ puanlarının farklı olmasında, çalışmalardaki katılımcıların sosyodemografik ve kültürel özelliklerinin çeşitliliği, çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının farklılığı, çalışma ortamları, iş yükü, çevresel etmenler etkili olabilir.

Çalışmamızda kadın araştırma görevlilerinin ASÖ skorları erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Başaran'ın çalışmasında da kadınlarda algılanan stres düzeyinin erkeklerden yüksek olduğu saptanmıştır (124). Genç'in tez çalışmasında bizim çalışmamıza benzer olarak kadınların ASÖ toplam puan ortalaması erkeklerden anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur (116). Çalışmamızdan farklı olarak Keskin ve arkadaşlarının 2020'de göğüs cerrahisi bölümünde çalışan araştırma görevlisi doktor, uzman doktor ve öğretim üyesi olarak görev yapan doktorlarda algılanan stres düzeyleri ve bununla ilişkili faktörleri inceledikleri bir çalışmada hekimlerin algılanan stres düzeylerinin cinsiyetlere göre değişiklik göstermediği tespit edilmiştir (128). Literatürdeki diğer çalışmalara baktığımızda bizim çalışmamızla uyumlu olarak birçok çalışmada kadınların algılanan stres düzeyleri erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (125, 129, 130). Kadınların stres düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olmasında; günlük yaşam içinde kadınların ev işleri, çocuk bakımı, çalışma hayatı gibi birçok alanda rol alması ve erkeklere göre daha çok sorumluluk almaları, kadınların erkeklerden farklı olarak hormonal etkilerden dolayı (menstrüal siklus, doğum, menopoz gibi) değişken

duygudurumlara sahip olması ve stresli yaşam olaylarının olumsuz etkilerine daha duyarlı olmaları gibi nedenler etkili olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların mesleki özellikleri ile ASÖ skorları arasındaki ilişkiye bakıldığında, nöbet tutan katılımcıların ölçek skorları nöbet tutmayan katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. 2023 yılında 0-6 yaş arası çocuğu olan doktor annelerin tükenmişlik düzeyi ve tükenmişlik ile stres arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada vardiyalı çalışıp, gece nöbeti tutan hekimlerin duygusal tükenme ve algılanan stres düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (131). 2014'te Şanghay'da hekimlerle yapılan çalışmada vardiya usulü çalışıp, özellikle de gece nöbeti tutan sağlık personelinde algılanan stres düzeylerinin arttığı saptanmıştır (132). Çalışmamızdan farklı olarak beş farklı kamu ve üniversite hastanesinde çalışan 77 gönüllü sağlık personelinin gündüz ve gece vardiyalı çalışma şeklinin uyku kalitesi, stres ve iyilik hallerine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada katılımcıların çalışma şekillerine göre iyilik hali ve stres puanlarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (133). Literatürde konuyla alakalı farklı sonuçlar mevcut olup nöbet tutanlarda stres düzeylerinin yüksek olmasında; uzun çalışma saatleri, nöbet sırasında yalnız kalmak ve kritik olayları tek başına yönetmek, yetersiz dinlenme, zihinsel yorgunluk etkili olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların işlerini ve çalışma ortamlarını tanımlama durumuna göre ASÖ skorlarını değerlendirmek için yapılan istatistiksel analiz sonucunda, işini “zor” olarak tanımlayan ve çalışma ortamını “kötü” olarak tanımlayan araştırma görevlilerinin ASÖ skorları diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Başaran'ın çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer olarak klinikteki işini zor olarak belirten hekimlerin stres düzeyi kolay olarak nitelendirenlere göre daha yüksek bulunmuş ve çalışma ortamında kendilerini mutlu ve iyi hisseden bireylerin iyi-mutlu hissetme durumları arttıkça algılanan stres seviyelerinin azaldığı saptanmıştır (124). Chatzigianni ve arkadaşları tarafından 2018 yılında Yunanistan'daki hemşirelerle gerçekleştirilen bir çalışmada iş yükünün artması hemşireler için önemli bir stres faktörü olarak belirtilmiştir (134). Keskin ve arkadaşlarının çalışmasında iş ortamından memnun olan ve olmayan hekimlerin algılanan stres düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (128). Çalışmamız literatürle uyumlu olup çalışma ortamı ve yapılan işin niteliği bireylerin algılanan stres düzeylerinde etkili faktörler arasında sayılabilir.

Çalışmamızda katılımcıların sigara kullanım özellikleri ve ASÖ skorları arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan istatistiksel analizler sonucunda, aktif olarak sigara içen veya aktif olarak sigara içmeyen katılımcıların ASÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Başaran'ın tez çalışmasında sigara kullanımı, kullanılan sigara miktarı, sigara içilen toplam süre, içilen sigara çeşidi ile algılanan stres düzeyi arasında ilişki bulunmamıştır (124). Genç'in yaşam içinde algılanan stres ve sigara kullanımı arasındaki ilişkiyi incelediği tez çalışmasında katılımcıların sigara kullanım durumları ile ASÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilememiştir (116). Literatürü incelediğimizde çalışmamızdan farklı sonuçların tespit edildiği çalışmalara rastlanmıştır. Özdemir ve arkadaşlarının 2021 yılında hemşirelerde algılanan stres düzeyi ve ilgili faktörleri değerlendirmek amacıyla 119 hemşire ile gerçekleştirdikleri çalışmada düzenli sigara kullanan katılımcıların kullanmayan katılımcılara göre ASÖ skorlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (135). Sigara kullanımı ile stres arasındaki ilişkinin araştırıldığı başka çalışmalarda da buna benzer şekilde stresle sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (9, 121, 136). Bu çalışmalarda stres ve sigara kullanımı arasındaki ilişki iki şekilde açıklanmaktadır. Birincisi, sigara kullanımı, stresle mücadele etmede ve stresi kontrol etmek amacıyla kullanılan bir araçtır ve bu nedenle sigara kullanan bireyler, yüksek stres düzeyine sahiptir (136). Diğer açıklama ise sigara kullanımı nedeniyle azalan hayat kalitesi ve artan fiziksel hastalık tehlikesinin, stres seviyesini arttırdığı şeklindedir (9). Literatürdeki çeşitli çalışmalarda bu farklı sonuçlar algılanan stres düzeyinin sigara kullanma davranışında tek başına etkili olmadığı; yaş, cinsiyet, çalışma durumu, sosyal çevre, aile ve iş ortamı gibi çeşitli faktörlerin de etkili olabileceği ile açıklanabilir. Çalışmalarda katılımcıların sosyodemografik özellikleri, yaşam şartları ve alışkanlıklarının farklı olması çalışma sonuçları arasındaki çeşitliliklere neden olabilir.

Çalışmamızda sigara kullananların Algılanan Stres Ölçeği toplam puanları ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamıza benzer olarak Genç'in 2022'de bir aile sağlığı merkezine başvuran 384 katılımcının yaşam içinde algılanan stres ve sigara kullanımını incelediği çalışmasında sigara kullananların Algılanan Stres Ölçeği toplam puanları ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (116). Literatürü taradığımızda çalışmamızdan farklı olarak

Warner ve arkadaşlarının 2004'te elektif ameliyat geçiren sigara içicilerinde sigara içme davranışı ve algılanan stres arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında sigara kullananlarda bağımlılık düzeyi yüksek ve üzeri olanların ASÖ toplam puan ortalamaları bağımlılık düzeyi orta ve altında olanlardan anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (137). Benzer şekilde Banazadeh ve arkadaşlarının 2015 yılında İran'da 224 üniversite öğrencisinin katılımıyla yürüttüğü çalışmada algılanan stres düzeyi ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (138). Literatürdeki çalışmalara bakıldığında algılanan stres seviyesi yüksek olan bireylerin nikotin bağımlılık seviyelerinin diğer bireylere kıyasla yüksek olmasında; bireylerin sigarayı stresli durumlarını azaltıcı bir araç olarak görmeleri ve nikotin beyindeki ödül yolağını aktive etmesi sonucunda salgılanan dopaminin etkisiyle ortaya çıkan mutluluk ve rahatlama duygusunun stres azaltıcı etkiyle ilişkilendirilmesi etkili olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların mesleklerini icra ederken sigara bıraktırmaya ilişkin tutumları incelenmiş olup asistan hekimlerin %32,6'sı her zaman, %31,8'i sıklıkla hastalara sigara içme durumunu sorguladığını belirtmiştir. Literatüre baktığımızda, Yemenici'nin tez çalışmasında asistan hekimlerin %27,3'ü her zaman, %39,2'i sıklıkla hastalara sigara içme durumunu sorguladığını belirtmiştir (100). Ünal'ın çalışmasında hekimlerin, hastalarının sigara kullanım durumlarını sorgulayan ifadesinde %24,1 her zaman, %37,4 çoğu zaman, %30,5 bazen cevabı verilmiştir (111). Çerçi'nin 2017 yılındaki tez çalışmasında birinci basamakta çalışan pratisyen ve uzman aile hekimlerin %20,4'ü her zaman, %51,6'sı sıklıkla hastaların sigara içme durumunu sorguladıklarını belirtmiştir (104). Yabancı kaynaklara baktığımızda; 2006 yılında Çin'de Hong Kong'da yapılan bir çalışmada hekimlerin %77'sinin hastaların sigara kullanma alışkanlıklarını sorguladığı tespit edilmiştir (139). 2010 yılında Amerika'da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanların %87,3-%99,5'i hastaların sigara kullanım durumunu sorguladıklarını bildirmiştir (140). Çalışmamızın sonucu literatürdeki diğer çalışmalar ile benzerlik göstermekte olup yabancı ülkelerdeki çalışmalara göre sigara kullanımını sorgulama oranı daha düşük tespit edilmiştir. Hekimlerimizin sigara kullanımını sorgulama oranı yüksektir fakat yeterli düzeyde değildir. Bu konuda hekimlerimizin daha özenli ve bilinçli davranmaları sigarayla olan mücadelede önemli yer tutmaktadır. Hekimlerimize tütün bağımlılığı ve sigara bırakma eğitimlerinin planlanması da bu mücadelede etkili bir adım olabilir. Ayrıca çalışmamızda aktif sigara içen araştırma görevlileri içerisinde "hastaların

sigara içme durumunu sorgulama” sorusuna “sıklıkla/her zaman” şeklinde yanıtlayanların oranı %73,8 iken aktif sigara içmeyenlerde bu oranı %61,8 olarak tespit edilmiştir. Bu bağlamda hekimlerimizin kendileri sigara kullanıyor olsa bile mesleklerini yaparken bu durumdan etkilenmeyerek hastalarına sigara kullanma durumunu sorguladıklarını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda araştırma görevlilerinin %32,1’i her zaman, %35’i sıklıkla, %19,4’ü bazen sigara içen hastalara sigara bırakma tavsiyesinde bulunduğunu belirtmiştir. Yemenici’nin çalışmasında hekimlerin %39,9’u her zaman, %31,8’i sıklıkla, %23,2’i bazen sigara içen hastalara sigara bırakmayı önerdiğini belirtmiştir (100). Ünal’ın çalışmasında “Sigara içen tüm hastalarım sigarayı bırakmalarını öneririm” ifadesinde %35,5 her zaman, %42,4 çoğu zaman, %17,7 bazen cevabı işaretlenmiştir (111). Çerçi’nin tez çalışmasında aile hekimlerinin %49,9’u her zaman, %36,2’i sıklıkla sigara içen hastalara sigara bırakmayı tavsiye ettiklerini belirtmiştir (104). Çin’de Hong Kong’da yapılan bir çalışmada hekimlerin %29’u sigara kullanan hastalarına sigarayı bırakmalarını önerdiğini belirtmiştir (139). Amerika’da 2010 yılında yapılan bir çalışmada sağlık çalışanların %65,6-%94,9’u sigara içicilerine sigarayı bırakmalarını tavsiye ettiğini belirtmiştir (140). Literatürdeki çalışmalara baktığımızda sigara içen hastalara sigara bırakma önerisi davranış oranları önemli ölçüde değişkenlik göstermekte olup bunun nedeni; hekimlerin sigara bırakma tedavisindeki farmakolojik yöntemlerle ilgili bilgi seviyelerinin, sigara bırakma danışmanlığı eğitimleri almalarına göre artıyor olması ve bu bilgi düzeyinin de sigara kullanan hastalara önerilerde bulunma ve hastayı yönlendirme davranışını etkilemesi olabilir.

Çalışmamızda “hastaları sigara bırakma teknikleri konusunda bilgilendirme” sorusuna “sıklıkla/her zaman” şeklinde cevap veren dahili branş araştırma görevlilerinin oranı (%37,5) cerrahi branş araştırma görevlilerinden (%22,7) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi; göğüs hastalıkları ve aile hekimliği gibi dahili branşlarda görev yapan araştırma görevlilerinin sigara bırakma polikliniklerinde aktif görev alması ve bundan dolayı sigara bırakma yöntemleri hakkında daha fazla bilgiye sahip olup hastaları bu konuda yönlendirmesi olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların alkol kullanımlarının sigara kullanımlarıyla olan ilişkisi değerlendirilmiş ve aktif olarak alkol kullanan (nadiren veya düzenli olarak) araştırma

görevlilerinin sigara içme oranının aktif olarak alkol kullanmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Yemenici'nin tez çalışmasında bizim çalışmamıza benzer olarak alkol kullanımı olan araştırma görevlilerinin sigara içme durumu ile ilişki saptanmış olup alkol kullanan araştırma görevlilerinin sigara içme düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (100). Seven'in 2023 yılında tıp öğrencilerinin tütün kullanım durumu ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında alkol kullanımının tütün kullanımını etkileyen faktörler arasında olduğu belirtilmiştir (141). 2020'de Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileriyle yapılan çalışmada alkol kullanan öğrencilerin %67,2'sinin, alkol kullanmayan öğrencilerin ise %13,7'sinin sigara kullandığı ve aralarında sigara kullanımı açısından anlamlı fark tespit edilmiştir (107). Çalışmamız literatürdeki çalışmalarla uyumludur ve bu durum bağımlılık yapan maddelerin kullanımının birbirleriyle ilişkili olması ile açıklanabilir.

5.1.Çalışmanın güçlü yönleri

Çalışmamız, bir üniversite hastanesi örnekleminde araştırma görevlilerinin sigara kullanım durumları ile algılanan stres düzeyi arasındaki ilişkiyi ve nikotin bağımlılığını etkileyen diğer faktörleri inceleyerek literatüre katkı sağlamaktadır. Çalışmamızda 377 asistan hekime ulaşarak yüz yüze anketler yapılmıştır. Bu yöntem, katılımcıların doğrudan görüşlerini almak ve kapsamlı veri toplamak için etkili bir yol sağlamıştır. Yüz yüze anketler, verilerimizin ve araştırmamızın doğruluğunu ve güvenilirliğini artırmış ve katılımcıların cevaplarını daha derinlemesine anlamamıza ve katılımcıların tepkilerini görmemize olanak sağlaması açısından önemlidir.

5.2.Çalışmanın kısıtlılıkları

Anketimiz kişisel sorular içerdiğinden doğru cevap verilmemiş olabilir. Araştırma görevlileri tütün ürünü kullandığı halde, sağlığa zararlı bir ürünü kullandığını bildiği için, doğru yanıtı vermeyip sigara kullandığını belirtmemiş olabilir. Anketlerin araştırma görevlilerine çalışma zamanlarında uygulanmış olunması ankete odaklanmalarını engellemiş olabilir. Bu çalışma verilerinin sadece Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yapan araştırma görevlisi katılımcılardan toplanmış olması nedeniyle sonuçlar genellenemez.

6. SONUÇLAR

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapan araştırma görevlilerinin sigara kullanımını etkileyen faktörlerle sigara bırakma konusundaki tutumları ve algılanan stres düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bu çalışmada;

1. Kadın hekimlerde, nöbet sayısı fazla olan hekimlerde, klinikteki işini zor olarak tanımlayan ve çalışma ortamında kendini iyi-mutlu hissetmeyen hekimlerde algılanan stres düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

2. Araştırma görevlilerinin sigara kullanma durumu ve FNBT skorları ile algılanan stres düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızı planlarken bu değişkenlerde stres ön planda düşünülmüştür fakat çalışmamızın sonucuna göre cinsiyet, çalışma ortamı, iş yükü gibi çeşitli faktörlerin de etkili olabileceği görülmüştür.

3. Hekimlerin öfkelenendirici bir olay yaşadıkları ve yoğun geçen mesai günü ile kendilerini yetersiz hissettikleri günlerde sigara içme davranışlarının arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların çoğu (%66,1) mesleğe başladıktan sonra sigara kullanımının arttığını belirtmiş olup sigarayı bir mola fırsatı ve rahatlatıcı bir araç olarak görmektedirler. Stresle başa çıkma, öfke kontrolü, zaman yönetimi gibi konularda yapılacak yardımların sigarayı bırakma konusunda motive edici bir etki yapacağı düşünülmüştür.

4. Nikotin bağımlılık düzeyi erkek araştırma görevlilerinde, 5 ila 8 arasında nöbet tutan araştırma görevlilerinde, 25 yaş öncesinde sigara kullanmaya başlayan araştırma görevlilerinde ve mesai saatleri içinde daha çok sigara içen araştırma görevlilerinde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Nöbet sırasında ya da stresli anlarda yaşanan duygusal gerilimlerle başa çıkmak için sigara tercihi ön plana çıkmaktadır.

5. Yaş, medeni durum, çocuk durumu, kronik hastalık varlığı, gelir durumu, görev yapılan anabilim dalının türü, hekimlikte geçirilen süre ile FNBT skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak cerrahi alanda çalışan hekimlerdeki sigara içme oranı dahili ve temel tıp bilimlerinde çalışan hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni olarak, cerrahi bölümlerde çalışan araştırma görevlilerinin daha yoğun tempoda çalışması ve iş yüklerinin fazla olmasının sigara kullanımına teşvik ettiği düşünülmüştür.

6. Kardeşler ve arkadaşların sigara kullanma durumu ile araştırma görevlilerinin sigara kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu sonuca dayanarak çevrede sigara kullanımının bireyin sigara kullanımını etkilediğini söyleyebiliriz.

7. Hastalara sigara kullanım durumlarını sorgulama ve sigara kullanan hastalara sigara bırakma önerisinde bulunma tutum ve davranışları açısından elde edilen sonuçların hastalara etkili sigara bırakma danışmanlığı verme açısından yetersiz olduğu düşünülmüştür.

8. Sigara içen araştırma görevlileri sigaraya başlama sebebi olarak en çok çevre ve arkadaş gruplarının içiyor olması, ikinci olarak stres ve sıkıntı olması ve üçüncü olarak da iş ortamında dolayı olduğunu belirtmiştir.

9. Sigara kullanımını bırakan araştırma görevlilerinin sigarayı bırakma sebebi olarak birinci sırada sağlığa zararlı olduğunu için, ikinci olarak da iyi bir rol model olmak için olduğu saptanmıştır.

10. Sigarayı bırakan katılımcıların %93,4'ünün bireysel çabalarıyla, %14,5'inin farmakolojik yöntemlerle sigarayı bıraktığı tespit edilmiştir. Araştırma görevlilerimize sigara bırakma yöntemleri konusunda eğitimler verilmesi faydalı olabilir.

Sigara kullanımı, yaygınlığı ve pasif içicilikle birlikte önemli bir halk sağlığı sorunu olduğundan, sağlık sisteminin her aşamasında bu konuda mücadele edilmesi oldukça önemlidir. Özellikle doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının sigarayla mücadeledeki rolü oldukça önemlidir. Hekimin herhangi bir sebeple polikliniğe başvuran hastayla sigarayı bırakma konusunda sadece iki dakikalık kısa bir görüşme yapmasının bile hiç önermemesine göre sigara bırakma oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış sağladığı tespit edilmiştir. Bu çerçevede hekimler küçük önerilerin bile etkili olduğunu bilerek her seferinde sigara bırakmayı teşvik etmede istekli olmalıdırlar.

Çalışmamızda hekimler arasında sigara içme oranının genel topluma benzer olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, sigara bağımlılığından kurtulmak için hekimlerin de diğer bireyler gibi sigarayı bırakmaya yönelik müdahalelere ve desteğe ihtiyacı olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızın sonuçları, araştırma görevlilerinin büyük kısmının üniversite eğitimi sırasında sigara içmeye başladığını ortaya koymaktadır. Bu durum, hekim adaylarının tıp eğitimi sürecinde sigaraya başlamalarını önlemek amacıyla sigaranın zararları ve nikotin bağımlılığı ile ilgili eğitimler verilmesinin, sigara bırakma yöntemleri ve önleyici programların uygulanmasının önemini vurgulamaktadır. Ayrıca, genç hekimlerin bu dönemde sigara gibi sağlıksız alışkanlıklar yerine kültürel etkinlikler, spor, sanat gibi sağlıklı hobiler edinmelerinin teşvik edilmesi önemlidir.

7. ÖNERİLER

1. Gün içerisinde stres artırıcı durumların sigara içme davranışlarına olumsuz etki etmesi hekimlerin stresle başa çıkma yöntemleri konusunda desteğe ihtiyaçları olduğunun bir göstergesi olabilir. Bu sebeple doktorlara stresle mücadele konusunda eğitimler sağlanabilir.
2. Çalışmamız araştırma görevlilerin iş yükü durumları ile sigara kullanma durumlarının ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda hekimlerin iş yükünü yönetebilmeleri ve stresle mücadele edebilmeleri adına destekleyici sağlık politikaları yapılmalıdır. Sağlıklı çalışma ortamları hekimlerin sigara kullanma durumlarını azaltmada yardımcı olabilir.
3. Koruyucu sağlık hizmeti sunan birinci basamak hekimleri başta olmak üzere toplumda rol model olarak görülen tüm hekimlerin, günümüzün en önemli halk sağlığı problemlerinden biri olan ve etkili yöntemlerle sağlığa olan zararları engellenebilecek sigara ve tütün bağımlılığı hususunda aktif ve bilinçli olması önemlidir. Bu konuda gerekli stratejilerin üretilmesine, sigara bırakma konusuna gereken önemin verilmesine, hekimlerin bu konuda farkındalığının artması için eğitimlerin sayı ve kalitesinin artırılmasına ve konuyla alakalı daha kapsamlı çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

8. KAYNAKLAR

1. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package: World Health Organization. (<https://www.emro.who.int/press-releases/2008/the-who-report-on-the-global-tobacco-epidemic-2008.html>) Erişim Tarihi:15.08.2024.
2. Besson A, Tarpin A, Flaudias V, et al. Smoking prevalence among physicians: a systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(24):13328.
3. Çilekar ř, Günay E. Hastanemizde Sağlık Çalışanlarının Tütün Ürünlerini Kullanma Durumu. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2020;21(4):295-300.
4. Portoghese I, Galletta M, Coppola RC, Finco G, Campagna M. Burnout and workload among health care workers: the moderating role of job control. *Safety and health at work*. 2014;5(3):152-7.
5. Pöld M, Pärna K. Nicotine Dependence and Factors Related to Smoking Cessation among Physicians in Estonia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(9):3217.
6. Mostafa N, Momen M. Effect of physicians' smoking status on their knowledge, attitude, opinions and practices of smoking cessation in a University Hospital, in Egypt. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*. 2017;92(2):96-106.
7. World Health Organization. WHO. Stress 2023. (<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>) Erişim tarihi:15.08.2024.
8. Phillips AC. Perceived Stress. In: Gellman MD, Turner JR, editors. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York,NY:Springer.2013;1453-4. (https://www.researchgate.net/publication/302398266_Perceived_Stress) Erişim Tarihi:21.08.2024.
9. Stubbs B, Veronese N, Vancampfort D, et al. Perceived stress and smoking across 41 countries: a global perspective across Europe, Africa, Asia and the Americas. *Scientific reports*. 2017;7:7597.
10. Lawless MH, Harrison KA, Grandits GA, Eberly LE, Allen SS. Perceived stress and smoking-related behaviors and symptomatology in male and female smokers. *Addictive behaviors*. 2015;51:80-3.

11. Okutan O, Taş D, Kaya H, Kartaloğlu Z. Sigara içen sağlık personelinde nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörler. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2007;55(4):356-63.
12. Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: an international survey. *Patient education and counseling*. 2009;74(1):118-23.
13. Kosku N, Kosku M, Çıkrıkçıoğlu U, Tümer ZÖ. Toraks Derneği üyelerinin sigara konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Toraks Dergisi*. 2003;4(3):223-30.
14. Şahin G, Taşlıgil N. Türkiye’de tütün (nicotiana tabacum l.) yetiştiriciliğinin tarihsel gelişimi ve coğrafi dağılımı. *Doğu Coğrafya Dergisi*. 2014;18(30):71-93
15. Türk Toraks Derneği. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu: Ankara; 2014. (<https://toraks.org.tr/site/community/library/1655>) Erişim tarihi:21.08.2024.
16. Hajdu SI, Vadmal MS. The use of tobacco. *Annals of Clinical & Laboratory Science*. 2010;40(2):178-81.
17. Jung KJ, Jeon C, Jee SH. The effect of smoking on lung cancer: ethnic differences and the smoking paradox. *Epidemiology and health*. 2016;38:e2016060.
18. Musk AW, De Klerk NH. History of tobacco and health. *Respirology*. 2003;8(3):286-90.
19. Karabacak K. Türkiye’de tütün tarımı ve coğrafi dağılışı. *Coğrafi Bilimler Dergisi*. 2017;15(1):27-48.
20. Seydioğulları M. Dünya’da ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları. *Türk Toraks Derneği*;2009. 3-20
21. Güzel A. Tütün Bitkisi ve Farmakolojik Özellikleri;Gerçekten Şeytan Otu Mu? *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2016;4(1):22-6.
22. Uznay F, Gümüş SG. Türkiye’de Kayıtdışı Sarmalık Tütün Piyasası ve Yasallaştırılması Üzerine Bir Model Önerisi. *Ege Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*. 2016;53(2):223-33.
23. Kanoğlu S, Kınay A, Karakoç E. Sarmalık Kısılmış Tütünlerde Uygulanan Tarımsal İşlemler ve Kalite Özelliklerinin Belirlenmesi. *Anadolu Tarım Bilimleri Dergisi*. 2020;35(2):192-7.

24. Rigotti NA. Patterns of tobacco use. (<https://www.uptodate.com/contents/patterns-of-tobacco-use>) Erişim tarihi:21.08.2024.
25. Akl EA, Gaddam S, Gunukula SK, Honeine R, Jaoude PA, Irani J. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. *International journal of epidemiology*. 2010;39(3):834-57.
26. National Cancer Institute. Tobacco Control Research Branch. Division of Cancer Control and Population Sciences (DCCPS). Cigars: Health Effects and Trends. (<https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/monograph-09>) Erişim Tarihi:21.08.2024.
27. Iribarren C, Tekawa IS, Sidney S, Friedman GD. Effect of cigar smoking on the risk of cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer in men. *New England Journal of Medicine*. 1999;340(23):1773-80.
28. Özkul Y, Donmez H, Erenmemisoglu A, Demirtas H, Imamoglu N. Induction of micronuclei by smokeless tobacco on buccal mucosa cells of habitual users[published correction appears in *Mutagenesis* 1997 Nov;12(6):470]. *Mutagenesis*. 1997;12(4):285-7.
29. Callahan-Lyon P. Electronic cigarettes: human health effects. *Tobacco control*. 2014;23(2):36-40.
30. Vansickel AR, Cobb CO, Weaver MF, Eissenberg TE. A clinical laboratory model for evaluating the acute effects of electronic “cigarettes”: nicotine delivery profile and cardiovascular and subjective effects. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 2010;19(8):1945-53.
31. World Health Organization. Tobacco. WHO. 2023. (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>) Erişim Tarihi:21.08.2024.
32. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164>) Erişim Tarihi:21.08.2024.
33. Bilir N, Aytemur A, Akçay S, Elbek O. Dünyada ve Türkiye'de tütün kullanımı epidemiyolojisi. *Tütün ve Tütün Kontrolü*. 2011:21-3.

34. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021. (<https://www.saglik.gov.tr/TR,95109/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-yayinlanmistir.html>.) Erişim Tarihi:21.08.2024.
35. National Cancer Institute. Tobacco Control Research Branch, Tobacco Control Monograph Series. The Economics of Tobacco and Tobacco Control. (<https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/monograph-21>.) Erişim Tarihi: 21.08.2024.
36. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2012: Ankara; 2014. (https://havanikoru.saglik.gov.tr/depo/Dokumanlar/Yayinlar/Kuresel_Yetiskin_Tutun_Arastirmasi_Turkiye_Raporu2012.pdf) Erişim Tarihi:21.08.2024.
37. Organization WH. Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care. 2013. (<https://www.who.int/publications/i/item/strengthening-health-systems-for-treating-tobacco-dependence-in-primary-care>) Erişim tarihi:22.08.2024.
38. Tobacco Use and Dependence Guideline Panel. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services; 2008 May. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952>) Erişim Tarihi:21.08.2024.
39. T. C. Sağlık Bakanlığı. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023. (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/haberler/tutun_eylem_plani/Tutun_Kontrolu_Strateji_Belgesi_ve_Eylem_Planı.pdf.) Erişim Tarihi:22.08.2024.
40. Thandra KC, Barsouk A, Saginala K, Aluru JS, Barsouk A. Epidemiology of lung cancer. Contemporary Oncology (Pozn). 2021;25(1):45-52.
41. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2021;71(3):209-49.
42. Mannino D. Cigarette smoking and other possible risk factors for lung cancer. (<https://www.uptodate.com/contents/cigarette-smoking-and-other-possible-risk-factors-for-lung-cancer>.) Erişim Tarihi:22.08.2024

43. Akın M. Güney Marmara Bölgesinde Yaşayan İleri Yaş Hastalarda Sigara ve Akciğer Kanseri: Epidemiyolojik Çalışma. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2022;9(2):310-3.
44. Erbaycu AE. Akciğer kanserinde epidemiyoloji ve risk faktörleri. Ünsal M, editör. Akciğer Kanseri. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri;2020:1-5.
45. Tan W, Sin D, Bourbeau J, et al. Characteristics of COPD in never-smokers and ever-smokers in the general population: results from the CanCOLD study. Thorax. 2015;70(9):822-9.
46. Maselli DJ, Bhatt SP, Anzueto A, et al. Clinical epidemiology of COPD: insights from 10 years of the COPDGene study. Chest. 2019;156(2):228-38.
47. Jamal A. Current cigarette smoking among adults—United States, 2016. MMWR Morbidity and mortality weekly report. 2018;67(2):53-9.
48. Najem B, Houssière A, Pathak A, et al. Acute cardiovascular and sympathetic effects of nicotine replacement therapy. Hypertension. 2006;47(6):1162-7.
49. Raghuveer G, White DA, Hayman LL, et al. Cardiovascular consequences of childhood secondhand tobacco smoke exposure: prevailing evidence, burden, and racial and socioeconomic disparities: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2016;134(16):336-59.
50. Parasher G, Eastwood GL. Smoking and peptic ulcer in the Helicobacter pylori era. European journal of gastroenterology & hepatology. 2000;12(8):843-53.
51. Tuncer DD. Sigaranın Ağız ve Diş Sağlığı Üzerine Etkileri. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, 2008.
52. Rao M, Zeng Z, Tang L. Maternal physical activity before IVF/ICSI cycles improves clinical pregnancy rate and live birth rate: a systematic review and meta-analysis. Reproductive Biology and Endocrinology. 2018;16(1):11.
53. Rodriguez D, Kathuria H. Cigarette and tobacco products in pregnancy: Impact on pregnancy and the neonate 2019. (<https://www.uptodate.com/contents/cigarette-and-tobacco-products-in-pregnancy-impact-on-pregnancy-and-the-neonate>.) Erişim tarihi: 22.08.2024.
54. Dönder A, Balahoroğlu R, Dülger H, Sekeroğlu MR. Sigara ve böbrek fonksiyonları. Eur J Basic Med Sci. 2014;4(1):16-21.

55. Rujnan T, Çaykara B, Sağlam Z, Pençe HH. Sigara bağımlılarında depresyon, anksiyete, uyku kalitesi ve uyku kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;(4):609-15.
56. Yoon V, Maalouf N, Sakhaee K. The effects of smoking on bone metabolism. *Osteoporosis International*. 2012;23(8):2081-92.
57. Onor IO, Stirling DL, Williams SR, et al. Clinical effects of cigarette smoking: epidemiologic impact and review of pharmacotherapy options. *International journal of environmental research and public health*. 2017;14(10):1147.
58. Murphy SE. Biochemistry of nicotine metabolism and its relevance to lung cancer. *Journal of Biological Chemistry*. 2021;296:100722.
59. Whitehead AK, Erwin AP, Yue X. Nicotine and vascular dysfunction. *Acta Physiologica*. 2021;231(4):e13631.
60. Wills L, Kenny PJ. Addiction-related neuroadaptations following chronic nicotine exposure. *Journal of neurochemistry*. 2021;157(5):1652-73.
61. Dani JA, Jenson D, Broussard JI, De Biasi M. Neurophysiology of nicotine addiction. *Journal of addiction research & therapy*. 2011;S1(1):001.
62. Sağlam L. Nikotin bağımlılığının klinik değerlendirilmesi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2017;4(1):78-89.
63. Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA, et al. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality: a randomized clinical trial. *Annals of internal medicine*. 2005;142(4):233-9.
64. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2013;368(4):341-50.
65. Jaén CR, Benowitz NL, Curry SJ, et al. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. *Am J Prev Med*. 2008;35(2):158-76.
66. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. 2014.
67. Bakkevig O, Steine S, Hafenbrädl Kv, Lærum E. Smoking cessation A comparative, randomised study between management in general practice and the behavioural programme SmokEnders. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2000;18(4):247-51.

68. Kocakaya D, Şenol H, Aslan S, et al. Sigara bırakma polikliniğine başvuran bireylerde tedavi başarısını etkileyen faktörler. *Bağımlılık Dergisi*. 2022;23(1):69-77.
69. Wilkes S. The use of bupropion SR in cigarette smoking cessation. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 2008;3(1):45-53.
70. Howes S, Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Hong B, Lindson N. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*. 2020;(4).
71. Nides M, Oncken C, Gonzales D, et al. Smoking cessation with varenicline, a selective $\alpha 4\beta 2$ nicotinic receptor partial agonist: results from a 7-week, randomized, placebo-and bupropion-controlled trial with 1-year follow-up. *Archives of internal medicine*. 2006;166(15):1561-8.
72. Chang P-H, Chiang C-H, Ho W-C, Wu P-Z, Tsai J-S, Guo F-R. Combination therapy of varenicline with nicotine replacement therapy is better than varenicline alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC public health*. 2015;15(1):1-8.
73. Vogeler T, McClain C, Evoy KE. Combination bupropion SR and varenicline for smoking cessation: a systematic review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2016;42(2):129-39.
74. Michie S. Causes and management of stress at work. *Occupational and environmental medicine*. 2002;59(1):67-72.
75. Fink G. Stress: Concepts. Definition and History: Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology Elsevier. 2017:1-9.
76. Russell G, Lightman S. The human stress response. *Nature reviews endocrinology*. 2019;15(9):525-34.
77. Baron KG, Reid KJ. Circadian misalignment and health. *International review of psychiatry*. 2014;26(2):139-54.
78. Miller GE, Cohen S, Ritchey AK. Chronic psychological stress and the regulation of pro-inflammatory cytokines: a glucocorticoid-resistance model. *Health psychology*. 2002;21(6):531.

79. Balcı A. Çalışanlarda stres kaynakları, stresle başa çıkma yöntemleri ve sağlık sektörü.Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. 2014.
80. Mayer EA. The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. Gut. 2000;47(6):861-9.
81. Lofti S, Başçılar M. Travma sonrası stres bozukluğu ve sosyal hizmet. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;(3):275-86.
82. Çelik M, Tepe M. Stres ve motivasyon ilişkisi: kadın sağlık çalışanları örneği. Al Farabi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi. 2021;6(1):43-61.
83. Buhelt LP, Pisinger C, Andreasen AH. Smoking and stress in the general population in Denmark. Tobacco Prevention & Cessation. 2021;7(4):1-9.
84. Gök S. Çalışma yaşamının önemli bir sorunu: örgütsel stres. Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2009;27(2):429-48.
85. Özel Y, Karabulut AB. Günlük yaşam ve stres yönetimi. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2018;1(1):48-56.
86. McGuigan F, Lehrer PM. Progressive relaxation.In: Lehrer PM, Woolfolk RL, editors. Principles and practice of stress management Guilford Publications. 2021;57.
87. Kassymova K, Kosherbayeva N, Sangilbayev S, Schachl H. Stress management techniques for students. Advances in Social Science, Education and Humanities Research. 2018;198:47-56.
88. İlğöz M. Stres kaynakları, sonuçları ve stresle mücadele. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul. 2014.
89. Köse H. Örgütlerde stres kaynakları ve stres yönetimi. Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2015;(29):37-44.
90. İmirlioğlu İ. Devlet hastanelerinde çalışan doktorların ve hemşirelerin stres kaynakları ve stresin performanslarına etkilerine ilişkin görüşleri (Ankara ili örneği). Verimlilik Dergisi. 2009;(4):53-101.
91. Fagerstrom K-O, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Journal of behavioral medicine. 1989;12(2):159-82.

92. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, FAGERSTROM KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British journal of addiction*. 1991;86(9):1119-27.
93. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yilmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks*. 2004;52(2):115-21.
94. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*. 1983;24(4):385-96.
95. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenirlik ve geçerlik analizi. *New/Yeni Symposium Journal*. 2013;51(3):132-40.
96. Demir C, Şimşek Z. Hekimlerin sigara bıraktırma davranışları ve ilişkili faktörler, Physicians\ Smoking Cessation Behavior and Related Factors Health promotion program for Syrian refugees View project UNFPA Turkey CO Humanitarian Program View project. *TAF Prev Med Bull* 2013 ;12(5):501–10. (www.korheh.org) Erişim Tarihi: 03.09.2024.
97. Öztürk Ö. Sağlık çalışanları ve sigara. *Süleyman Demirel Univ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2009;16(2):32-8. (<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/196801>) Erişim Tarihi:04.09.2024.
98. Atayoğlu AT, Tokaç M, Doğan S, Güner AE, Kocayığıt E, Güner M. Smoking status of family physicians and their attitude on smoking cessation. *Anatolian Journal of Family Medicine*. 2021.
99. Cosgun MS. Relationship between cardiologists smoking status and attitudes toward smoking cessation management. *Pakistan Heart Journal*. 2022;55(1):68-72.
100. Yemenici B. Eğitim Ve Araştırma Hastanesi’nde Görev Yapan Asistan Hekimlerin Sigara İçme Durumu, Nikotin Bağımlılık Düzeyi, Sigara Bıraktırmaya Karşı Tutum Ve Davranış İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir. 2021.

101. Serez B. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi sağlık personelinin sigara içme sıklığı ve ilişkili faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne. 2013.
102. Koç EM, Başer D, Döner P, et al. Hastane çalışanlarının sigara içme düzeylerinin belirlenmesi ve dumansız hava sahası uygulamasının değerlendirilmesi. Journal of Clinical and Experimental Investigations. 2015;6(1):33-9.
103. Aliskin O, Savas N, Inandi T, Peker E, Erdem M, Yeniceri A. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi sağlık personelinin sigara içme ve bağımlılık durumu. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi. 2015;6(24):32-42.
104. Çerçi CT. Aile hekimlerinin sigara içme durumları ile sigara bırakma tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve davranışları. Tıpta Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara. 2017.
105. Öztoprak S, Günay T. Sağlık açısından toplumsal cinsiyet ve tütün kontrolü. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2013;11(3):197-206.
106. Sezgin L, Pirinçci E. Muş ili ve ilçelerindeki hastanelerde görev yapan hemşirelerin sigara içme durumlarının değerlendirilmesi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2020;15(3):14-21.
107. Er T, Kurçer M. Tıp Fakültesi 1. ve 6. Sınıf Öğrencilerinin Sigara İçme Davranışları ve Anksiyete Düzeyleri. Bağımlılık Dergisi. 2020;21(3):201-9.
108. Bialous SA, Fox BJ, Glantz SA. Tobacco industry allegations of "illegal lobbying" and state tobacco control. American Journal of Public Health. 2001;91(1):62-7.
109. Altundağ E. Araştırma Görevlisi Hekimlerin Sigara İçme Ve Bırakma Davranışlarının Araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Gaziantep. 2024.
110. Jankowski M, Kaleta D, Zgliczyński WS, et al. Cigarette and e-cigarette use and smoking cessation practices among physicians in Poland. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019;16(19):3595.
111. Ünal S. Bir Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Hekimlerin Sigara Bırakma Tedavisi Hakkındaki Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Düzce. 2023.

112. Salepçi B, Fidan A, Çağlayan B, et al. İstanbul’da genel bir eğitim hastanesinde çalışanların sigara hakkındaki bilgileri, davranışları ve sigara içme oranları.2006;8(4):156-62.
113. Çapık C, Özbıçakcı Ş. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sigara bağımlılık düzeyleri ve etkileyen etmenler. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2007;4(2);1-12.
114. Uyar P. Erkek sağlık çalışanlarında sigara içme davranışı, sigarayı bırakmanın belirleyicileri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin belirlenmesi.Yüksek Lisans Tezi,Hittit Üniversitesi,Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı 2022.
115. Hassoy D, Ozvurmaz S. Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sigara İçme Durumlarının ve İlişkili Etmenlerin İncelenmesi. Hemşirelik Bilimi Dergisi. 2021;4(3):140-7.
116. Genç M. Yaşam İçinde Algılanan Stres Ve Sigara Kullanımı.Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi,Aile Hekimliği Kliniği,İstanbul. 2022.
117. Şimşek H, Akvardar Y, Doğanay S, Pekel Ö, Günay T. Sigara ve sigara bırakmaya ilişkin görüşler: Kalitatif bir araştırma. Türk Toraks Dergisi. 2014;15:18-22.
118. Yazarbaş G, Atlam DH. Polis meslek yüksekokulu öğrencilerinde sigara kullanımına yönelik görüş ve tutumun değerlendirilmesi. Ege Tıp Dergisi. 2015;54(3):114-9.
119. Ünüvar EM, Dişçigil G. Sigarayı bırakma girişimlerinde başarıyı etkileyen faktörler–Hekim adayları örneği. The Journal of Turkish Family Physician. 2017;8(3):57-65.
120. Malik AK, Chaudhry A, Karamat A, Arif N, Cheema MA, Rauf A. Cigarette smoking and health care professionals at Mayo Hospital, Lahore, Pakistan. JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association. 2010;60(6):509-12.
121. Durmuş AB, Pirinççi E. Üniversite öğrencilerinin sigara içme durumu ve öfke ile ilişkisi. Journal of Turgut Ozal Medical Center. 2009;16(2):83-8.
122. Baykan Z, Naçar M. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara kullanımı ve tütün kanununa ilişkin görüşleri. Dicle Tıp Dergisi. 2014;41(3):483-90.

123. Cengiz Özyurt B. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu. *Solunum Dergisi*. 2009;11(3):93-6.
124. Başaran Gedik E. Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyi Ve Algılanan Stres Düzeyinin Sigara İçme Davranışları Üzerine Etkisi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul. 2023.
125. Kulu M, Özsoy F, Gürler EB, Özbeyli D. COVID-19 salgınının diş hekimleri üzerinde yarattığı gelecek kaygısı ve stresin değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2021;14(1):103-12.
126. Dağtekin G, Atay E, Kılınç A, et al. Tıp fakültesi öğrencilerinde cinsiyete göre sigara tüketimi, algılanan stres ve yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2020;42(4):350-6.
127. Lebensohn P, Dodds S, Benn R, Brooks AJ, Birch M. Resident wellness behaviors: relationship to stress, depression, and burnout. *Fam Med*. 2013;45(8):541-9.
128. Özer Keskin M, Yıldız Ö, İnan K, Aksakal E. Göğüs Cerrahisi Alanında Görev Yapan Doktorların COVID-19 Pandemisi Öncesi ve Pandemi Sürecinde Algılanan Stres Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Ejoms International Journal On Mathematics, Engineering-Natural Sciences*. 2020;4(15):770-84.
129. Çalışkan S, Aydoğan S, Işıklı B, Metintaş S, Yenilmez F, Yenilmez Ç. Üniversite öğrencilerinde algılanan stres düzeyi ve ilişkili olabilecek faktörlerin değerlendirilmesi. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*. 2018;3(2):39-49.
130. Matuska K, Bass J, Schmitt JS. Life balance and perceived stress: Predictors and demographic profile. *OTJR: occupation, participation and health*. 2013;33(3):146-58.
131. Daban Durgut Z, Şahin M. Çocuğu 0-6 yaş grubu olan doktor annelerde tükenmişlik ve algılanan stres arasındaki ilişki: Kesitsel bir çalışma. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2023;17(2):226-32.
132. Wang Z, Xie Z, Dai J, Zhang L, Huang Y, Chen B. Physician burnout and its associated factors: a cross-sectional study in Shanghai. *Journal of occupational health*. 2014;56(1):73-83.

133. Bumin G, Tatlı İY, Cemali M, Kara S, Akyürek G. Vardiyalı ve gündüz çalışan sağlık çalışanlarında uyku kalitesi, reaksiyon zamanı, stres ve iyilik halinin karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2019;6(3):170-6.
134. Chatzigianni D, Tsounis A, Markopoulos N, Sarafis P. Occupational stress experienced by nurses working in a Greek Regional Hospital: A cross-sectional study. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2018;23(6):450-7.
135. Özdemir İ, Hergül GÖ, Öztürk M, Arslan A. Covid-19 Pandemi Sürecinde Bir Pandemi Hastanesinde Görev Yapmakta Olan Hemşirelerde,Sosyodemografik Değişkenler, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ve Umutsuzluk Düzeylerinin, Algılanan Stres Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 2021;54(3):434-41.
136. Twyman L, Bonevski B, Paul C, Bryant J. Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups: a systematic review of the qualitative and quantitative literature. BMJ open. 2014;4:e006414.
137. Warner DO, Patten CA, Ames SC, Offord K, Schroeder D. Smoking behavior and perceived stress in cigarette smokers undergoing elective surgery. The Journal of the American Society of Anesthesiologists. 2004;100(5):1125-37.
138. Banazadeh N, Sabahi A, Ziaadini H, Jalali-Khalilabadi A, Banazadeh M. The relationship between extrinsic and intrinsic religious orientation with perceived stress and cigarette addiction among university students. Addiction & Health. 2019;11(2):73-80.
139. Abdullah ASM, Rahman MA, Suen CW, et al. Investigation of Hong Kong doctors' current knowledge, beliefs, attitudes, confidence and practices: implications for the treatment of tobacco dependency. Journal of the Chinese Medical Association. 2006;69(10):461-71.
140. Tong EK, Strouse R, Hall J, Kovac M, Schroeder SA. National survey of U.S. health professionals' smoking prevalence, cessation practices, and beliefs. Nicotine & Tobacco Research. 2010;12(7):724-33.
141. Seven F, Günay T. Tıp ÖğrencilerininTütün Kullanım Durumu Ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2023;37(2):191-205.

EKLER

EK 1: ANKET FORMU

Sosyodemografik Veri Formu

1.Yaş:

2.Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

3.Asistanlık Bölümünüz: Temel bilimler () Dahili bilimler () Cerrahi bilimler ()

4.Asistanlık Branşınız:

5.Hekimlikte geçirilen yıl:

6.Medeni durum: Evli () Bekar ()

7.Çocuk durumu: Var () Yok ()

8.Kronik hastalık durumu: Var () Yok ()

9.Nöbet tutuyor musunuz? Evet () Hayır ()

10.Aylık ortalama nöbet sayısı:

11.Aktif olarak poliklinikte hasta bakıyor musunuz? Evet () Hayır ()

12.Klinikteki işinizi nasıl tanımlarsınız? Zor () Orta () Kolay ()

13.Çalışma ortamında kendinizi iyi-mutlu hissediyor musunuz? Evet () Hayır ()

14.Gelir-gider durumu: Gelirim giderimden yüksek () Gelirim giderime denk ()
Gelirim giderimden düşük ()

15.Alkol kullanım durumu: Hiç kullanmadım () Nadiren () Düzenli
kullanıyorum () Bıraktım ()

16.Sigara dışı içtiğiniz tütün ürünü var mı? Yok () Puro () Nargile ()
Diğer ()

17.Sigara içme durumunuz?

Hiç içmedim () (31, 39 ve 40. soruları yanıtlayınız.)

Nadiren içiyorum () (18. sorudan devam ediniz)

Düzenli içiyorum () (18. sorudan devam ediniz)

Bıraktım () (31,36,37,39 ve 40. Soruları yanıtlayınız.)

18.Günlük içilen sigara adeti:

19.Kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz?

20.Sigara içme sıklığınız nedir? Her gün () Haftada birkaç gün () Nadiren ()

21.İçtiğiniz sigara türü nedir? Filtre sigara () Filtresiz sigara () Sarma ()
Filtre+Elektronik sigara ()

22.Hangi zaman diliminde daha çok sigara içiyorsunuz? Mesai içi () Mesai dışı ()

23.Hekimlik mesleğinin sigara içme davranışınızı nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?

Arttı () Azaldı () Aynı ()

24.Yorucu geçen mesai gününüzde sigara içme davranışınız nasıl olur?

Artar () Azalır () Aynı Kalır ()

25.Öfkelenendirici bir olay yaşadığınız mesai gününde sigara içme davranışınız nasıl etkilenir?

Artar () Azalır () Aynı Kalır ()

26.Kendinizi yetersiz hissettiğiniz karar vermekte güçlük çektiğiniz günlerde sigara içme davranışınız nasıl etkilenir? Artar () Azalır () Aynı Kalır ()

27.Sigara içmek benim için mola fırsatıdır. Katılıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım ()

28.Sigara içmek beni rahatlatır. Katılıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım ()

29. Nöbette sigara içme durumu: Daha fazla () Daha az () Her zamanki kadar ()

30. Sigaraya kaç yaşında başladınız? <18 () 18-25 () >25 ()

31.Ailede ve çevrenizde sigara içenleri işaretleyiniz (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz).

Eşim () Annem () Babam () Kardeşlerim () Arkadaşlarım () Diğer ()
Hiç kimse ()

32.Sigara içmeyi başlatan sebepler? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

Ailede kullanan olması () Çevre-arkadaş grupları () Stres-sıkıntı ()
Özenti – heves () İş ortamı () Mesleğe başlamak ()
Diğer () (büyüdüğünü hissetme, kendini ispatlama isteği..)

33.Sigara içme isteğinizi uyaran faktörler? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

İş stresi () Klinik içi çalışanlar ile ilgili iletişim problemi ()
Geçim sıkıntısı () Hasta ve yakını ile ilgili iletişim problemi ()
Çevredekilerin içiyor olması () Nöbetli çalışıyor olmak () Aile içi iletişim problemi () Sosyal çevre ile iletişim problem ()

34.Sigarayı bırakmayı düşündünüz mü? Evet () Hayır () Bilmiyorum ()

35.Sigara bırakmayı kaç defa denediniz? 0 () 1 () 2 () 2'den daha fazla ()

36.Sigarayı bırakma sebepleriniz nelerdi? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

- Var olan sağlık problemlerimden dolayı () Zararlı olduğunu düşündüğüm için ()
Ailem bırakmamı istediği için () Gebelik/emzirme durumu ()
Mesleki sorumluluk () İyi bir rol model olmak için ()
Kamu spotları () Diğer()

37.Sigarayı bırakma yönteminiz? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

- Farmakolojik yöntemlerle ()
Alternatif tıbbi yöntemler (akupunktur, hipnoz vb..) ()
Sigara bıraktırma polikliniğinde danışmanlık alarak ()
Bireysel çabalarımla ()

38. Aşağıdaki soruları sigara kullanan hekimlerin yanıtlaması gerekmektedir.

FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ (FNBT)

1. İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar sonra içiyorsunuz?

- ☐İlk 5 dk içinde ☐6-30 dk içinde ☐31-60 dk içinde ☐60 dk ve sonrası

2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

- ☐Evet ☐Hayır

3. İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçmeyeceğiniz sigara hangisidir?

- ☐Sabah ilk içilen sigara ☐Diğer zamanlarda içilen sigaralar

4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- ☐10 adet veya daha az ☐11-20 adet ☐21-30 adet ☐31 ve daha fazla

5. Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?

- ☐Evet ☐Hayır

6. Günün büyük bölümünü yatakta geçirirken neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?

- ☐Evet ☐Hayır

39.Lütfen aşağıdaki ifadelerden size en çok uygun olduğunu düşündüğünüzü işaretleyiniz.

	Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Hiç
Poliklinikte veya serviste yatan hastaların sigara içme durumunu sorgularım.				
Sigara içen hastalara sigarayı bırakma düşüncelerini sorgularım.				
Sigara kullanan hastalarımı sigarayı bırakmalarını öneririm.				
Hastalarımı sigaranın zararları ve sebep olduğu hastalıkları hakkında bilgilendiririm.				
Sigara içen hastalarımı sigara bırakma yöntemleri konusunda bilgilendiririm.				

40.Size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ (ASÖ)

Yönerge: Aşağıda geçtiğimiz ay içerisindeki kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir. Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun seçeneğin altındaki kutuya bir çarpı işareti koyarak cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtları vermenizdir.

	Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Oldukça Sık	Çok sık
1. Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?					
2. Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?					
3. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz?					
4. Geçen ay, ne sıklıkta gündelik zorlukların üstesinden başarıyla geldiniz?					
5. Geçen ay, hayatınızda ortaya çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkta hissettiniz?					
6. Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?					
7. Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?					
8. Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?					
9. Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?					
11. Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelenediniz?					
12. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta başarmak zorunda olduğunuz şeyleri düşünürken buldunuz?					
13. Geçen ay, ne sıklıkta zamanınızı nasıl kullanacağınızı kontrol edebildiniz?					
14. Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?					

EK 2. ETİK KURUL KARARI

Evrak Tarih ve Sayı:



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Personel İşleri Birimi



Konu : Dr. Seda Nur Ongun Anıl

05.03.2024

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 29.02.2024 tarihli ve 612693 sayılı yazınız.

İlgi yazınız incelenmiş olup, söz konusu anket çalışması ile ilgili etik kurul kararı alınması halinde çalışmanın Fakültemizde görev yapan araştırma görevlilerine yapılması uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Cemal Alper KEMALOĞLU,
Dekan

Bu belge, güncel elektronik ortamda iletilemiştir.

Belge Doğrulama Kodu : BSGÜ06Z35032 Pin Kodu : 946032

Belge Takip Adresi : <http://www.erciyes.gov.tr/erciyes-universitesi/ebys>

Adres: Köşk Mahallesi Dede Efendi Sokak 38030 Melikgazi KAYSERİ

Telefon: +90 352 437 49 10 Faks: +90 352 437 52 85

e-Posta: tipdekanligi@erciyes.edu.tr Web: <http://tip.erciyes.edu.tr>

Kayıt Adresi: erciyesuniv@hsn1.kap.tr

Bilgi İçin: Nazım Gürbüz

Görevli Büro Personeli

Tel No : 0352 437 49 10



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2011 - KAEK-10)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Bir Üniversite hastanesi araştırma görevlilerinin sigara kullanımını etkileyen faktörlerle sigara bırakma konusundaki davranışları ve algılanan stres düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
	AÇIK ADRES	Melikgazi/KAYSERİ		
	TELEFON			
	FAKS			
	E-POSTA			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Selçuk Mertek		
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği		
	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD., Kayseri		
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ ADI SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vs. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
FAZ 4		☐		
Güvenli ilaç çalışması		☐		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐		
In vitro/biyo tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirilme çalışmaları		☐		
İlaç dışı klinik araştırma		☒		
Diğer ise belirtiniz	Uzmanlık Tezi			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ ☒	ÇOKMERKEZ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının

Dr. Nuri TUTAR

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (GCP-KAEK-80)

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Bir üniversite hastanesi araştırma görevlilerinin sigara kullanımını etkileyen faktörlerle sigara bırakma konusundaki davranışları ve algılanan stres düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU					
DEĞERLEN DİRLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama			
	SİGORTA				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ				
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU				
	İLAN				
	YELİK BİLDİRİM				
	SONUÇ RAPORU				
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ				
DİĞER					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2024/222	Tarih : 27.03.2024			
	Yukarıda bilgileri verilen prospektif başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/ çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.				
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU					
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		Beşeri Tıbbi Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik			
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI		Prof. Dr. Nuri TUTAR			

Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	Araştırma ile İlgisi	Katılım (*)
Prof. Dr. Nuri TUTAR	Göğüs Hastalıkları	E.Ö. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Prof. Dr. Adnan BAYRAM	Anest. ve Rean.	E.Ö. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Prof. Dr. Zuhel HAMURCU	Tıbbi Biyoloji	E.Ö. Tıp Fak.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Doç. Dr. Zafar SEZER	Farmakoloji	E.Ö. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Doç. Dr. Hakan İMAMOĞLU	Radilyoloji	E.Ö. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Doç. Dr. Oktay SOZKURT	İç Hastalıkları	E.Ö. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Doç. Dr. Duygu G. SEVİM	Göz Hastalıkları	E.Ö. Tıp Fak.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Doç. Dr. Sibel YEL	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ö. Tıp Fak.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Doç. Dr. Murat TÜRK	Göğüs Hastalıkları	E.Ö. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Doç. Dr. Gökhan ÇOBAN	Ortodonti	E.Ö. Diş Hek.Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Doç. Dr. Mehmet PATMANO	Genel Cerrahi	Kayseri Şehir Hast.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Doç. Dr. Gözde E. ZARARSIZ	Biyoistatistik	E.Ö. Tıp Fak.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Dr. Öğr. Üyesi Erhan BABUR	Fizyoloji	E.Ö. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Av. Hasan TOSUN	Avukat	Kayseri Barosu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Sevrap KOÇER	Özelli Üye	Serbest	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐

* Toplamda Beşer

Etik K. Çıkarım İmzası: TUTAR

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır

TC.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Araştırma görevlisi **Dr. Seda Nur ONGUN ANIL**'a ait '**Bir Üniversite Hastanesi Araştırma Görevlilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörlerle Sigara Bıraktırma Konusundaki Davranışları ve Algılanan Stres Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**' adlı çalışma, jürimiz tarafından **Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda** Tıpta Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarih: .../.../2024

Başkan: Prof. Dr. Selçuk MISTIK

İmza

Üye: Prof. Dr. Mustafa Mümtaz MAZICIOĞLU

İmza

Üye: Doç. Dr. Elif DENİZ ŞAFAK

İmza