



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON
ANABİLİM DALI
BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELERDE SİGARA KULLANIMININ İNCELENMESİ

Dilba AĞA

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Cemal Onur NOYAN

İSTANBUL-2024

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON
ANABİLİM DALI
BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELERDE SİĞARA KULLANIMININ İNCELENMESİ

Dilba AĞA

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Cemal Onur NOYAN

İSTANBUL-2024

ÖZET

HEMŞİRELERDE SİGARA KULLANIMININ İNCELENMESİ

Bu çalışma; sigara kullanımının sağlığa verdiği zararları bilen, sağlık çalışanları arasında önemli bir grup olan hemşirelerin; sigara kullanımının incelemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı ve karşılaştırmalı bir çalışmadır.

Bu araştırmada, Türkiye genelinde aktif olarak çalışan 341 hemşireye sigara kullanma durumu, sigaraya başlama yaşı, bağımlılık düzeyleri ve mesleki faktörler çerçevesinde çeşitli analizler yapılmıştır. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) kullanılarak sigara kullanan hemşirelerin bağımlılık düzeyleri değerlendirilmiş ve sigara kullanımı ile ilgili demografik ve mesleki değişkenler arasındaki ilişkiler detaylı bir şekilde incelenmiştir.

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi, SPSS 25 (IBM Inc., Chicago, IL, USA) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde demografik özellikler, mesleki faktörler ve sigara bağımlılık düzeyleri arasındaki ilişkiler çeşitli istatistiksel yöntemlerle incelenmiştir.

Araştırmanın sonuçlarına göre; sigara kullanan ve sigara kullanmayan hemşirelerin medeni durumları arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Sigara kullanımına genç yaşlarda başlandığı görülmüştür. Sigara içme nedenlerine bakıldığında, en yaygın nedenler arasında alışkanlık (%54,8) ve stres giderme (%47,2) öne çıkmaktadır. Mesleki stres algısı ile sigara bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Sigara kullanımının mesleki stres, çalışma koşulları ve eğitim düzeyi gibi faktörlerle ilişkilendirilebileceği, ancak kişisel tercihlerin ve alışkanlıkların da önemli bir rol oynadığı görülmüştür. Bu sonuçlar, sigara kullanımının azaltılması ve bağımlılıkla mücadele edilmesi için hem bireysel hem de kurumsal müdahalelere ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Hemşirelik gibi zorlu bir meslekte çalışan sağlık profesyonellerinin sigara bağımlılığını azaltmaya yönelik destekleyici programlar geliştirilmesi, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve stres yönetimi eğitimlerinin sunulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Sigara, Sigara Bağımlılığı, Stres

ABSTRACT

INVESTIGATION OF SMOKING USE IN NURSES

This study; Nurses, who are an important group among health workers who know the harms of smoking to health; It is a descriptive and comparative study planned to examine smoking use. In this study, various analyzes were made to 341 nurses actively working throughout Turkey within the framework of smoking status, age of onset of smoking, addiction levels and occupational factors. Using the Fagerström Nicotine Dependence Test (FNBT), the addiction levels of nurses who smoke were evaluated and the relationships between demographic and occupational variables related to smoking were examined in detail. Statistical analysis of the data obtained from the study was made using SPSS 25 (IBM Inc., Chicago, IL, USA) package program.

In the analysis of the data, the relationships between demographic characteristics, occupational factors and smoking addiction levels were examined by various statistical methods. According to the results of the research; Significant differences were found between the marital status of smoking and non-smoking nurses.

It has been observed that smoking started at a young age. When we look at the causes of smoking, habit (54.8%) and stress relief (47.2%) stand out among the most common reasons. There was no significant relationship between the perception of occupational stress and smoking addiction.

It has been observed that smoking can be associated with factors such as occupational stress, working conditions, and educational level, but personal preferences and habits also play an important role.

These results show that both individual and institutional interventions are needed to reduce smoking and combat addiction. It is necessary to develop supportive programs to reduce smoking addiction for health professionals working in a challenging profession such as nursing, to improve working conditions and to provide stress management trainings.

Keywords: Nursing, smoking, smoking addiction, stress

TEŞEKKÜR

Öncelikle sabırla bekleyen, ilgi ve bilgisini esirgemeyen danışman hocam; Prof. Dr. Cemal Onur Noyan’a; desteğini hiç esirgemeyen kocaman kocam Birol Ağa’ya geçmişte umudum olmuş annem Dilek Herad’a; gelecekteki ümitlerim Baha – Bora – Bera oğullarıma;

TEŞEKKÜR EDERİM.



BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

24.10.2024

Dilba AğA

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN FORMU	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Hemşirelik.....	5
2.1.1 Hemşirelerin çalışma durumları.....	6
2.1.2 Hemşirelerde stres.....	8
2.1.2.1. Hemşirelerde iş stresi.....	10
2.2. Bağımlılık	11
2.2.1 Sigara bağımlılığı.....	11
2.2.1.1 Sigara	11
2.2.1.2 Sigara bağımlılığı tanımı	12
2.2.1.3 Sigara bağımlılığı epidemiyolojisi.....	12
2.2.1.4 Sigara bağımlılığının nedenleri ve sonuçları	13
2.2.1.5 Sigara bağımlılığı tanı kriterleri.....	15
2.2.1.6 Sigara bağımlılığının tedavisi	17
2.3 Hemşireler Arasında Sigara Kullanım Oranı	18
2.4. Stres Kavramı	21
2.4.1. Stresin belirtileri	21
2.4.2. Strese neden olan kaynaklar	22

2.4.2.1. Fiziksel çevreden kaynaklanan stresler.....	22
2.4.2.2. Çalışma koşullarından kaynaklanan stresler.....	22
2.5. Stresle Baş Etme Yöntemleri.....	24
2.5.1. Bedensel/Fiziksel teknikler.....	25
2.5.2. Davranışçı teknikler.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Amacı.....	30
3.2. Araştırmanın Önemi	30
3.2.1.Hipotezler.....	31
3.3. Araştırmanın Problemi.....	32
3.4. Araştırmanın Modeli.....	33
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	33
3.6. Veri Toplama Araçları	34
3.7.Verilerin Analizi	36
4. BULGULAR.....	38
4.1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Tanıtıcı Bulguları	38
4.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) İlişkin Bulgular.....	42
5. TARTIŞMA.....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
KAYNAKLAR	74
EKLER	80
Ek 1. Etik Kurul Onayı	80
Ek 2. Özgeçmiş	81

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1: Normallik testi.....	36
Tablo 2: Sigara kullanan ve kullanmayan hemşirelerin medeni durum ve eğitim durumlarına göre dağılımı.....	38
Tablo 3: Sigara kullanan hemşirelerin sigara kullanma bulgularının tanımlayıcı istatistikleri.....	39
Tablo 4: Hemşirelerin meslek özelliklerinin sigara kullanımı ile ilişkisi.....	41
Tablo 5: Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT) Sonuçları.....	43
Tablo 6: Sigara kullanan hemşirelerin sigara bağımlılık düzeyleri.....	43
Tablo 7: Sigara kullanan hemşirelerin sigara bağımlılık düzeylerine göre mesleğin stresli olduğunu düşünme bulgularının tanımlayıcı istatistikleri.....	44
Tablo 8: Sigara kullanan hemşirelerin medeni durumlarına göre FNBT toplam puanlarının karşılaştırılması.....	44
Tablo 9: Sigara kullanan hemşirelerin eğitim durumlarına göre FNBT toplam puanlarının karşılaştırılması.....	45
Tablo 10: Sigara kullanan hemşirelerin günlük sigara içme adetlerine göre FNBT toplam puanlarının karşılaştırılması.....	46
Tablo 11: Sigara kullanan hemşirelerin sigarayı bırakmayı isteme durumlarına göre FNBT toplam puanlarının karşılaştırılması.....	47
Tablo 12: Sigara kullanan hemşirelerin hemşirelik yapma sürelerine göre FNBT toplam puanlarının karşılaştırılması.....	47
Tablo 13: Sigara kullanan hemşirelerin çalışılan birimlere göre FNBT toplam puanlarının karşılaştırılması.....	48
Tablo 14: Sigara kullanan hemşirelerin görev yapılan hastane yatak büyüklüğüne göre FNBT toplam puanlarının karşılaştırılması.....	49

Tablo 15: Sigara kullanan hemřirelerin mesleđin stresli olduđunu dűřűnme durumlarına göre FNBT toplam puanlarının karřılařtırılması.....	49
Tablo 16: FNBT sonuçları ve hemşirelik mesleğinin yapılmadığı durumda sigara kullanma durumu ilişkisi.....	50
Tablo 17: Sigara kullanan hemşirelerin hemşire olduktan sonra sigaraya başlama durumlarına göre FNBT toplam puanlarının karşılaştırılması.....	49
Tablo 18: Sigara kullanana hemşirelerin sigaraya başlama yaşları ile FNBT toplam puanları arasındaki kolerasyon katsayısı.....	50



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

İSG : İş Sağlığı ve Güvenliği

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu'nun

H1-...15: Hipotez 1-...15

DSM 5: Mental Bozuklukların Tanısal El Kitabı

FNBT : Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi



1. GİRİŞ

Hemşirelik, sağlık hizmetlerinin temel taşı olarak kabul edilen ve bireylerin sağlıklarının korunmasında, hastalıklarının tedavisinde kritik rol oynayan bir meslektir. Ancak bu meslek, diğer birçok mesleğe kıyasla fiziksel, zihinsel ve duygusal anlamda yoğun bir iş yükü gerektirir. Hemşirelerin, hasta bakımı sürecinde karşılaştıkları çeşitli zorluklar, hasta ve hasta yakınlarının taleplerini karşılamaya yönelik sorumluluklar, ölümcül vakalarla yüzleşme gibi faktörler, mesleki stresi artıran unsurlardır. Ayrıca, düzensiz çalışma saatleri, uzun nöbetler ve zaman zaman yetersiz personel desteği gibi sorunlar, hem fiziksel hem de ruhsal yorgunluklara yol açarak iş stresini ciddi boyutlara taşır.

Tütün kullanımı dünyadaki erken ölümlerin en önemli ve önlenebilir nedenlerinden biridir. Sigara epidemisi sadece 2016 yılında dünya çapında 7.1 milyondan fazla insanın ölümüne sebep olmuştur. Bu ölümlerin 6.3 milyonunun doğrudan sigara kullanımına, 884.000'inin pasif sigara dumanı maruziyetine bağlı olarak gerçekleştiği bildirilmiştir (American Cancer Society, 2018). Hayatı boyunca düzenli sigara kullanan bir insan, ömrünün yaklaşık 10-11 yılını sigarayla ilişkili nedenlerden kaybetmektedir. Tütün kullanımının azaltılması, dünya genelindeki ölümlerin %71'inden sorumlu olan bulaşıcı olmayan hastalıkların yükünü azaltmak için kritik öneme sahiptir (World Health Organization [WHO], 2021 July).

Sigara içimi çeşitli yönleriyle tüm dünyada önemli sorunlardan birini oluşturmaktadır. Sigara salgını özellikle gelişmekte olan ülkelerde ülke sağlığını ve bunun yanı sıra ekonomiyi de etkilemektedir. Sigara içme ortalama yaşam süresini kısaltmakta, kalıcı sakatlık sayısını ve işe devamsızlığını arttırmakta, böylece iş gücü kaybına neden olmaktadır. Ayrıca sigara içen kişilerin yıllık tıbbi bakıma gereksinim duyma oranlarının sigara içmeyenlerden fazla olduğu görülmektedir. (Amos A. Women and Smoking. British Medical Bulletin. 74-89, 1996.)

Dünyada sağlık hizmetlerinin ve sağlık düzeyinin yoğun olarak tartışıldığı 1973-1977 yılları arasında yapılan değerlendirmeler ışığında Dünya Sağlık Örgütü 30. Genel Kurulu 1977 yılında toplanmış ve “2000 Yılında Herkese Sağlık” hedefi belirlenmiştir. Buna göre; dünyadaki herkes 2000 yılına kadar içinde bulundukları toplumun sosyal yaşantısına etkin bir biçimde katılabilecek ve ekonomik yönden üretken olabilmesine

izin verecek sağlık düzeyinde olacaktır denilmiştir. “2000 Yılında H herkese Sağlık” doğrultusunda Dünya Sağlık  rg t , Avrupa bölgesi için geliştirilen hedeflerden 16 ve 17. Hedef maddelerinde tüm  ye ülkelerde aşırı sigara kullanımının azaltılması amaçlanmıştır. (Hemşirelik Dizileri,No:1 ( eviri) DSÖ: Avrupa Bölgesi Ofisi, Copenhagen,1991.)

Dünya Sağlık  rg t n n almış olduğu kararlar doğrultusunda sigara salgınının kontrolüne yönelik etkinlikler düzenlenmiştir. İşte bunlardan biri de yapılan çalışmaların değerlendirilmesi, yapılacak çalışmaların planlanması açısından toplumdaki bazı  zg n gruplara sigara içme oranlarının sürekli ve düzenli olarak izlenmesidir. Mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sigara içme durumlarının izlenmesi önerilen  zg n gruplar arasında hemşireler de bulunmaktadır. (Who Smoke Free Europe 6, Planing For A Smoke Free Generation S:13, 1988)

Sağlık davranışları ve yaşam biçimleri seçme konusunda hemşirelerin bu davranışları ve yaşam biçimlerini yaygınlaştırmada ise hemşirelik örgütlerinin “Avrupa’da sigaraya karşı eylem planı ve sigaradan arındırılmış iş yerleri” yaklaşımını destekleyecekleri ifadesi de kapsamıştır. Dünya Sağlık  rg t  sağlığın korunmasında ve yükseltilmesinde bireylerin olumlu yönde etkilenmelerinde hemşirelerin anahtar rol oynayacaklarını belirtmektedir. Bu rolü üstlenen hemşireler ve diğer sağlık personellerinde ülkemizde yapılan çeşitli araştırmalar sonucu, sigara içme oranı ortalama %40 olarak kabul edilmiştir (Who Smoke Free Europe 6, Planing For A Smoke Free Generation S:13, 1988)

2000 ile 2014 yılları arasında dünyada 63 ülkede yapılmış 229 çalışmanın incelenmesi sonucunda; sağlık çalışanlarının sigara içme prevalansı %21 olarak hesaplanırken, erkeklerde %31 kadınlarda %17 oranında olduğu saptanmıştır (Nilan, ve arkadaşları 2019).

Türkiye genelindeki sağlık çalışanlarının sigara içme durum ve tutumlarını inceleyen en kapsamlı çalışma 2007 yılında gerçekleştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı çalışan personeli kapsayan bu çalışmaya göre sigara kullanma prevalansı doktorlarda %30.5, hemşire ve ebelerde %29.5 olarak bildirilmiştir. 2011 yılında tekrarlanan çalışmanın  n raporunda sigara kullanımının doktorlarda %23.9, hemşire ve ebelerde %19.2-21.9 seviyesine gerilediği saptanmıştır (Aslan ve ark., 2008). KYTA 2016 sonuçlarına g ret t n kullanıcılarının %13.6’sının kullanmayı bıraktıkları tespit

edilmiştir. Halen kullanıcı olanların %32.8'i bırakmayı planladıklarını ya da düşündüklerini, ancak bunlardan sadece %7.2'lik bir bölümünün gelecek 30 gün içinde bırakmayı düşündükleri tespit edilmiştir. Tütünü halen kullanmakta olan ve son bir yıl içinde bırakmış olanların sadece %40.1'inin sağlık kurumuna başvurusu sırasında sigara bırakma tavsiyesi aldığı ve %24.6'sının bir önceki yıl sigarayı bırakma girişiminde bulunduğu bildirmiştir (GATS, 2016).

Sağlık çalışanlarının sigara bırakmaya ilişkin tutum ve davranışları ve sigara bırakma çabaları ile ilişkili etmenlere dair yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. (Nilan ve ark., 2019).

Sağlık çalışanlarının tütün kullanımı; öncelikle kendi sağlıklarını tehdit etmesinin yanı sıra tütün bağımlılığı ile mücadelede önemli zayıflığa neden olmaktadır. Konumları gereği sağlık çalışanları, sigara bırakmaya teşvik etmek ve tütün bağımlılığını tedavi etmek için hastalara en yakın konumdadırlar (Raw ve ark., 2012).

Sağlık profesyonellerinin tütün kullanmayarak topluma örnek olmalarının ve rol model oluşturmalarının önemi, DSÖ'nün Tütün Kontrolü Sözleşmesinin 14. maddesinde vurgulanmaktadır. Tütün kullanan bir sağlık profesyoneli tütün kullanımına karşı yürütülen mücadelenin güvenilirliğini azaltmasının yanı sıra otoritesini de sarsacaktır (WHO, 2010).

Sigara bırakma danışmanlığına ilişkin 37 çalışmanın meta-analizini yapan Gorin ve Heck sigara bırakma danışmanlığında doktorlardan sonra en büyük etkinin hemşireler tarafından sağlandığını bildirmişlerdir (Gorin ve Heck, 2004).

İş stresi, çalışanların mesleki performanslarını olumsuz yönde etkileyerek verimlilik kaybına, tükenmişliğe ve çeşitli sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Bu durum, hem bireysel hem de örgütsel düzeyde geniş kapsamlı sorunlara yol açmaktadır. Hemşireler, yoğun stres altında, özellikle sigara kullanımı gibi sağlıksız başa çıkma yöntemlerine başvurabilmektedirler. Sigara, stresin kısa vadeli etkilerini azaltmak amacıyla kullanılan yaygın bir alışkanlık olmasına rağmen, uzun vadede fiziksel sağlık üzerinde ciddi olumsuz sonuçlar doğurur. Özellikle sağlık çalışanları arasında sigara kullanımı, paradoksal bir durum oluşturur; çünkü bu bireyler hem sigaranın zararlarını bilmekte hem de kendi sağlıkları için risk oluşturan bu alışkanlığa devam etmektedirler.

Bu çalışmanın amacı, hemşirelerin sigara kullanımının detaylı bir şekilde incelemektir. Çalışmanın hipotezi, iş stresi düzeyinin artmasıyla birlikte sigara kullanımının da artacağı yönündedir. Araştırma kapsamında hemşirelerin çalışma koşulları, mesleği stresli bulmaları ve sigara kullanımı arasındaki bağlantılar incelenmiştir. Özellikle meslekte geçirilen süre, çalışılan birim ve nöbet saatlerinin sigara kullanımı üzerindeki etkileri analiz edilmiştir.

Araştırma bulguları, hemşirelerin stresle başa çıkma mekanizmalarının anlaşılması ve sigara kullanımını azaltmaya yönelik stratejilerin geşiştirilmesi açısından önemli veriler sunmaktadır. Hemşirelerde mesleki stres ile sigara kullanımı arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması, hem bireysel düzeyde stres yönetimi tekniklerinin geşiştirilmesine hem de kurumsal düzeyde çalışma koşullarının iyileştirilmesine katkıda bulunabilir. Aynı zamanda, sağlık hizmetlerinin genel kalitesini artıracak politikaların oluşturulmasına da ışık tutacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşirelik

Hemşirelik, bireylerin sağlıklarını korumayı, hastalıkları önlemeyi ve iyileştirme süreçlerini yönlendirmeyi amaçlayan, hem uygulamalı hem de teorik temellere dayanan bir meslek ve akademik disiplin olarak tanımlanmaktadır. Bu alan, bilimsel bilgiyi ve sanatsal yaklaşımları harmanlayarak bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık ihtiyaçlarına bütüncül bir şekilde yanıt vermeyi amaçlamaktadır. Hemşireler, sağlık hizmetlerinin sunulmasında, hastaların bakımı, tedavisi ve rehabilitasyonunda merkezi bir rol üstlenmektedirler. Yaşam süresince karşılaşılan çeşitli sağlık sorunlarının çözümünde etkin bir şekilde görev almakta ve bu bağlamda sağlık sektöründe vazgeçilmez bir konumda yer almaktadırlar. Hemşirelik mesleği, toplumda sağlık bilincinin artırılmasında, sağlıklı yaşam biçimlerinin teşvik edilmesinde ve hastalıkların önlenmesinde de önemli katkılar sağlamaktadır (Aksoy, 2016, s. 35).

Hemşireler, yalnızca bireylerin fiziksel sağlık sorunları ile ilgilenmekle kalmayıp, aynı zamanda bireylerin duygusal ve sosyal gereksinimlerine de yanıt vermektedirler. Bu kapsamlı bakım yaklaşımı, hastaların ve ailelerinin yaşadığı stres ve kaygıyı azaltarak iyileşme süreçlerine olumlu katkıda bulunmaktadır. Hemşirelik, etik değerler ve profesyonel standartlar çerçevesinde, insan onuruna saygıyı esas alan bir bakım hizmeti sunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin her aşamasında, önleyici sağlık hizmetlerinden akut ve kronik hastalıkların yönetimine, rehabilitasyon hizmetlerinden palyatif bakıma kadar geniş bir yelpazede aktif rol alan hemşireler, bireylerin yaşam kalitesini artırmak için gerekli bilgi ve becerilere sahip olmaktadır. Bu bilgi ve beceriler, sürekli eğitim ve mesleki gelişim ile desteklenerek, hemşirelerin güncel sağlık sorunlarına etkili çözümler üretebilmesini sağlamaktadır.

Hemşirelerin görev alanlarına kısaca değinecek olursak; hemşireler, hastaların 24 saat boyunca ulaşabileceği bir noktada bulunmakta, teşhis ve tedavi süreçlerinde aktif olarak görev almakta, sağlık hizmetlerinin sonunda oluşabilecek durumlar hakkında hastaları bilgilendirmekte ve çeşitli konularda destek sağlamaktadır (Tengilimoğlu vd., 2014, s. 352).

Hemşirelik mesleğinin amaçları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Toplum sağlığını korumak ve sağlık eğitimi vermek, hastalıkları önlemek ve koruyucu tedbirler almak,
- Bireylerin ihtiyaçlarını belirleyerek gerekli bakım hizmetlerini sağlamak,
- Bireylerin bakım süreçlerinin planlanması, düzenlenmesi, yönetilmesi ve koordine edilmesini sağlamak,
- Hasta ve hasta yakınları için güvenli bir ortam oluşturmak, onlara destek olmak ve sağlık bilgilerini öğretmek,
- Olayları üstün bir yargı yeteneği ve çözüm odaklı bir yaklaşımla değerlendirmek, hasta-hemşire ve hemşire-doktor ilişkilerinin önemini kavramak ve bu ilişkilerin anlaşılmasını sağlamak.
- Yeni tedavi yöntemlerini ve sağlık alanındaki gelişmeleri yakından takip etmek, hemşirelerin temel görevleri arasında yer almaktadır.

Hemşirelik, sadece fiziksel bakım sağlamaktan öte, hastaların psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurarak, bütüncül bir yaklaşım sergilemeyi gerektirir. Bu nedenle, hemşireler hasta ve hasta yakınları ile etkili iletişim kurarak, onların sağlık durumları hakkında bilinçlenmelerine katkıda bulunurlar. Ayrıca, hemşireler sağlık eğitimi vererek toplumun sağlık bilincini artırmada önemli bir rol oynarlar. Hemşirelik, disiplinine özgü bilgi ve becerilerin hem teorik hem de pratik anlamda uygulanmasını içeren, multidisipliner bir yaklaşımla yürütülen bir meslek olarak, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında kilit bir rol oynamaktadır.

2.1.1 Hemşirelerin çalışma durumları

Hemşirelerin çalışma alanları oldukça çeşitlidir ve hastaneler, sağlık ocakları, aile sağlığı merkezleri, iş yerleri ve okullar gibi birçok farklı mekânda görev yapabilirler. Uzmanlık ve yetkileri onaylanmış hemşireler, 20'ye yakın farklı alanda çalışma imkânına sahiptirler.

Hastanelerde çalışma saatleri genellikle vardiyalı olarak düzenlenmektedir. Bu vardiyalar üç şekilde organize edilir: 08:00-16:00 arası birinci vardiya, 16:00-08:00 arası ikinci vardiya ve 08:00-08:00 arası üçüncü vardiya. Vardiya sisteminin belirlenmesinde

hemşirenin çalıştığı birim, unvanı ve çalışma süresi gibi faktörler dikkate alınmaktadır. Bazı durumlarda bu vardiya sisteminde değişiklik yapılabilir; örneğin, hemşirenin hasta olması, hamilelik durumu veya emzirme döneminde olması gibi özel durumlarda esneklik sağlanmaktadır (Yazıcı ve Kalaycı, 2015, s. 380-381).

Hemşirelerin çalışma koşulları, sağlık hizmetlerinin kesintisiz sürdürülmesi açısından kritik bir öneme sahiptir. Vardiyalı çalışma sistemi, hemşirelerin yoğun ve stresli iş ortamlarında dinlenme fırsatı bulmalarını sağlar. Bu sistemin etkin bir şekilde uygulanması, hemşirelerin iş verimliliğini ve hasta bakım kalitesini artırmada önemli bir rol oynar. Ayrıca, özel durumlarda sağlanan esneklikler, hemşirelerin iş-yaşam dengesini korumalarına ve sağlık hizmetlerinin aksamasını önlemeye yardımcı olur. Dünya genelinde sağlık sektörüne bakıldığında, sağlık çalışanlarının çalışma sürelerinin Türkiye'deki sağlık çalışanlarına göre daha az olduğu bilinmektedir. Türkiye'de sağlık çalışanlarının haftalık çalışma süresi 45 saat olarak belirlenmiş olup, bu süre dünya ortalamasına göre oldukça uzundur. Devlet Memurları Kanunu'na göre, memurlar için öngörülen haftalık çalışma süresi ise 40 saattir (Kazandere, 2016, s. 51).

Bu veriler, Türkiye'deki sağlık çalışanlarının uzun çalışma süreleri nedeniyle fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan zorlanabileceğini göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Çalışma Örgütü'nün belirttiği gibi, iş sağlığının korunması ve geliştirilmesi, çalışanların verimliliği ve genel iyilik hali için kritik öneme sahiptir. Uzun çalışma saatleri, sağlık çalışanlarının tükenmişlik sendromu yaşama riskini artırabilir ve bu durum, sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkileyebilir.

Sağlık sektöründe çalışan bireylerin, kendi sağlıklarını koruma ve riskli ortamlarda dikkatli olma yükümlülükleri bulunmaktadır. Hastaneler, hastalarla uzun süreli temas ve aynı ortamda bulunma gibi faktörler nedeniyle kötü koşullara ve hastalıklara maruz kalma riskini artırmaktadır (Mollaoğlu vd., 2010, s. 18). Her meslek grubunda olduğu gibi, hemşireler de çalıştıkları ortama karşı aidiyet duygusu hissetmelidirler. Çalıştıkları kurumun felsefesini ve iş yönetmeliğini benimsemeleri gerekmektedir. Bu şekilde, bireyler işlerini daha çok sevecek, iş tatmini yaşayacak ve motivasyonları artacaktır. Ancak Türkiye'de hemşireler, yoğun çalışma saatleri ve çok sayıda hasta ve hasta yakını ile iletişim kurmaları nedeniyle yüksek stres altındadırlar (Arcak ve Kasımoğlu, 2006, s. 24).

Hastaneler veya sağlık kurumları, çok sayıda kişiye hizmet vermekte olup, personel sayısının yetersiz olması durumunda önceliklerin ve planlamaların buna göre ayarlanması gerekmektedir. Bu durum, hemşirelik hizmetleri için de geçerlidir. Hemşire sayısının yeterli olmaması, verilen hizmetin kalitesinde düşüşe neden olabilmektedir. Hastanelerde tehlike ve risklerin önlenmemesi veya yeterli planlamanın yapılamaması nedeniyle hemşirelerin %88'inin hem fiziksel hem de psikolojik zarar gördüğü tespit edilmiştir. En sık rastlanan fiziksel yaralanma, uzun süre ayakta durmaya bağlı olarak ortaya çıkan bel ağrısıdır. En yaygın psikolojik rahatsızlık ise aşırı stres ve kaygıdır (Özkan ve Emiroğlu, 2006, s. 44-45).

Bu bağlamda, hemşirelerin çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve yeterli sayıda personel istihdam edilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için kritik öneme sahiptir. Ayrıca, risk yönetimi ve önleyici tedbirlerin etkin bir şekilde uygulanması, hemşirelerin sağlık ve güvenliğini koruyarak iş verimliliklerini artıracaktır. Hemşirelerin sağlığını korumak ve iş tatminlerini sağlamak, sağlık sektöründe genel hasta bakım kalitesini yükseltecektir.

2.1.2 Hemşirelerde stres

İnsan hayatını ve yapısını oldukça etkileyen stres özellikle iş hayatında ve meslek gruplarında farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır. İnsanlarla iletişimin ve etkileşimin yoğun olduğu meslek gruplarında stres oranı daha yüksektir. Sağlık sektörü stres faktörleri konusunda oldukça zengindir. Hastanelerde sağlık ocaklarında ve diğer sağlık kuruluşlarında iş stresi görölmektedir. Hastaların temel ihtiyaçları dışında birçok talepleri de karşılanmaktadır. Sağlık personelleri çalışırken merhamet ve empati duyularıyla çalışırlar. Ayrıca hastaneler oldukça yoğun çalışılan ve kalabalık ortamlardır. Personellerin bu ortamda karşılaştıkları stres unsurları şunlardır; uzun çalışma saatleri, nöbetler, hasta yoğunluğu ve sürekliliği, acil durumlar, sürekli ayakta olma, hasta takibi ve bakımı, hasta ve yakınları ile yoğun iletişim trafiğidir.

Hemşirelerde stres konusunda yapılan çalışmada stres faktörleri hiyerarşik olarak sıralanmıştır.

- ☐ Sağlık çalışanlarında iş yükü,
- ☐ Yapılan tedavide belirsizlik,
- ☐ Hekimin acil durum anında ortamda bulunmaması,

- Birimde yeterli personelin bulunmaması,
- Hemşirelikle ilgisi olmayan görevlerin verilmesidir (Önder vd., 2014).

Sağlık sektöründe çalışanların iş doyumunun düşük olduğu iş streslerinin ise yüksek olduğu görülmüştür (Tanşu, 2009). İş stresi, aile yaşamını, iş tatminini, hayat tatminini olumsuz etkilerken işten ayrılma ya da devamsızlık durumunu olumlu etkilemektedir. Hemşireler sağlık sektörünün %60'ını oluşturmaktadır. Bundan dolayı hemşirelerin iş performansının, verimliliğinin stresten uzak olarak sürmesi gerekir. Sağlık sektörünün önemli bir kısmını oluşturan hemşireler iş stresinden en az oranda etkilenmeli ve verimlilikleri düşmemelidir (Öztürk ve Akbulut, 2011).

Hemşirelerin iş stresi onlarda düşük benlik algısına, yetersizlik duygusuna, psikolojik rahatsızlıklara, tükenmişliğe ve uyku bozukluğuna neden olmaktadır (Polat ve Kavuncubaşı, 2008).

Çalışma ortamının fiziksel yapısı hemşirelerin çalışma performansını etkilemektedir. Hemşirelerin yoğun iş yükü ve uzun çalışma saatleri stres faktörü oluşturmaktadır. Tüm mesleklerde ve iş alanlarında olduğu gibi hemşirelikte de uygun miktarda stres motivasyon sağlar. Fakat bu stres süreci uzar ve gittikçe artarsa olumsuz etki eder (Healy ve Tyreell, 2011).

Sağlık çalışanları hem hastanenin hem de sağlık alanının temsilcisidir. Hemşireler bu noktada en çok görev düşen personeller olmaktadır. Özel hastaneler tercih edilmekte sürekliği sağlayabilmek için hastane çalışanlarına ve onların iş aidiyetini sağlamada hastane yöneticilerine büyük sorumluluk düşmektedir. Çünkü sağlıklı ve başarılı bir sağlık hizmeti sunabilmek için çalışanında sağlıklı olması gerekmektedir (Simmons ve Nelson, 2001).

Hemşirelerde görülen stresin, iş doyumunun düşmesine, etkin iletişimin bozulmansa, iş performansının düşmesine, iş aidiyetinin düşmesine neden olduğu bilinmektedir (Erşan vd., 2013).

Personelde stres düzeyi ne kadar yüksekse iş memnuniyeti de ters orantıda o kadar düşüktür. Hemşirelerde stres unsurlarının etkileri sonucunda tükenmişlik, yorgunluk, umutsuzluk ve hasta bakımı sırasında artan hatalar gözlenmiştir. Hastanelerde her birimi yönetimi için belirlenmiş kişiler vardır. Hemşireler için bu başhemşiredir. Bu liderler

üzerinde stres faktörleri oldukça fazladır. Liderler personeli destekler ve iş tatmini noktasında yardımcı olursa iş stresi azalır (Ergün ve Çelik, 2015).

Hemşirelerde görülen yüksek düzeyde iş stresi işte devamsızlık ve işten ayrılma konusunda artışa eden olmaktadır. Hemşirelerde görülen stres sonucunda iş doyumunun azalması, işte performans düşüklüğü, verimsizlik ve tükenmişlik görülmektedir (Tetik, 2014).

Sağlık sektöründe yeri oldukça önemli olan hemşirelerin iş stresini en aza indirmek stresin sonuçların ortadan kaldıracak sürekliliği ve verimliliği sağlayacaktır. Stres sonucu sağlık sigorta maliyetleri, kazalar, hasta izni almada artış, hizmet alanlarda memnuniyetsizlik oldukça fazla görüldüğü için iş stresinde önemli kararlar alınıp azaltıcı politikalar benimsenmelidir. Bu bağlamda örgütsel desteği artırarak stresi azaltmak hedeflenir (Fan ve Smith, 2017).

2.1.2.1. Hemşirelerde iş stresi

Düşük iş tatmini ve fazla stres ile karşılaşmış çalışan kişilerin örgütsel verimi için önemli tehditleri olabildiği düşünülür. Sağlık hizmetleri, hemşirelik, acil bakım hizmetleri ve sosyal hizmet, eğitim ile ilgili mesleklerde çalışanlar, bu mesleklerde çalışanların üst seviyelerde stres yaşadığı gözlemlenmiştir. (Johnson vd., 2005, s. 179).

Sağlık organizasyonu bir hizmet organizasyonu olması ve işin içeriğinden kaynaklı sebeplerden dolayı aşırı stres oluşumu gözlenir. Sağlık hizmetleri sunumu olan organizasyonda sağlık hizmetlerinin önemli bir üyesi bulunan ileri seviye de meslek için bilgi ve beceri gerektiği profesyonel hemşirelik dalı;

- ☐ Kişiler ile sürekli konuşma içinde olması,
- ☐ Nöbetli çalışma stresi,
- ☐ 7/24 saat aralıksız hizmet gerektirmesi,
- ☐ Uygulanan tedavi ve rollerdeki belirsizlik,
- ☐ İş yükü,
- ☐ Hata kabul etmemesi, gibi birçok neden ile aşırı stres altında kalınmaktadır.

Hemşirelik mesleğinde iş stresinin önlenmesi; hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması, hemşirelerin kritik düşünebilme becerilerinin gelişmesi ve iş doyumunun

sağlanması, tıbbi hataların önlenmesi, hasta bakım kalitesinin artması, açısından önem arz etmektedir.

Hemşirelerde görülen yüksek düzeyde iş stresi işte devamsızlık ve işten ayrılma konusunda artışa eden olmaktadır. Hemşirelerde görülen stres sonucunda iş doyumunun azalması, işte performans düşüklüğü, verimsizlik ve tükenmişlik görülmektedir (Tetik, 2014).

2.2. Bağımlılık

Bağımlılık; bir maddenin amacı dışında, gittikçe artan miktarlarda alınması; kişinin hayatında sorunlara neden olmasına rağmen kullanımı bırakamaması ve madde alımını azalttığı anda yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ile giden tablodur. Bağımlılıkta kişi yaşadığı, ailevi, sosyal ve iş/okul hayatı ile ilgili sorunlara rağmen maddeyi kullanmayı sürdürür (1). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5’de (DSM-5). Uluslararası literatürde bağımlılık “addiction” ve “dependence” şeklinde kullanılmakta ve bilimsel literatür tarandığında bu kavramla ilgili çeşitli çalışmalar yapıldığı, aynı zamanda çok sayıda tanımlara yer verildiği görülmektedir. Bu çerçeveden bakıldığında bağımlılık kimyasal bir maddeye, alışkanlığa veya deneyime karşı şiddetli duygusal, zihinsel veya fizyolojik reaksiyonlara neden olan kompulsif, kontrol edilemez biçimde istek duyulan davranış şeklidir (Harris vd., 2014; Byun vd., 2009; Goodman, 1990). Bağımlılık yapan maddeler veya davranışlar, doğal eylemlere kıyasla beyinde ödül ve zevk duygusu yaratan dopamin salınımını giderek daha yoğun bir şekilde artırır (Egemen, Akpınar ve Akpınar, 2019). Başka bir tanıma göre, bağımlılık şiddetine ve semptomlarına göre farklılık gösteren çeşitli patolojilerden ortaya çıkabilir ve herhangi bir aktiviteye aşırı derecede üstünlük verildiği motivasyon sistemine dayanır (West ve Brown, 2013).

2.2.1 Sigara bağımlılığı

2.2.1.1 Sigara

Literatürde “nicotiana tobacum” ismi verilen ve toplumda tütün şeklinde bilinen sigara bir bitkiden yapılmaktadır. Tütün yapraklarına çeşitli katkı maddeleri eklenerek ve işlenerek oluşturulan sigara, içilmesi önerilen bir üründür (Demir, 2008; Tunç, 2019). Tütünün ilk kez (M.Ö.) 6000 yıllarında Amerika kıtasında yetiştirildiği, M.Ö. 1500

yıllarında ise Orta Amerika'da yaşayan Mayaların tütünü yuvarlayarak veya ezerek pipo yapımında kullandıkları belirtilmektedir. Araştırmaya göre tütün ve toz tütünden elde edilen sakızı kullandıkları ve ciltlerine sürdükleri tespit edilmiştir. Sonraki zamanlarda tütün kuzey ve güney Amerika yayılarak kullanılması benimsenmiştir (Barış, 2009).

Tütün (nicotiana) ailesinde 65 civarında çeşit bulunmasına rağmen günümüzde tütün ürünlerinin üretiminde iki ana tütün türü (Nicotiana tabacum ve Nicotiana rustika) kullanıldığı belirtilmektedir. Tütün yapraklarının hammadde şeklinde kullanılarak içilmesi (tüttürülmesi), burundan çekilmesi veya çiğnenmesi amacıyla kullanılan ürünlere "tütün ürünleri" ismi verilmektedir. Farklı teknolojik işlemlerle üretilip piyasaya sunulan başlıca tütün çeşitleri; sigara, pipo, puro, enfiye, çiğnemelik, sarmalık ve nargilelik tütünlerdir (Aytemur, 2014).

Türkiye ve dünyada çok sık kullanılan tütünün en fazla tüketilen türü sigaradır (Aslan, 2005). Sigaralar purolardan genellikle daha küçük yapraklı ve genellikle beyaz kâğıt ambalajlarıyla ayrılır. Puro ambalajları genellikle tütün yapraklarından veya tütün özüne batırılmış kâğıttan oluşur (Rodgman, Smith ve Perfetti, 2000).

2.2.1.2 Sigara bağımlılığı tanımı

Madde bağımlılıkları içerisinde yer alan sigara bağımlılığı; davranışsal yansıma şeklinde tanımlanan nörobiyolojik, genetik, psikolojik ve çevresel faktörlerin oluşmasından ortaya çıkmaktadır (Yakir vd., 2007).

Sigara kullanmak veya dumanını solumak, kişide zamanla güçlü bir zihinsel ve zayıf bir fiziksel bağımlılık yaratır. Farmakolojik göstericiler tütündeki bağımlılık yaratan en önemli maddenin nikotin olduğunu belirlemiştir. Nikotinin bağımlılık yapıcı özellikleri arasında psikoaktif olması ve olumlu pekiştirici (hoş) etkiye sahip olması, başka şekilde tüketilen nikotinin de bağımlılık yapması ve nikotin içeriği azaltılmış sigaralara talebin olmaması gösterilebilir (Yorgancıoğlu ve Esen, 2000).

2.2.1.3 Sigara bağımlılığı epidemiyolojisi

Araştırmalar Türkiye'de sigara içme eğiliminin en önemli faktörlerinin rol model alma, yetişkinlerin sigara kullanma davranışlarını taklit etme ve bu davranışın büyümenin bir göstercisi olarak kabul edilmesi şeklinde belirtilmektedir. Sıklıkla arkadaşlarının

etkisi altında kalan kişilerin, sigaraya erken yaşta başladıkları görülmektedir (Temiz, 2010)

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2000-2025 küresel raporuna göre, 2000 yılında tütün kullanımı dünya nüfusunun %32,7 oranını kapsamakta ve bu da 15 yaş ve üzeri kişilerden oluşmaktadır. Bu oranın 2020 yılında %22,3'e düştüğü ve 2025 yılında ise %20,4 oranına düşeceği öngörülmektedir. 15 yaş ve üzeri kişilerde cinsiyete göre bu oranlar 2000 yılında kadınlarda %16,2 erkeklerde ise %49,3 iken, 2020 yılında kadınlarda %7,8 erkeklerde %36,7 oranında düşüş yaşanıldığı görülmüştür. 2025 yılında bu veriler kadınlarda %6,6'ya erkeklerde ise %34,3'e emmesi bekleniyor (WHO, 2021).

TÜİK 2023 yılında yayınladığı rapora göre, 2022 yılında 12 aylık verilerde her gün tütün kullanan 15 yaş ve üzeri kişilerin %28,3 oranda olduğu görülmüştür. Aynı verilere göre, 2022 yılında bu oranın %41,3 erkeklere ve %15,5 ise kadınlara ait olduğu tespit edilmiştir. 2019 yılında sigara kullanmayan bireylerin oranı %68,7 iken 2022 yılında bu oran %68,0 olarak azalma göstermiştir (TÜİK, 2023b).

Akfert, Çakıcı ve Çakıcı (2009), tarafından sigara kullanmayla ilgili yapılan çalışmada, sigara kullanan öğrencilerin yaş aralığı 18-29 olarak belirlenmiş ve bu öğrencilerin hayat boyu sigara deneme oranı %61.5 olduğu ortaya çıkmıştır. Diğer bir araştırmada ise öğrenciler arasında hayat boyu sigara içme yaygınlığı %43,0 şeklinde görülmüştür (Akvardar vd., 2001).

Sigara bağımlılığına sahip kişilerin erken çocukluk döneminde psikolojik gelişimlerinde takıntıların olduğu bilinmektedir. En önemlisi anne çocuk ilişkisinin güçlü olmaması, çocukla soğuk iletişim kurulması, baskıcı ebeveyn davranışlarının bulunması, bu durumun uzun zaman sürmesi, kişide engellere ilişkin kaygı oluşmasına neden olur. Bu durumda sigara, kaygı yaşayan bireyler için bir sığınma durumu şekline gelmektedir (Mangır vd., 1992).

2.2.1.4 Sigara bağımlılığının nedenleri ve sonuçları

İnsanların yaşamlarında sigaraya başlamanın birçok farklı nedenlerden kaynaklanabileceği görülmektedir. Bu nedenler; yaş, cinsiyet, genetik, kişisel ilgi, reklamlar, sosyal hayat, psikolojik durum gibi faktörlerden oluşmaktadır (Kökçü, 2019). Başka kaynaklara göre ise sosyoekonomik düzeyin düşük olması, ailede sigara içen

bireylerin varlığı, ebeveyn kontrolünün olmaması, sosyal ve kültürel farklılıklar, ergenlik döneminde akranlar arasında sigara içme sıklığı gibi nedenlerin de olduğu görülmektedir.

Sosyal motivasyonlar uyum sağlamak, başkalarıyla bağlantı kurmak, özgüveni yükseltmek ve sosyal sorunları kolaylaştırmak isteği sigara içmeyi etkileyebilir. Ergenlik dönemlerinde sigara kullanan sosyal ortamlarda bulunan kişilerin sonraki yaşlarda sigara içme davranışında bulunmalarını tetiklediği görülmektedir (Nichter vd, 2010).

Tütün ve tütünden oluşan maddeler bağımlılık yapıcı maddeler içerisinde %32 oranıyla en fazla bağımlılıkla olasılığı yüksek olan üründür. Bağımlılık düzeyinin tütünde yüksek olmasının ana nedenlerinden bir de bu maddenin solunması şeklinde kullanılması olarak düşünülmektedir. Çünkü madde alımının en güçlü ve en hızlı yolunun dumanı solumak olduğu şeklinde bilinmektedir (Stahl ve Alkın, 2015). Yapılan çalışmalarda nikotinin beyne yaklaşık 7 saniyede ulaştığını ve etkilerinin 3040 dakika içinde geçtiğini gösteriyor (Brannon ve Feist, 2007).

Çoğunlukla insanlar sigaranın oluşturduğu riski anlamıyor ve kronik bronşitin oluşmasının temel nedeninin sigara olduğunu, hastalığın şiddetini artırdığını, aynı zamanda hastaların yaşam kalitesini düşürdüğünü bilmemektedir. Nikotin bağımlılığına sahip kişilerin sabah uykudan kalktıktan hemen sonra nikotine ihtiyaç duyar. Kullanımdan hemen sonra beyine ulaşan nikotin endokrin ve sinir sistemi ile ilgili tüm organları etkileyerek beyindeki belirli bağlantı noktalarına yapışarak enerji alışverişini değiştirir (Emri, 1994).

Sigara bağımlılığının oluşmasına neden olan başlıca faktörler; maddenin oluşturduğu psikoaktif bileşenlerin etkisi, tekrarlanan kullanım isteği, bağımlılık davranışının pekiştirilmesi ve bu sürecin anlamlandırılması şeklinde bilinmektedir. Sigara içme alışkanlığının kişilerin sağlığının bozulmasına sebep olabilmesine rağmen bu davranışı sorununu devam ettirmektedirler. Bu süreçte sigarayı bırakmaları söylendiğinde bireyler dikkatlerinin dağıldığını, stresli hissettikleri, öfke kontrolünde sorunlar yaşadıkları, işe yoğunlaşamadıklarını, isteklerinin azaldığını, boşlukta hissettiklerini ve sigarayı bırakamadıklarını bildirmektedir (Zincir vd., 2012).

2.2.1.5 Sigara bağımlılığı tanı kriterleri

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5) kapsamında sigara bağımlılığı "Tütün Kullanım Bozukluğu" ve "Tütün Yoksunluğu" olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015).

A. Bir yıllık dönem boyunca aşağıdakilerden en azı iki özelliğe sahip olan, klinik açıdan kendini gösteren bozulmaya ya da sıkıntıya neden olan problemlili tütün kullanımı modeli:

1. Tekrarlanan fazla ölçüde veya uzun bir sürede tütün kullanımı
2. Tütün kullanımını durdurma veya kontrol altına almaya yönelik ısrarlı bir istek ya da başarısız girişimlerde bulunma
3. Tütüne ulaşmak, kullanmak ve oluşan etkilerden çıkmak için önemli faaliyetlere çok zaman harcama
4. Tütün kullanma dürtüsü, kullanmaya yönelik güçlü bir istek ya da zorunluluk hissi.
5. İş yerinde, çalışma ortamında, okulda veya evde önemli rol sorumluluklarını yapmamaya neden olan tekrarlayan tütün kullanımı
6. Tütünün kullanımının yarattığı ya da şiddetlendirdiği, kalıcı veya tekrarlayan sosyal ve kişisel sorunlara rağmen tütün kullanmaya devam etmek (örneğin, tütün kullanımı ile ilgili tartışmalar yaşamak)
7. Tütün kullanımı nedeniyle gerekli sosyal, mesleki ya da eğlence etkinliklerine katılmama veya azaltılma
8. Potansiyel olarak tehlikeli durumlarda tekrar tekrar tütün kullanımı (örn. sigarayı yatakta kullanma)
9. Tütün kullanımına, büyük ölçüde tütünün neden olduğu veya daha da kötüleştirdiği, kalıcı veya tekrarlayan fiziksel veya zihinsel bir sorun olduğunu bilmenize rağmen devam etmek.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlanan geliştirilmiş tolerans:

- a. İhtiyaç duyulan etkiyi elde etmek için önemli ölçüde artan miktarda tütün kullanma ihtiyacı
 - b. Aynı miktarda tütün kullanmaya devam edilmesine rağmen önemli ölçüde daha az etkinin oluşması
11. Aşağıdaki seçeneklerden biri ile tanımlanan bir geri çekilme gelişmiştir
- a. Sigaraya özgü yoksunluk bozukluğu
 - b. Tütün veya nikotin gibi ana maddeler yoksunluk semptomlarını hafifletmek veya önlemek için vardır.

DSM-5'te Tütün Yoksunluğu ilgili tanı ölçütleri aşağıda belirtilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015).

- A. “En az birkaç hafta boyunca her gün sigara kullanma”
- B. A kriterinde tanımlandığı gibi, tütün kullanımını bıraktıktan veya önledikten sonraki 24 saat içinde aşağıdaki semptomların dördünün (veya daha fazlasının) gelişmesi:
 - 1. Kızgınlık, sabırsızlık ya da öfke hali
 - 2. Endişe
 - 3. Dikkat bozukluğu
 - 4. Yemek yeme arzusu
 - 5. Huzursuz olma
 - 6. Depresyon hali
 - 7. Uyku bozukluğu
- C. B tanı ölçütündeki belirtiler ve bulgular, klinik olarak belirgin bir sıkıntıya yol açar veya toplumsal, mesleki veya önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşüşe sebep olur.

Bu belirtiler ve bulgular, başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve başka bir ruh sağlığı bozukluğu, esirlik veya madde kullanımı yoksunluğu gibi durumlarla daha iyi açıklanamaz.

2.2.1.6 Sigara bağımlılığının tedavisi

Birçok uluslararası alanda sigara bağımlılığına yönelik önlem ve tedavi yöntemi geliştirilmesine rağmen sigara kullananların bir kısmının sigarayı bırakmaya karşı isteksizliği ve sigaraya içmeye başlayan kişi sayısının fazla olması nedeniyle sigara kullanım oranları beklenen düzeye indirilememektedir. Sigarayı bırakma tedavisine başlamadan önce, sigara içenlerin bağımlılığın şiddeti, kullanım özellikleri ve bırakma isteği durumlarına göre değerlendirilmesi gerekir. Sigara kullanmayı önlemek için oluşturulan programlarının iki bileşeni vardır. İlk bileşen olarak kişinin günlük yaşamda sigara içmeye yol açan tehditleri bilişsel ve davranışsal yöntemlerle tanımasını, değiştirmesini, stres ve yoksunluk belirtileriyle mücadele etmesi yöntemlerini öğretmeyi amaçlamaktadır. İkincisi bileşen ise; Farmakoterapi, bedensel yoksunluk semptomlarını azaltmayı ve sigarayı bırakma dönemini hızlandırmayı amaçlamaktadır. Bu iki durum bir arada kullanıldığında başarı şansı artmaktadır (Akçay vd., 2013).

Davranışsal ve bilişsel terapilerden beklentiler; bireyin bağımlılığını düşündürmek ve sigarayı bırakmasını sağlamak aynı zamanda bu bağımlılıktan kurtulmak için oluşabilecek sorunlara karşı baş etme becerileri geliştirmektir. Sigara kullanan, bu bağımlılıktan vazgeçmeyi hedefleyen, gelecekte bırakmayı düşünen, hiç bırakmayı düşünmeyen, harekete geçen ve bırakmaya devam eden kişilere yönelik yapılacak davranışsal ve bilişsel tedavi yöntemleri duruma göre farklılıklar göstermektedir (Cornuz, 2007).

Davranışsal Tedaviler

Bilişsel tedavide bireyin davranışları, düşünceleri ve duyguları arasındaki ilişkiler belirlenerek, yaşananlar gerçek anlamda araştırılmaya çalışılır. Aynı zamanda bu tedavi şekli problemli anlam ve yorum biçimlerinden ziyade gerçeklikle ilgili olanı bulmaya ve ayırt etmeye dayanır. Sigara bağımlılığına sahip kişilerde düşünceyi değiştirmek (Bilişsel Terapi) tedavinin önemli kısımlarından biridir. Sigaraya ilişkin olumlu duygularını değiştiremeyen kişiler, bırakma girişimlerinde başarısızlığa uğrayabilir, ağır ceza duyguları yaşayabilir ve sigaraya yeniden kullanmaya başlayabilirler (Şengezer, 2017).

Motivasyon Görüşmesinde (MIG), danışmanlar kişilerin sigarayı bırakma düşüncelerindeki tereddütlerini belirlemelerine, gidermelerine ve sağlıklı değişimlerde bulunma isteklerinin artırmalarına destek olurlar. Motivasyonel görüşmede hastalar ön plana koyulur, onların istekleri ve değerleri ile mevcut davranışları arasındaki farklılıkları

yorumlanır. Bağımlı bireylerin değişime karşı koymasını kabul eder, kendi kaderini tayin etme ve iyimserliği teşvik ederler. Bu sigara bırakma müdahalesinin en etkileyici yönlerinden biri kısa vadeli olması ve bırakma konusunda kalıcı etkiler yaratmasıdır (Lindson vd., 2015).

Farmakolojik Tedaviler

Nikotin Replasman Tedavisi (NRT): Nikotin Replasman tedavisine transdermal bant, pastil, sprej ve sakızlar dâhil olmak üzere birçok farklı formülasyonlar dahildir ve yoksunlukta eşit derecede etkili oldukları belirtilmiştir. NRT'ler, nikotinin etkilediği beyin sinir hücrelerini uyararak nikotin yoksunluk semptomlarını ve nüksetmeye sebep olan istekleri hafifletmeye yardım eder. Birçok kişi sigarayı bırakmanın ilk aşamalarını atlatmak için NRT kullanıyor ve uzun bir tedavi sürecinden sonra daha ciddi sigara bağımlılığına sahip olanlar fayda görebilmektedir (Stead vd., 2012).

Bupropion: upropion orijinal olarak antidepresan şeklinde onaylanmış bir ilaçtır. Beyindeki norepinefrin ve dopamin kimyasallarını bloke ederek ve salınmasını tetikler. Sürdürülen çalışmalarda bupropionun plaseboya kıyasla sigarayı bırakma olasılığını artırdığı belirtilmekte ve NRT kadar etkili olduğu görülmektedir (Cahill vd., 2013; Douaihy vd., 2013; Aubin vd., 2014).

Vareniklin: Vareniklin, alfa-4 beta-2 nikotinik reseptörü uyararak, nikotin isteğini azaltmaya yardımcı olur. Vareniklin, başarısız girişimlere nazaran sigarayı bırakma düzeyini artırdığı bulunmuştur (Douaihy vd., 2013).

2.3 Hemşireler Arasında Sigara Kullanım Oranı

2003-2021 yılları arasında yapılan 8 farklı çalışmada, hemşireler arasında sigara kullanma oranının %40,5 olduğu tespit edilmiştir. Bu oran, genel Türkiye ortalamasından daha yüksek olup, sağlık sektöründe çalışan bu meslek grubunda sigara kullanımının önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır (Sezgin ve Pirinçi, 2020; Hassoy ve Ozvurmaz, 2021; Kütükçü ve Kocataş, 2019; Tezcan ve Yardım, 2003; Alçelik, 2005; Sayan, 2009; Bostan ve Beser, 2017; Üzer, 2018).

Ülke genelinde sağlık çalışanlarına yönelik yapılan çalışmalarda sigara içme sıklığı; erkeklerde %41.9-57.4, kadınlarda %25.7-58.6 olmak üzere ortalama %36.6-55 arasında değişmektedir. Meslek grupları dikkate alındığında sigara içme sıklığının hekimlerde %18.7-45.9; hemşirelerde ise %13-60.5 arasında olduğu belirlenmiştir

(Atılğan ve ark., 2008; Günay ve ark., 2010; Kutlu, 2008; Öztürk, 2009; Sağlam ve ark., 2010; Taş ve ark., 2009; Temel ve ark., 2009).

Türkiye’de bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada ise günde 15 adet veya üzeri sigara içme oranının ebe-hemşirelerde %23.5 olduğu belirlenmiştir (Çalışkan ve ark., 2005).

Nur İnanç, Veliye Yurt’un GATA’da çalışan doktor ve hemşirelerin sigara içme davranışlarını incelemesinde; toplam 182 hemşireden 103’nün sigara içtiği(%56.6) 79 hemşirenin sigara içmediği (%43.4) saptanmıştır. (34)

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve S.S.K. Hastanesinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 358 hemşireye yönelik yapılan bir çalışmada; ölümcül sonuçlarını bilmelerine rağmen hemşirelerin bir çoğunun sigara kullandığı, önemli bir kısmının sigarayı bırakmak için çaba içinde olduğu, ancak bırakma girişimlerinin başarısızlıkla sonuçlandığı saptanmıştır (Ernegeilek, 2005).

Hatice Uysal’ın 1991’de Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hemşirelerde sigar içme durumunu ve sigaraya başlama nedenlerine baktığında; Hemşirelerde sigara içme oranı %51.9 olarak bulunmuştur. Bireyin yaşının sigara içmeyi etkilediği ve 25 yaşından sonra arttığı, sigaraya başlama yaşının 19 yaşından küçüklerde %33.3 olduğu bulunmuştur. Çalışma yerlerinden; teknik laboratuvarlarda çalışanlarda içme oranları; %57.9 , polikliniklerde %66.7 ve sorumlu hemşirelerde; %48.!, saha teknik laboratuvarlarda çalışanlarda %56.4, kat sorumlu hemşirelerinde; %44.7’si gündüz normal mesai saatlerinde çalışanların %58.5’inde sigara içilmektedir. Ailede sigara içme durumlarının sigarayı içmeyi etkileyen faktörlerden olduğunu bulunmuştur.(Uysal H Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Sigara İçme Durumu ve Sigaraya Başlama Nedenlerinin Tespitinin Araştırılması, 1991).

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve S.S.K. Hastanesinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 358 hemşireye yönelik yapılan bir çalışmada; ölümcül sonuçlarını bilmelerine rağmen hemşirelerin bir çoğunun sigara kullandığı, önemli bir kısmının sigarayı bırakmak için çaba içinde olduğu, ancak bırakma girişimlerinin başarısızlıkla sonuçlandığı saptanmıştır (Ernegeilek, 2005).

Evren ve aynı zamanda örneklem olarak belirlenen 657 hemşirenin 333 (%50.76)'ünün her gün sigara içtiği 32 (%4.88)'sinin ara sıra sigara içtiği 38 (%5.79)'inin sigarayı bırakmış olduğu, 253 (%38.57) 'nün sigara içmediği saptanmıştır. (Sezer ve ark: Elazığ'da Görev Yapan Hemşire ve Ebelerde Sigara Kullanımı Sağlık İçin Sigara Alarmı, Ocak-1, 12-18, 1994).

1977'de Milas ve Bodrum ilçelerinde çalışan sağlık personellerinin sigara içme durumları ile ilgili çalışmadan çıkan sonuçlar: Sağlık kuruluşlarında çalışan 736 kişiden 307'sine çalışma uygulanmış ve hemşire ebelerin sayısı 134 olarak belirlenmiştir. Hemşirelerden 79'unun (%58.9) sigara içtiği, 447'sinin (%32.9) sigara içmediği, 11 'inin (%8.2) sigarayı bıraktığı saptanmıştır. Sigaraya başlama nedenleri %37'i çevre %22'si özentisi, %16'sı stres iken şimdi devam etme nedenleri %38.7 alışkanlık, %23.1 bağımlılık, %18.8 zevk almak bulunmuştur.

Cinsiyetler arası sigara içme oranları incelendiğinde, kadın hemşirelerin %46,6'sının sigara içtiği, erkek hemşirelerde ise bu oranın %63,9 olduğu belirlenmiştir (Şenesen ve Akduran, 2011).

Bu veriler, erkek hemşireler arasında sigara kullanımının kadınlara göre daha yaygın olduğunu göstermektedir. Sigara içme nedenleri arasında en çok vurgulanan sebep stresin giderilmesidir. Bu durum, yoğun ve stresli çalışma koşullarının sigara kullanımına teşvik edici bir etken olduğunu düşündürmektedir. Hemşireler en fazla nöbet sırasında sigara içmektedir (Sezgin ve Pirinçi, 2020). Bu da çalışma saatlerinin düzensizliği ve nöbet sırasında artan stres seviyelerinin sigara tüketimini artırdığını göstermektedir.

Medeni durumlarına göre sigara içme oranları incelendiğinde, sigara içen hemşirelerin %55,4'ünün evli, %50,8'inin ise bekar olduğu tespit edilmiştir (Sezgin ve Pirinçi, 2020). Bu veriler, evli hemşireler arasında sigara içme oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Sigara kullanımının sağlık üzerindeki olumsuz etkileri göz önünde bulundurulduğunda, hemşirelerin bu alışkanlıklarını azaltmak veya tamamen bırakmak için çeşitli müdahale ve destek programlarına ihtiyaç duydukları açıktır. Bu bağlamda, işyerinde sigara içmenin önlenmesi, stres yönetimi eğitimlerinin verilmesi, sigara bırakma programlarının düzenlenmesi ve destek gruplarının oluşturulması gibi adımlar atılabilir. Ayrıca, hemşirelerin sigara kullanımının azaltılması, genel sağlıklarını iyileştirmenin yanı sıra hastalara örnek teşkil etmeleri açısından da önemlidir.

Sonuç olarak, bu veriler hemşireler arasında sigara kullanımının yaygınlığını ve bu durumun çeşitli demografik faktörlere göre farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Stresle başa çıkma amacıyla sigara içilmesi, hemşireler arasında sigara bağımlılığının önemli bir nedeni olabilir. Bu bağlamda, sağlık sektöründe çalışan hemşirelerin sigara kullanımını azaltmaya yönelik etkin ve sürdürülebilir müdahalelerin hayata geçirilmesi büyük önem taşımaktadır.

2.4. Stres Kavramı

Modern çağımızın hastalığı olarak adlandırılabilen stres, günlük yaşamımızın bir parçasıdır. Günümüz insanı yoğun bir stres yüküne sahiptir. Gün içerisindeki ani değişiklikler ya da organizmamızda meydana gelebilecek herhangi bir değişiklik strese yol açabilmektedir. Stres hayatımızda hep var olan ve sadece yoğunluğu değişebilen bir durumdur. Gerçekte herkes sürekli stres yaşamaktadır çünkü bilincin açık olduğu her an yapılacaklar listesine bir şeyler eklenmektedir. Stres, 17. Yüzyılda felaket, bela, musibet, dert, keder, elem şeklinde ifade edilmişken, 18 ve 19. yüzyıllarda, güç, baskı, zor gibi anlamlarda nesnelere, bireylere, organlara ve ruhsal yapılara yönelik ifade edilmiştir. Çince de stres kelimesinin karşılığı tehlike ve fırsat sözcüklerinin karışımıdır. Bir anlamda her problem çözümünü içinde taşımaktadır. Stres ‘organizmanın fiziksel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanmasıyla ortaya çıkan bir durum’ olarak tanımlanmaktadır (Baltaş ve Baltaş: 2020; Güçlü. 2000; Hatipoğlu, 2014). Stres, anormal istekler, kısıtlamalar ve rastlanılan olanaklarla karşılaşıldığında meydana gelen sıkıntılı bir durum (Yamuç ve Türker: 2015) olup, aynı zamanda, organizmanın fiziksel ve ruhsal olarak sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile oluşan bir durum olarak da ifade edilmektedir (Eryılmaz, 2009).

2.4.1. Stresin belirtileri

Stres, psikolojik anlamda bireysel yani kişiye özgüdür. Stres insanı bedensel, fizyolojik, sosyal, bilişsel ve ruhsal olarak zorlamakta ve hasara uğratabilmektedir. Amerika Psikoloji Derneği (APA), Amerika da (2019) yapılan bir stres çalışmasında, yetişkinlerin dörtte üçünden fazlası, baş ağrısı, yorgunluk veya uyku alışkanlıklarındaki değişiklikler gibi fiziksel veya duygusal stres belirtilerinin varlığını bildirmektedir (Amerika Psikoloji Derneği, 2021). Rowshan (2020) stresin belirtilerini beş grupta toplamıştır (Rowshan, 2020).

2.4.2. Strese neden olan kaynaklar

Strese neden olan kaynaklar; *fiziksel çevre, çalışma koşulları ve insan yaşamında karşılaşılan stresler* olmak üzere üç ana grupta toplanmaktadır (Akın, 2021).

2.4.2.1. Fiziksel çevreden kaynaklanan stresler

Fiziksel çevre, insanların günlük yaşamlarında sürekli etkileşim halinde olduğu ve genellikle farkında olmadığı bir faktördür. Bu çevrede meydana gelen değişiklikler, insanların bedensel ve zihinsel sağlığını etkileyebilmekte ve stres kaynağı olabilmektedir. Fiziksel çevreden kaynaklanan stresler, çeşitli şekillerde ortaya çıkabilmekte ve insanların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Birinci olarak, gürültü fiziksel çevreden kaynaklanan stresin yaygın bir örneğidir. Yüksek ses düzeyleri, insanların konsantrasyonunu bozabilmekte, uykusuzluğa neden olabilmekte ve uzun vadede işitme problemlerine yol açabilmektedir.

İkinci olarak, hava kirliliği de fiziksel çevreden kaynaklanan stresin önemli bir unsuru olarak kabul edilmektedir. Kirli hava solunum problemlerine, alerjilere ve hatta kalp-damar hastalıklarına neden olabilmektedir (Palmer vd., 2021).

Üçüncü olarak, sıcaklık ve nem gibi hava koşulları da fiziksel çevreden kaynaklanan stresin bir başka önemli bileşenini oluşturmaktadır. Aşırı sıcak veya soğuk hava insanların vücut sıcaklığını düzenleme yeteneğini etkileyebilmekte ve sıcak çarpması veya donma gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir.

2.4.2.2. Çalışma koşullarından kaynaklanan stresler

Çalışma koşulları, modern yaşamın önemli bir parçasıdır ve iş yerindeki stres faktörleri, bireylerin sağlığı ve refahı üzerinde derin etkiler bırakmaktadır. Çalışma koşullarından kaynaklanan stresler, genellikle iş yükü, işyerindeki ilişkiler, iş güvencesi ve iş dengesizliği gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır. Bu streslerin etkileri hem bireysel hem de organizasyonel düzeyde hissedilmekte olup iş performansını, çalışanların motivasyonunu ve genel işyeri verimliliğini etkilemektedir.

Birincil olarak, iş yükü çalışanlar arasında yaygın bir stres kaynağıdır. Çalışanlar, sıkı takvimlerle, aşırı miktarda işle veya belirsiz beklentilerle karşı karşıya kalmaktadır.

Bu durum, çalışanların duygusal tükenmişlik, motivasyon eksikliği ve iş tatminsizliği gibi sonuçlara neden olabilmektedir. Ayrıca, iş yükünün artması, çalışanların iş ve özel yaşamları arasında denge kurmalarını zorlaştırmaktadır.

İkinci olarak, işyerindeki ilişkiler çalışanların stres düzeyini etkileyen önemli bir faktördür (Özcan ve Çelik, 2017). Zorlayıcı bir yönetici, iş arkadaşları arasındaki çatışmalar veya mobbing gibi durumlar, çalışanların ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Olumsuz ilişkiler, işyerindeki stresin artmasına ve iş verimliliğinin azalmasına yol açabilmektedir.

Üçüncü olarak, iş güvencesi endişeleri de çalışanlar arasında stres yaratabilir. Geleceğe yönelik belirsizlikler, iş kaybı korkusu ve istikrarsız istihdam koşulları, çalışanların stres düzeylerini artırabilmektedir. Bu durum, çalışanların psikolojik sağlamlığını ve genel refahını olumsuz etkileyebilmektedir.

Son olarak, iş dengesizliği, iş ve özel yaşam arasındaki uyumun sağlanamamasından kaynaklanan bir stres kaynağıdır. Aşırı mesai, iş saatlerinin esnek olmaması veya iş gereksinimlerinin kişisel yaşamla çatışması, çalışanların stres düzeylerini artırabilir ve aile ilişkilerini olumsuz etkileyebilmektedir (Köse vd., 2021).

2.4.3. İnsan yaşamında karşılaşılabilen stresler

- a. **Günlük stresler:** Gün içerisinde ihtiyaçların karşılanamamasıyla meydana gelen streslerdir. Trafik ya da evde işlerin rast gitmemesi, çocuğun sürekli ağlaması, yemeğin yetişmemesi, bir kamu kurumunda işini iyi yapmayan bir memura rast gelinmesi gibi durumlar örnek verilebilir.
- b. **Gelişimsel stresler:** Gelişim basamaklarının sağlıklı bir şekilde yaşanılmaması durumunda oluşan streslerdir. Fizyolojik, psikolojik ve sosyal gelişmeleri kapsamaktadır. 0-3 yaş, ergenlik dönemi, menopoz/andropoz, okula başlama ya da iş hayatına geçiş dönemleri gibi durumlar örnek verilebilir.
- c. **Hayat krizleri niteliğindeki stresler:** Kişinin yaşamını tamamiyle değiştirebilecek streslerdir. Ağır geçirilen bir hastalık, doğum ya da ölüm, iş kaybı gibi durumlar örnek verilebilir.

2.5. Stresle Baş Etme Yöntemleri

Stresle başa çıkabilme, stresin kaynağının ne kadar önemli olduğuna ve stresle baş edebilmekte kendinizi ne kadar iyi ve yeterli hissettiğinizle alakalıdır. Stresle başa çıkma yollarının temel amacı, stresin neden olduğu istenmeyen sonuçları yok etmektir (Baltaş ve Baltaş, 2020). Başa çıkmanın iki işlevi vardır. Birincisi, sıkıntıya neden olan stresle başa çıkabilmek, ikincisi ise duyguları yönetebilmek ve düzenleyebilmektir (akt. Feldman, 2018).

Bireyin refahı, stresle başa çıkma potansiyeline bağlıdır. Stresle başa çıkma yollarından ilki;

Birincil değerlendirme yani problem odaklı başa çıkmazdır.

Bu başa çıkma şeklini birey, ortam ve koşulları değiştirilebileceğini belirlediği zaman kullanmaktadır. Problem odaklı başa çıkma da stresin nedenine ya da kaynağına odaklanılır. Bu başa çıkmayı birey, doğrudan algılanan stres miktarını azaltmak için kullanır. Bireyler bunu tek başlarına da yapabilirler, başka insanlardan yardım talep ederek (sosyal destek) de yapabilirler (Kausar, 2010).

İkinci değerlendirme ise duygu odaklı başa çıkmazdır.

Zararlı veya tehdit edici çevresel uyaranı değiştirmek için, hiçbir şey yapılamayacağı sonucuna varılması durumunda sıklıkla kullanılmaktadır. Stresin altında yatan nedene odaklanılarak stresin yarattığı duygu ve düşünce değiştirilerek baş etme sağlanmaktadır. Duygu odaklı baş etmede birey, strese karşı duygusal tepkilerini değiştirmeye çalışır, böylece artık olumsuz bir duygusal tepki uyanmamaktadır.

Kaçınma temelli başa çıkma.

Bu başa çıkma biçimi ise, dışarıya her şeyin yolunda gittiğini gösteren problemlerini inkâr eden bireylerin tutumudur. Kaçınma odaklı baş etmede birey durumdan uzak durur, stresin varlığını reddeder, bu da çözülmemiş stresin olumsuz sonuçlar getirebileceği bir stratejidir. Başarılı stres yönetimi hem problem odaklı hem de duygu odaklı stratejileri bütünleştirir. Bireyler kendi kişiliklerine ve yaşam standartlarına uygun olan teknikleri bulmalı ve denemelidirler. Bireyler stresinin yönetimini kendileri ele almalıdırlar, bunu da duygularını dışa vurarak, birileriyle paylaşarak yapabilirler. Ayrıca meditasyon, fiziksel egzersiz vb. yapmaya da başvurabilirler (Güçlü, 2021; Brosan ve Todd, 2018).

Hem problem odaklı hem de duygu odaklı başa çıkma.

Bireyin fiziksel kaynaklarına (örn. sağlık ve enerji.), psikolojik kaynaklarına (örn. benlik saygısı ve olumlu inançlar.), problem çözme ve sosyal becerilerine, önceki yaşam deneyimlerine, çevresel kaynaklarına (örn. sosyal ve maddi.), kişisel değerlerine ve inançlarına bağlıdır. Genellikle, en etkili başa çıkma yöntemi hem problem odaklı hem de duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin birleşimidir (Feldman, 2018).

Stresle baş etmede birçok yol vardır fakat önceliğimiz stresin kaynağını ortadan kaldırmaktır. Stresin meydana gelmesine neden olan düşünce ve değerlendirmeleri tespit etmek, bunlarla nasıl başa çıkacağımızı belirlemek, daha sonra ise kendimize en uygun başa çıkma yolunu seçmektir. Bireyler, onlardan beklenen şeylerin başa çıkma yeteneklerinden daha büyük olduklarına inandıklarında ya da gördüklerinde strese girmektedirler (Akın, 2021).

2.5.1. Bedensel/Fiziksel teknikler

Fiziksel egzersiz

Fiziksel egzersiz hücrelerin sağlıklı ve yaşam sürelerini uzatmanın yoludur. Fiziksel egzersiz; kas gevşemesi, zihinsel gevşeme, etkin olabilme, uyanıklıkta artış, enerjide artış, duygusal boşalma ve rahatlık, iyi ve etkin uyku, kemik sağlamlığı, kendine güvenme de artış, kalp hastalığı riskinde azalma, bel ve sırt ağrılarında azalma vb. olumlu etkiler sağlayarak daha sağlıklı olma durumuna olanak tanımaktadır. Egzersizle vücudunuzun gerekli oksijen ihtiyacı sağlanarak kalbin en üst düzeyde çalışması sağlanmaktadır (Işıkhani, 1999).

Nefes egzersizi

Bedeni kontrol edebilmemizdeki en önemli ilk adım, solunumu kontrol etmektir. Çünkü nefes alıp verme irademizle gerçekleştirdiğimiz bir faaliyettir. Doğru ve derin nefes alabilme gevşemeyi öğrenmek için atılan en önemli adımdır. Doğru ve derin nefes alındığında, damarlar genişlemekte ve vücudumuzdaki kan bedenin en uç noktalarına ulaşmaktadır. Hem stres tepkisindeki biyokimyasal maddeler hem de gevşeme esnasındaki biyokimyasal maddeler bir arada bulunamamaktadır. Bu nedenle doğru ve etkili nefes aldığımızda, stres halindeyken ya da başlayacak olan bir stres durumunda, stres tepki zinciri kırılmış olacak ve ters yönde bir zincir başlatılacaktır. Ayrıca derin nefes alma olumsuz duygularımızın yerine olumlu duyguların almasını da sağlamakta

olup duruş-davranış şeklimizi değiştirmekte ve sakinleşmeyi sağlamaktadır (Rowshan, 2020).

Beslenme

Vücudumuz strese ilk önce bedensel olarak tepki vermekte olduğu için stresle baş etmek için daha çok besine ihtiyacı olmaktadır. Vücudumuz savaş veya kaç durumunda besine ihtiyacı vardır. Bu durumda vücut en çok üç tip yakıtı ihtiyaç duyar. Bunlar; karbonhidrat, yağlar ve proteinlerdir. Ayrıca C vitamini ve B kompleks vitamini de tüketilmektedir. Vitaminler stres önleyicilerden biridir. Uzun süre stres altında kalındığında B ve C vitaminleri vücuttan hızla tüketilir. Bu nedenle vitamin eksikliğinde vücut stresten daha çok etkilenmektedir. Vitaminlerin alınmasında en uygun yol sağlıklı ve doğal besinlerin tüketilmesidir (Akın, 2021). Ayrıca kafein, şeker, tuz, alkol ve sigara gibi kullanılan maddelerin her biri stres olmadan da vücudumuzda stres varmış gibi etki eder ya da stres var ise stres etkilerini daha da artırmaktadırlar (Rowshan, 2020).

Kafein: Kahveyi birçok insan daha canlı olmak güne zinde uyanmak için, hatta bazıları sakinleşmek ve rahatlamak için içer hatta bir fincanla yetinmeyip miktarını artırmaktadır. Oysaki kahve adrenalinin salınmasına neden olur ve adrenalin stres hormonudur ((Rowshan, 2020).

Şeker: Şeker bir enerji kaynağıdır fakat şekerin fazlası sağlığımızı olumsuz etkilemektedir. Şekerin için da besin maddeleri yer almaz, protein, mineral ve vitamin yoktur. Şekeri ilk yediğiniz zamanlarda enerji sağlasa da daha sonra ruhsal anlamda çökkünlük ve zayıflığa neden olmaktadır. Kandaki şeker miktarının hızla artması ya da hızla azalması ciddi bir stres kaynağıdır. Bu durum vücudumuzun yıpranmasına yol açarak birçok hastalığında tetikleyicisi olmaktadır (Akın, 2021).

Tuz: Bedenimiz birçok yaşamsal fonksiyonu sürdürmek için sodyuma ihtiyaç duymaktadır. Yemek tuzu vücudumuzdaki su ve iyot dengesini sağlamaktadır. Yaşantımız için tuz gereklidir fakat aşırı alındığında hem tansiyonumuzun hem de stresimizin artmasına neden olmaktadır (Akın, 2021).

Alkol ve sigara: Alkol ve sigara günlük sıkıntı/sorunlardan kaçmak için kullanılan yollardan biridir, fakat iki maddenin de stresi giderdiği, stres ile ilgili rahatlama ya da yatışmayı sağladığı düşünülse de daha çok kişiye zarar vermektedirler. Ayrıca bu maddeleri kullanmak stres yaratan etkeni ortadan kaldırmamaktadır (Roeshan, 2020).

Uyku

Nedeni ne olursa olsun ruh sağlığınızdaki herhangi bir değişiklik uyku d zeninizde bozulmaya neden olur. Uyku, beyin sapındaki bir mekanizmanın harekete geçmesiyle başlamaktadır. Bu mekanizmanın da harekete geçmesi için kaslardaki gerilimin azalması gerekmektedir. V c ttaki kas gerilimiz azalmazsa beyin sapındaki bu merkez (uyanıklık alanı) uyarılmaya devam eder. Uyarılma devam ettiği sürece birey uykuya geçemez. Kas geriliminin azalması için, çevreden gelen uyarıcılar (ses, ışık, gürültü gibi) ortadan kaldırılmalı ya da kişi kendi düşüncesi ile kendini uyarmayı (tehdit algısı) bırakmalıdır. Kaliteli ve yeterince uyku için uyuduğumuz yerin ılık, karanlık, sessiz ve sakin olması gerekmektedir. Ayrıca uyumayı engelleyen/geciktiren faktörler (alkol, nikotin ve kafein vb.) de ortadan kaldırılmalıdır. İyi bir uyku stresimizi azaltmada etkilidir. Aşırı uykusuzluk (   ya da beş gün uyumama) ruhsal sıkıntılara sebebiyet vermekte hatta bilinç kaybına neden olabilmektedir. Başka bir deyişle düzenli ve kaliteli bir uyku fiziksel, ruhsal, bilişsel ve sosyal açıdan olumlu etkiler sağlamaktadır (Akın, 2021).

2.5.2. Davranışçı teknikler

A tipi davranış biçiminin değiştirilmesi

Bu davranış biçiminin özellikleri, zamana karşı koyma, düşmanlık, en kısa zaman içerisinde en fazlasını başarabilme arzusu nedeniyle diğer insanlara karşı var olan huzursuzluk, sabırsızlık ve öfke duygularına sahip olmaktır. Ayrıca obsesiflik, yarışmacılık ve çevresini kontrol etme durumu nedeniyle duygusal olarak tükenme, kendine zarar verebilme ihtimali, tehlike ve risk alma durumlarına sahip olurlar. Hiç şüphesiz yaşadığımız dönem, endüstrileşme, bu davranış biçimini pekiştirmektedir. Yeni bir davranış modeli benimsemek etkili olacaktır. Bu aşama da telaş ve acelecilikten vazgeçme, zaman baskısından kurtulabilme, kişinin kendine bir çalışma alanı yaratması, kullandığı sözlere dikkat etmesi, kendine vakit ayırması, her yere vaktinde ve planlı gitmeyi bir sorumluluk haline getirmesi, yalnızlığı kullanın, d şmanlığınızı yenin ve değer verecek şeyler bulun şeklinde tutumlar önerilmektedir ((Baltaş ve Baltaş, 2020).

Zaman yönetimi

Zamanı iyi kullanmak demek az zamanda çok iş yapmak demek değildir, zamanı iyi kullanmak amaç ve önceliklerin saptanması ve zamanı gerçekten yapmak istenilen

şeylere ayrılarak yaşamdan tat alınmasıdır. Zamanı iyi düzenleyemeyen birey stres altındadır ve yaşadığımız çağın en önemli problemlerinden biri de zaman kısıtlılığıdır.

Zamanı iyi kullanamamanın sonuçları; acelecilik, hoş gitmeyen birçok seçenek arasında bocalayarak gidip gelme, boş zamanı verimsiz ve yorgun geçirme, işleri zamanında bitirememe, kendine ve çevresine yetersiz zaman ayırma, ayrıntılar içinde kaybolma ve zamanın büyük bölümünü yapmak istediği şeye harcama gibi durumlar yer almaktadır (Baltaş ve Baltaş, 2020). Zamanı iyi kullanabilmek için koyulan hedefler öncelikle *spesifik-belirli* olmalı yani, hedef ya da amaç bulanık olmamalı. *Ölçülebilir* olmalı; hedef gerçekleştiğinde bunun farkında olunmalıdır. *Ulaşılabilir* olmalı; hedefe ulaşmak için gerekli olanlar bilinmeli veya ele alınabilmelidir. *Gerçekçi* olmalı; hedef gerçek mi, gerçeklik kadar ulaşılabilir mi, yoksa çok mu mükemmel bunun farkında olunmalıdır. *Zamanlanmış -zaman sınırlı* olmalı; hedefe ulaşmak için koyulan zaman (gün, ay, yıl vb.) belirli olmalıdır (Palmer vd., 2021).

Öfke yönetimi

Öfke normal bir duygudur, sağlıklı olan öfkenin saldırganlıkla dışavurumudur. Genellikle insanları öfkeliendiren şeyler engellenme durumu, önemsenmeme, aşağılanma, keyfi bir davranışla şekli ile karşılaşma ve saldırıya uğramaktır. Açık ve doğrudan ifade edilen öfkenin 2 temel sebebi vardır. *Birincisi*; birey çok dolmuş olup en ufak bir şeye çok büyük tepkiler vermektedir. Yaşamında doyumsuzluk yaşayan bireyler engellenmeler karşısında öfke yüklü olurlar. Bu nedenle küçük bir kıskırtma büyük patlamalara neden olabilmektedir. *İkincisi*; duygusal olarak gelişmemişliktir. Bireyler duygusal olgunluğa erişmemiş ise isteklerini ses yükselterek, saldırarak anlatmaya çalışmakta olup bu durumu yaşamlarına yaymaktadırlar. Bu durumun kökeni çocukluktan gelmektedir, çocuklukta öfkesini saldırganlığa dönüştürerek istediğini elde etmiş ya da ödüllendirilmiş olabilirler.

Öfke yapıcı olarak kullanıldığında zihinsel ve bedensel olarak güç verir (Baltaş ve Baltaş, 2020). Öfkeyle başa çıkma yollarında ise öncelikli olarak öfkeyi kabul etmeli, öfkenin kaynağını bulmalı, öfkenin nedenini anlamalı ve öfkeyi gerçekçi olarak ele almalıyız (Akın, 2021).

Problem çözme becerisi

Problemi çözerken ilk adım *problemi tanımlama* 'dır. Problem, olay ya da endişeye neden olan durumun tanımını, değiştirilebilirliğini, gelişme gösterdiğinde fark edilebilirliğini ve farklı bakış açısıyla görülebilirliğini içermektedir. Sonraki adım, *gerçekçi ve ilgili hedefler geliştirme* 'dir. Başarılacak istenen hedef ve bunun belirli, ölçülebilir, ulaşılabilir, gerçekçi ve zamanlanmış bir hedef olmasını içermektedir. Bir sonraki adım, *alternatif çözümler üretme* 'dir. Seçeneklerin neler olduğu ve hedeflere ulaşabilmesi için tüm yolları belirlenmeyi içermektedir. Bir sonraki adım, *sonuçların değerlendirilmesi* 'dir. Çözümlerin ne kadar faydalı ve uygun olduğu, artılarını ve eksilerini belirlemeyi içermektedir. Bir sonraki adım, *hedefe yönelik en uygulanabilir çözüm/çözümler* 'dir. En uygulanabilir çözüm ya da çözümler belirlenerek seçmeyi içermektedir. Bir sonraki adım, *seçilmiş çözümlerin uygulanması* 'dır. Seçilen çözümün yönetebilecek adımlara/basamaklara bölünmesini ve başlanmasını içermektedir. Son adım ise *değerlendirme* 'dir. Başarı durumunu ölçülür ve değerlendirilir. Plan tekrar gözden geçirilebilir ve gerekirse tekrar değerlendirerek düzenlemeyi içermektedir (akt. Palmer, 2021).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, Türkiye genelinde aktif olarak çalışan hemşireler arasında sigara kullanım oranlarını, sigara bağımlılık düzeylerini ve bunlarla ilişkili olan demografik ve mesleki faktörleri incelemektir. Çalışmada, hemşirelerin sigara kullanma davranışları, sigaraya başlama yaşları, günlük sigara tüketim miktarları ve sigarayı bırakma motivasyonları detaylı bir şekilde değerlendirilmektedir. Ayrıca, sigara kullanımının, hemşirelerin medeni durumları, eğitim düzeyleri, meslekteki çalışma süreleri, görev yapılan birimler ve mesleki stres algıları gibi faktörlerle olan ilişkisi araştırılmaktadır.

Sigara kullanımının yaygınlığı, hemşireler arasındaki bağımlılık düzeyleri ve bu durumun mesleki koşullar üzerindeki etkilerinin belirlenmesi, sağlık profesyonelleri arasında sigara kullanımı ile mücadelede farkındalık oluşturulması açısından önemli olacaktır. Araştırma, hemşirelerin sigara bağımlılığı ile mesleki faktörler arasındaki dinamikleri anlayarak, bu bağımlılığın azaltılmasına yönelik öneriler geliştirmeyi amaçlamaktadır.

3.2. Araştırmanın Önemi

Bu araştırma, Türkiye genelinde hemşirelik mesleğini aktif olarak sürdüren hemşireler arasında sigara kullanımını ve bağımlılık düzeylerini incelemesi açısından önemli bir yere sahiptir. Hemşireler, sağlık sisteminin en kritik bileşenlerinden biri olarak, hem kendilerinin hem de bakım verdikleri hastaların sağlığını korumak ve geliştirmekle sorumludur. Ancak, sağlık profesyonelleri arasında sigara kullanımının varlığı, bu sorumluluğu tehlikeye atmakta ve sigara bağımlılığının mesleki performans, stres yönetimi ve genel yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır.

Bu çalışma, hemşireler arasında sigara kullanımının ne kadar yaygın olduğunu, bağımlılık düzeylerini ve bu durumun mesleki stres, çalışma koşulları gibi faktörlerle olan ilişkisini ortaya koyarak hem sağlık profesyonellerine hem de karar alıcılara önemli bilgiler sunacaktır. Ayrıca, sigara kullanımının önlenmesi ve bağımlılığın azaltılması adına geliştirilecek politika ve programlar için de bilimsel bir zemin oluşturacaktır. Sigara kullanımının azaltılmasına yönelik yapılacak müdahaleler ve destek programlarının,

mesleki açıdan büyük önem taşıyan hemşirelerin sağlığını korumak ve iş performanslarını artırmak açısından büyük katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırma sonuçları hem bireysel hem de kurumsal düzeyde sigara bırakma programlarının önemini vurgulayarak, sigara bağımlılığını azaltma konusunda sağlık kurumlarına yol gösterici nitelikte olacaktır. Bu bağlamda, bu araştırma hemşirelerin sağlığını iyileştirmeye yönelik önemli stratejiler geliştirilmesine katkı sunacaktır.

3.2.1. Hipotezler

Bu çalışmada, Türkiye genelinde aktif olarak çalışan hemşirelerin sigara kullanma durumları, bağımlılık düzeyleri ve çeşitli demografik ve mesleki faktörlerle olan ilişkileri incelenecektir. Araştırmada test edilmek üzere aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir:

H1: Hemşirelerin sigara kullanma durumları ile medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H2: Hemşirelerin sigara kullanma durumları ile eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H3: Hemşirelerin sigara kullanma durumları ile meslek özellikleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H4: Mesleki stres algıları ile sigara bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H5: Sigara kullanan hemşirelerin medeni durumları ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) toplam puanları arasında anlamlı bir fark vardır.

H6: Sigara kullanan hemşirelerin eğitim durumları ile FNBT toplam puanları arasında anlamlı bir fark vardır.

H7: Sigara kullanan hemşirelerin günlük sigara içme adetleri ile FNBT toplam puanları arasında anlamlı bir fark vardır.

H8: Sigarayı bırakmayı isteyen ve istemeyen hemşireler arasında FNBT toplam puanları açısından anlamlı bir fark vardır.

H9: Hemşirelik yapma süresi ile FNBT toplam puanları arasında anlamlı bir fark vardır.

H10: Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre FNBT toplam puanları arasında anlamlı bir fark vardır.

H11: Görev yapılan hastane yatak büyüklüğü ile FNBT toplam puanları arasında anlamlı bir fark vardır.

H12: Mesleğin stresli olduğunu düşünme durumu ile FNBT toplam puanları arasında anlamlı bir fark vardır.

H13: Hemşirelik mesleği yapılmasaydı sigara kullanma durumu ile FNBT toplam puanları arasında anlamlı bir fark vardır.

H14: Hemşire olduktan sonra sigaraya başlama durumu ile FNBT toplam puanları arasında anlamlı bir fark vardır.

H15: Sigaraya başlama yaşı ile FNBT toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.3. Araştırmanın Problemi

Sigara kullanımı, dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olup, hem bireylerin hem de toplumların sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık çalışanları, özellikle hemşireler, sağlık davranışları konusunda topluma örnek teşkil eden profesyonel bir gruptur. Ancak, hemşireler arasında sigara kullanımı, mesleğin getirdiği stres, uzun çalışma saatleri ve diğer iş yükleri gibi çeşitli nedenlerden dolayı yaygın bir sorun olabilmektedir. Bu durum, hem hemşirelerin kendi sağlıkları üzerinde olumsuz etkiler yaratmakta, hem de sağlık alanında çalışan bir grup olarak sigara karşıtı mücadelede etkili bir rol üstlenme kapasitelerini sınırlamaktadır.

Türkiye’de hemşirelerin sigara kullanım düzeylerini, bu kullanımın nedenlerini, bağımlılık düzeylerini ve sigarayı bırakmaya yönelik motivasyonlarını değerlendiren çalışmalar sınırlıdır. Ayrıca, hemşirelerin sigara kullanımı ile mesleki özellikleri, stres düzeyleri ve demografik faktörler arasındaki ilişki yeterince incelenmemiştir. Bu eksiklik, sağlık sektöründe çalışan profesyonellerin sigara kullanımına yönelik farkındalık yaratma ve sigarayı bırakma müdahalelerinin geliştirilmesine engel olmaktadır.

Bu araştırma, Türkiye’de aktif olarak çalışan hemşirelerin sigara kullanım durumunu, sigara bağımlılık düzeylerini ve bunlarla ilişkili mesleki ve demografik faktörleri incelemeyi amaçlamaktadır. Aynı zamanda, sigarayı bırakmaya yönelik motivasyonlar ve engeller de araştırılarak, bu konuda etkili stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlamayı hedeflemektedir. Bu bağlamda, araştırmanın problemi; hemşirelerin sigara kullanım oranlarının ne düzeyde olduğu, sigara kullanımını etkileyen mesleki ve

kişisel faktörlerin neler olduğu ve sigara bağımlılığı ile mesleki stres, sigarayı bırakma isteği ve diğer değişkenler arasındaki ilişkilerin nasıl şekillendiğidir.

3.4. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada, ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. *İlişkisel tarama modeli*, birden fazla değişken arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla kullanılan bir araştırma modelidir. Bu model, mevcut durumu tanımlayarak, farklı değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü analiz etmeyi amaçlar (Karasar,2002).

Araştırmada kullanılan model, hemşirelerin sigara kullanma davranışları ile medeni durum, eğitim düzeyi, mesleki stres, çalışılan birim gibi çeşitli değişkenler arasındaki ilişkileri test etmeye odaklanmıştır. Nicel araştırma yaklaşımı kullanılarak yapılan bu çalışma, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ile hemşirelerin nikotin bağımlılık düzeylerini ölçerken, sigara kullanma ile ilişkili olan değişkenler üzerinde istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir.

Bu model, kesitsel bir yapıya sahip olup, belirli bir zaman diliminde veri toplama yöntemiyle mevcut durumu analiz etmeyi amaçlamaktadır. İlişkisel tarama modeli ile sigara kullanımı ve bağımlılık düzeylerinin, hemşirelerin çeşitli özellikleri ile nasıl bir ilişki içinde olduğu incelenmiştir.

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, Türkiye genelinde aktif olarak çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Hemşirelik mesleğinde çalışan bireylerin sigara kullanma durumları, sigara bağımlılık düzeyleri ve bu durumun çeşitli demografik ve mesleki özelliklerle olan ilişkisini incelemek amacıyla geniş bir evren belirlenmiştir.

Araştırmanın örneklem grubu ise, Türkiye'nin çeşitli illerinde kamu ve özel sağlık kurumlarında çalışan, hemşirelik mezunu ve aktif olarak hemşirelik mesleğini icra eden 341 hemşireden oluşmaktadır. Bu hemşirelerden 197'si sigara kullanmakta, 144'ü ise sigara kullanmamaktadır. Örneklem grubu, kolayda örnekleme yöntemi ile seçilmiş olup, hemşirelerin sigara kullanımı ve nikotin bağımlılık düzeylerine dair bilgi edinme amacı taşımaktadır.

Araştırmanın verileri, Google Form aracılığıyla çevrimiçi olarak toplanmıştır. Google Form, katılımcıların araştırmaya kolay erişim sağlamasına olanak tanımış ve geniş bir coğrafi alana yayılan hemşirelerin anketi doldurmalarına imkan vermiştir. Verilerin toplanmasında, anonimlik ve gizlilik esaslarına uygun hareket edilmiştir. Hemşirelerin katılımı tamamen gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleştirilmiştir.

Örneklem grubu şu kriterler doğrultusunda belirlenmiştir:

- Hemşirelik bölümünden mezun olmak ve aktif olarak çalışıyor olmak,
- Araştırmaya gönüllü olarak katılım sağlamak,
- Sigara kullanma durumunu beyan etmek.

Çalışmaya katılan hemşireler arasında farklı eğitim seviyelerine, medeni durumlara ve mesleki tecrübelere sahip bireyler yer almaktadır. Sigara kullanım durumları ve bağımlılık seviyeleri, bu demografik değişkenlerle ilişkili olarak analiz edilmiştir. Bu örneklem grubu, Türkiye genelindeki hemşirelerin sigara kullanma alışkanlıklarına dair genel eğilimleri ortaya koymayı amaçlamaktadır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, katılımcılardan demografik bilgiler, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ve mesleki deneyimle ilgili sorular aracılığıyla toplanmıştır. Bu veri toplama araçları, hem sigara bağımlılığı düzeylerinin hem de hemşirelerin mesleki deneyimlerinin ve demografik özelliklerinin değerlendirilmesine olanak sağlamıştır.

Demografik Bilgiler: Araştırmada, katılımcıların temel demografik özelliklerine ilişkin veriler toplanmıştır. Bu bölümde yer alan sorular şunlardır:

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Eğitim durumu
- Meslek

Bu bilgiler, sigara kullanımı ile demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi analiz etmek amacıyla kullanılmıştır.

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT): Nikotin bağımlılığını ölçmek amacıyla Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) kullanılmıştır. Bu ölçek, Fagerström (1991) tarafından geliştirilmiş olup, bireylerin nikotin bağımlılık seviyelerini belirlemeye yönelik öz-bildirime dayalı 6 maddeden oluşmaktadır. Test, iki sorunun 0-3, dört sorunun ise 0-1 puan aralığında değerlendirilmesiyle toplam 10 puan üzerinden hesaplanmaktadır. Elde edilen toplam puanlar aşağıdaki bağımlılık düzeylerini temsil etmektedir:

0-2 puan: Çok düşük bağımlılık,

3-4 puan: Düşük bağımlılık,

5 puan: Orta bağımlılık,

6-7 puan: Yüksek bağımlılık,

8-10 puan: Çok yüksek bağımlılık.

Testten alınan yüksek puanlar, bireylerin nikotin bağımlılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. FNBT, Türkiye’de Uysal ve arkadaşları (2004) tarafından Türkçe’ye uyarlanmış olup, Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı $\alpha = 0.56$ olarak bulunmuştur.

Mesleki Deneyim Soruları: Hemşirelerin mesleki deneyimlerine ve çalışma ortamlarına ilişkin sorular da veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Bu sorular, hem sigara kullanımı hem de mesleki deneyimler arasında olası ilişkilerin incelenmesine olanak sağlamıştır. Mesleki sorular şunlardır:

- Kaç yıldır bu mesleği yapıyorsunuz?
- Hangi birimde çalışıyorsunuz?
- Çalışma şekliniz nedir?
- Mesleğinizi ne kadar seviyorsunuz?
- Kaç yataklı bir hastanede görev yapıyorsunuz?
- Mesleğinizin ne kadar stresli olduğunu düşünüyorsunuz?
- Bu meslekte olmasaydınız sigara içer miydiniz?
- Hemşire olduktan sonra mı sigara içmeye başladınız?

Bu soruların yanıtları, hem sigara kullanımı hem de mesleki stres ve iş yükü gibi faktörlerin bağımlılık düzeyleri üzerindeki etkilerini analiz etmek amacıyla kullanılmıştır. Veriler, Google Form aracılığıyla toplanmış olup, katılımcıların gizliliği ve gönüllülüğü esas alınmıştır. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerström test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuberk Toraks 2004;52:115-121.

3.7.Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi, SPSS 25 (IBM Inc., Chicago, IL, USA) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde demografik özellikler, mesleki faktörler ve sigara bağımlılık düzeyleri arasındaki ilişkiler çeşitli istatistiksel yöntemlerle incelenmiştir.

Verilerin genel yapısının ortaya konulması amacıyla tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Bu analizler kapsamında frekans, yüzde (%), ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler hesaplanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, hemşirelerin demografik özellikleri ve sigara kullanma durumları gibi değişkenlerle ilgili bilgilerin özetlenmesinde kullanılmıştır.

Tablo 1: Normallik testi

Kolmogorov-Smirnova			
	Statistic	df	Sig.
FNBT	0,158	197	0,000

Verilerin normallik dağılımını değerlendirmek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmıştır. Sonuçlara göre, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) toplam puanları için normallik varsayımı sağlanmamıştır (Kolmogorov-Smirnov testi: Statistic = 0,158; df = 197; $p < 0,001$). Bu nedenle, gruplar arasındaki farkları test etmek amacıyla parametrik olmayan testler tercih edilmiştir:

Kruskal-Wallis H Testi: İki den fazla grubun bağımlılık düzeylerini karşılaştırmak için kullanılmıştır. Örneğin, eğitim düzeylerine veya sigara içme alışkanlıklarına göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi toplam puanları arasındaki farkların analizi için uygulanmıştır.

Mann-Whitney U Testi: İki grup arasındaki bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılmasında kullanılmıştır. Özellikle, sigarayı bırakmayı isteyen ve istemeyen

hemşirelerin FNBT toplam puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla uygulanmıştır.

Korelasyon Analizi: Sigara başlama yaşı ile nikotin bağımlılığı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Spearman Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. Bu analiz, iki değişken arasındaki ilişkinin gücünü ve yönünü belirlemek amacıyla uygulanmıştır. Özellikle, sigaraya başlama yaşı ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi toplam puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi bu yöntemle yapılmıştır.

Ki-Kare (χ^2) Testi: Kategorik veriler arasındaki ilişkileri analiz etmek amacıyla Ki-Kare (χ^2) testi kullanılmıştır. Örneğin, medeni durum veya çalışılan birimler ile sigara kullanımı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için bu analiz tercih edilmiştir.

Post Hoc Analizleri: Kruskal-Wallis H Testi'nde anlamlı farklar bulunması durumunda, hangi gruplar arasında fark olduğunu belirlemek amacıyla Post Hoc Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Bu analiz, anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu daha detaylı bir şekilde incelemek amacıyla uygulanmıştır.

Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Analiz sonuçları tablolar ile desteklenmiş ve elde edilen bulgular yorumlanarak araştırmanın sonuç bölümünde detaylı bir şekilde sunulmuştur.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun 341 katılımcıdan (197 sigara kullanan ve 144 sigara kullanmayan) elde edilen verilere ait bulgu ve yorumlara yer verilmiştir.

4.1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Tanıtıcı Bulguları

Sigara kullanan ve sigara kullanmayan hemşirelerin medeni durumları ve eğitim durumları karşılaştırılmıştır. Veriler ki-kare testi ile analiz edilmiştir ve anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Veriler Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2: Sigara kullanan ve kullanmayan hemşirelerin medeni durum ve eğitim durumlarına göre dağılımı

	Sigara Kullanan (n=197)		Sigara Kullanmayan (n=144)		Toplam (n=341)		X ²	p
Medeni Durum	n	%	n	%	n	%		
Evli	95	48,2	102	70,8	197	57,8	42,53	0,000
Bekar	102	51,8	42	29,2	144	42,2		
Eğitim Durumu								
Lise	41	20,8	14	9,7	55	16,1	17,309	0,000
Üniversite	138	70,1	105	72,9	243	71,3		
Lisansüstü	18	9,1	25	17,4	43	12,6		

X²: İki yönlü ki-kare testi değeri

p: İstatistiksel anlamlılık değeri

Sigara kullanan ve kullanmayan hemşirelerin medeni durumları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($X^2 = 42,53$, $p < 0,001$). Sigara kullanan hemşirelerin %48,2’si evli iken, sigara kullanmayan hemşirelerin %70,8’i evlidir. Bununla birlikte, sigara kullanan hemşirelerin %51,8’i bekar iken, sigara kullanmayanların yalnızca %29,2’si bekadır. Bu bulgular, sigara kullanan hemşirelerin daha büyük bir kısmının bekar olduğunu, sigara kullanmayan hemşirelerde ise evli oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Eğitim durumlarına göre hem sigara kullanan hem de kullanmayan hemşireler arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2 = 17,309$, $p < 0,001$). Sigara kullanan hemşirelerin %20,8’i lise mezunu, %70,1’i üniversite mezunu ve %9,1’i lisansüstü eğitim almıştır. Buna karşılık, sigara kullanmayan hemşirelerin %9,7’si lise mezunu, %72,9’u

üniversite mezunu ve %17,4'ü lisansüstü eğitim almıştır. Bu bulgular, sigara kullanmayan hemşireler arasında lisansüstü eğitim oranının daha yüksek olduğunu, sigara kullananlar arasında ise lise mezunlarının oranının daha fazla olduğunu göstermektedir.

Tablo 3: Sigara kullanan hemşirelerin sigara kullanma bulgularının tanımlayıcı istatistikleri

Değişken / Kategori	N	%
Sigaraya Başlama Yaşı (yıl) ($\bar{X} \pm SS$)	20,27±3,97	
Günlük Sigara İçme Adeti		
0-10 arası	47	23,9
11-20 arası	89	45,2
21-40 arası	50	25,4
41'den daha fazla	11	5,6
Sigarayı Bırakmayı İsteme Durumu		
Evet	130	66,0
Hayır	67	34,0
Sigara İçme Nedeni*		
Stres Gideriyor	93	47,2
Sıkıntıları Unutturuyor	37	18,8
Alışkanlık	108	54,8
Dikkatimi Dağıtıyor	20	10,2
Yalnızlık	5	2,5
Diğer	10	5,1
Sigara İçme İsteğini Yaşama Durumu		
Nöbet tutarken	14	7,1
Stres anında	62	31,5
Her durumda	84	42,6
Sorumluluk arttığında	3	1,5
Arkadaş toplantılarında	34	17,3
Hemşirelik Olmasaydınız Sigara Kullanımı		
İçerdim	178	90,4
İçmezdim	19	9,6
Hemşirelikten Sonra Sigara Başlama Durumu		
Sonra başladım	42	21,3
Önce başladım	155	78,7

*: Birden fazla yanıt verilmiştir

Sigaraya başlama yaşı ortalama olarak $20,27 \pm 3,97$ yıl olup, hemşirelerin büyük bir kısmının genç yaşlarda sigaraya başladığı görülmektedir. Günlük sigara içme adetlerine bakıldığında, katılımcıların %45,2'sinin günde 11-20 adet sigara içtiği,

%23,9'unun ise 0-10 adet arasında sigara tükettiği belirlenmiştir. Daha yüksek sigara tüketimi (21-40 adet) ise %25,4 oranında gözlenmiş, çok yüksek tüketim (41 adet ve üzeri) %5,6 oranında rapor edilmiştir. Sigarayı bırakma isteği incelendiğinde, katılımcıların %66,0'sı sigarayı bırakmak istediğini belirtmiş, geri kalan %34,0'ı ise bırakma isteği olmadığını ifade etmiştir. Sigara içme nedenleri arasında en yaygın olanları alışkanlık (%54,8) ve stres giderme (%47,2) olarak öne çıkmaktadır. Diğer önemli nedenler arasında sıkıntıları unutmama (%18,8), dikkati dağıtma (%10,2) ve yalnızlık (%2,5) yer almaktadır. Bunun yanı sıra %5,1'lik bir grup, sigara içme nedenini "diğer" olarak belirtmiştir. Sigara içme isteği hissetme durumları ise farklı koşullara göre değişiklik göstermektedir. Katılımcıların %42,6'sı her durumda sigara içme isteği duyduğunu belirtirken, %31,5'i stres anlarında, %17,3'ü ise arkadaş toplantılarında bu isteği yaşadığını ifade etmiştir. Nöbet tutarken sigara içme isteği %7,1 oranında belirtilmiş olup, sorumluluk arttığında sigara içme isteği duyma durumu oldukça düşük (%1,5) bir oranda rapor edilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%90,4), hemşirelik mesleğinde olmasalardı sigara kullanacaklarını belirtmiştir. Buna karşın %9,6'sı, hemşirelik mesleği dışında olsalar dahi sigara kullanmayacaklarını ifade etmiştir. Katılımcıların %78,7'si, hemşirelik mesleğine başlamadan önce sigaraya başladıklarını, %21,3'ü ise hemşire olduktan sonra sigara kullanmaya başladıklarını belirtmiştir.

Araştırmada sigara kullanan ve kullanmayan hemşirelerin hemşirelik yapma süreleri, çalışılan birimler, çalışma şekilleri, mesleği sevme durumları, görev yapılan hastane yatak büyüklükleri ve mesleğin stresli olup olmadığına dair karşılaştırmalar yapılmıştır. Tablo 4 bu bulguları özetlemektedir.

Tablo 4: Hemşirelerin meslek özelliklerinin sigara kullanımı ile ilişkisi

Hemşirelik Yapma Süresi	Sigara Kullanan (n=197)		Sigara Kullanmayan (n=144)		Toplam (n=341)		X²	p
Hemşirelik Yapma Süresi	n	%	n	%	n	%		
0-3 yıl arası	19	9,6	25	17,4	44	12,9	6,636	0,084
3-5 yıl arası	32	16,2	17	11,8	49	14,4		
5-10 yıl arası	63	32,0	36	25,0	99	29,0		
10 yıl ve üzeri	83	42,2	66	45,8	149	43,7		
Çalışılan Birim								
Servis (poliklinik)	121	61,4	62	43,1	183	53,7	23,010	0,000
Cerrahi birimler	34	17,3	39	27,1	73	21,4		
Özel birimler	30	15,2	13	9,0	43	12,6		
Diğer	12	6,1	30	20,8	42	12,3		
Çalışma Şekli								
Sürekli gündüz	58	29,4	63	43,8	121	35,5	66,075	0,000
Vardiya	105	53,4	19	13,1	124	36,3		
Sürekli gece	5	2,5	1	0,7	6	1,8		
Nöbet+Mesai	29	14,7	61	42,4	90	26,4		
Mesleği Sevme Durumu								
İstemeyerek yapıyorum	25	12,7	11	7,6	36	10,6	5,614	0,132
Seviyorum	88	44,7	65	45,2	153	44,8		
Seviyorum ama mutlu değilim	78	39,6	57	39,6	135	39,6		
Bu meslek için yaratılmışım	6	3,0	11	7,6	17	5,0		
Hastane Yatak Kapasitesi								
0-50 arası	76	38,6	45	31,3	121	35,5	42,275	0,000
50-100 arası	70	35,5	16	11,1	86	25,2		
100 ve üzeri	51	25,9	83	57,6	134	39,3		
Mesleki Stres Algısı								
Stres yok	15	7,6	8	5,6	23	6,7	19,677	0,000
Az stresli	102	51,8	41	28,4	143	41,9		
Stresli	80	40,6	95	66,0	175	51,4		

Sigara kullanan ve kullanmayan hemşirelerin hemşirelik yapma süreleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2 = 6,636$, $p = 0,084$). Hemşirelik yapma süresi 10 yıl ve üzeri olan hemşirelerin oranı sigara kullananlar arasında %42,2, sigara kullanmayanlar

arasında ise %45,8 olarak bulunmuştur. Toplamda, hemşirelerin %43,7'si 10 yıl ve üzeri süredir çalışmaktadır.

Hem sigara kullanan hem de kullanmayan hemşireler çalıştıkları birimlere göre incelendiğinde, anlamlı farklar bulunmuştur ($X^2 = 23,010$, $p < 0,001$). Sigara kullanan hemşirelerin %61,4'ü servis (poliklinik) biriminde çalışırken, sigara kullanmayanların %43,1'i bu birimde çalışmaktadır. Cerrahi (ameliyathane, yoğun bakım, acil servis) biriminde çalışanların oranı sigara kullanmayanlar arasında daha yüksektir (%27,1).

Sigara kullanan ve kullanmayan hemşireler arasında çalışma şekli açısından da anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2 = 66,075$, $p < 0,001$). Sigara kullananların %53,4'ü vardiyalı sistemde çalışırken, sigara kullanmayanların %43,8'i sürekli gündüz çalışmaktadır. Nöbet+mesai şeklinde çalışan hemşireler arasında ise sigara kullanmayanlar daha yüksek orandadır (%42,4).

Sigara kullanan ve kullanmayan hemşireler arasında mesleği sevme durumuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2 = 5,614$, $p = 0,132$). Her iki grup arasında mesleği severek yapanların oranı %44,7 (sigara kullanan) ve %45,2 (sigara kullanmayan) olarak bulunmuştur.

Hem sigara kullanan hem de kullanmayan hemşirelerin görev yaptıkları hastane yatak büyüklükleri açısından anlamlı farklılıklar bulunmaktadır ($X^2 = 42,275$, $p < 0,001$). Sigara kullanan hemşirelerin %38,6'sı 0-50 yataklı hastanelerde çalışırken, sigara kullanmayan hemşirelerin %57,6'sı 100 ve üzeri yatak kapasitesine sahip hastanelerde çalışmaktadır.

Sigara kullanan ve kullanmayan hemşireler arasında mesleğin stresli olup olmadığını düşünme durumu açısından da anlamlı farklar vardır ($X^2 = 19,677$, $p < 0,001$). Sigara kullanan hemşirelerin %51,8'i mesleğini az stresli olarak nitelendirirken, sigara kullanmayanların %66,0'ı mesleğini stresli olarak tanımlamaktadır.

4.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) İlişkin Bulgular

Bu çalışmada, sigara kullanan hemşirelerin nikotin bağımlılık düzeylerini ölçmek için Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) kullanılmıştır. Tablo 5'te

FNBT sonuçlarının ortalaması, standart sapması (Ss), medyanı, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir.

Tablo 5: Fagerström nikotin bağımlılık testi (fnbt) sonuçları

	Ort.	Ss	Medyan	Min	Max
FNBT Toplam	4,32	2,83	4	0	10

FNBT puanlarının ortalaması $4,32 \pm 2,83$ olarak hesaplanmıştır. Medyan değer 4, minimum puan 0 ve maksimum puan 10 olarak saptanmıştır.

Araştırmada, sigara kullanan hemşirelerin nikotin bağımlılık düzeyleri Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'ne (FNBT) göre sınıflandırılmıştır. Tablo 6, sigara kullanan hemşirelerin bağımlılık düzeylerine göre dağılımını göstermektedir.

Tablo 6: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) Sonuçları

Sigara Bağımlılık Düzeyi	n	%
Çok Düşük	52	26,4
Düşük	63	32,0
Orta	16	8,1
Yüksek	28	14,2
Çok Yüksek	38	19,3

Bağımlılık düzeylerine bakıldığında, katılımcıların %26,4'ü çok düşük düzeyde bağımlılık yaşarken, %32,0'si düşük düzeyde bağımlılık yaşamaktadır. Orta düzey bağımlılığa sahip olanların oranı %8,1'dir. Yüksek bağımlılık düzeyi %14,2 oranında bulunmuş olup, çok yüksek bağımlılık düzeyi ise %19,3 olarak saptanmıştır. Bu veriler, hemşireler arasında sigara bağımlılık düzeylerinin büyük oranda düşük ve orta seviyede olduğunu, ancak önemli bir kesimin yüksek düzeyde bağımlılık yaşadığını göstermektedir.

Araştırmaya katılan sigara kullanan hemşirelerin sigara bağımlılık düzeylerine göre mesleğin stresli olduğunu düşünme bulgularının tanımlayıcı istatistikleri Tablo 7'da verilmiştir.

Tablo 7: Sigara kullanan hemşirelerin sigara bağımlılık düzeylerine göre mesleğin stresli olduğunu düşünme bulgularının tanımlayıcı istatistikleri

Değişken	Kategori	Çok Düşük		Düşük		Orta		Yüksek		Çok Yüksek		X ²	p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Mesleki Stres Algısı	Stres yok	6	9,6	3	4,8	1	6,3	2	7,1	4	10,5	7,283	0,506
	Az stresli	34	51,9	34	54,0	6	37,5	16	57,2	19	50,0		
	Stresli	27	38,5	26	41,2	9	56,2	10	35,7	15	39,5		

Bağımlılık düzeylerine göre katılımcıların büyük bir kısmı, mesleklerini "az stresli" olarak tanımlamaktadır. Çok düşük bağımlılık düzeyine sahip olan hemşirelerin %51,9'u, düşük bağımlılık düzeyine sahip olanların %54,0'ı mesleği az stresli bulmaktadır. Orta düzeyde bağımlılığa sahip olanların %56,2'si mesleğini stresli olarak nitelendirirken, yüksek bağımlılık düzeyine sahip olanların %57,2'si mesleği az stresli olarak değerlendirmiştir. Ancak ki-kare testi sonuçları ($X^2 = 7,283$, $p = 0,506$), mesleki stres algısı ile sigara bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir.

Bu çalışmada, sigara kullanan hemşirelerin medeni durumları ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) toplam puanları arasındaki ilişki Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Tablo 8'de, evli ve bekar hemşirelerin FNBT toplam puanlarının ortalamaları, medyanları ve Mann-Whitney U testi sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 8: Sigara kullanan hemşirelerin medeni durumlarına göre FNBT toplam puanlarının karşılaştırılması

Değişken	Medeni Durum	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
FNBT Toplam	Evli	4,17±2,72	4 (0-10)	4660	0,641
	Bekar	4,46±2,93	4 (0-10)		

U: Mann-Whitney U Testi

FNBT puanlarının ortalaması evli hemşirelerde $4,17 \pm 2,72$, bekar hemşirelerde ise $4,46 \pm 2,93$ olarak bulunmuştur. Medyan değer her iki grup için de 4 olup, minimum 0 ve maksimum 10 arasında değişmektedir. Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre ($U = 4660$, $p = 0,641$), medeni durum ile FNBT toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sigara kullanan hemşirelerin eğitim durumları ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) toplam puanları arasındaki ilişki Kruskal-Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Tablo 8, lise, üniversite ve lisansüstü eğitim düzeylerine göre FNBT toplam puanlarının ortalamalarını, medyanlarını ve Kruskal-Wallis H testi sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 9: Sigara kullanan hemşirelerin eğitim durumlarına göre FNBT toplam puanlarının karşılaştırılması

Değişken	Eğitim Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
FNBT Toplam	Lise	5,00 $\pm$ 3,41	5 (0-10)	4,612	0,100
	Üniversite	4,28 $\pm$ 2,66	4 (0-10)		
	Lisansüstü	3,11 $\pm$ 2,25	3,5 (0-7)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

FNBT puanlarının ortalaması lise mezunlarında 5,00 $\pm$ 3,41, üniversite mezunlarında 4,28 $\pm$ 2,66 ve lisansüstü eğitim almış hemşirelerde 3,11 $\pm$ 2,25 olarak bulunmuştur. Medyan değer lise mezunları için 5, üniversite mezunları için 4 ve lisansüstü mezunları için 3,5'tir. Kruskal-Wallis H testi sonuçlarına göre (H = 4,612, p = 0,100), eğitim durumu ile FNBT toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sigara kullanan hemşirelerin günlük sigara içme adetleri ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) toplam puanları arasındaki ilişki Kruskal-Wallis H testi ve ardından Post Hoc Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Tablo 9, günlük sigara içme adetlerine göre FNBT toplam puanlarının ortalamalarını, medyanlarını ve istatistiksel test sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 10: Sigara kullanan hemşirelerin günlük sigara içme adetlerine göre FNBT toplam puanlarının karşılaştırılması

	Günlük Sigara İçme Adeti	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p	Post Hoc (Mann-Whitney U Testi)
FNBT Toplam	0-10 arası	1,19±1,53	1 (0-6)	142,405	<0,001	a ile b; a ile c;
	11-20 arası	3,72±1,36	3 (1-8)			a ile d; b ile c;
	21-40 arası	7,24±1,42	8 (3-9)			b ile d; c ile d
	41'den daha fazla	9,27±1,01	10 (7-10)			(p<0,05)

H: Kruskal-Wallis H Testi

0-10 arası:a; 11-20 arası:b; 21-40 arası:c; 41'den daha fazla:d

Sonuçlar, günlük içilen sigara miktarının artmasıyla FNBT puanlarının anlamlı şekilde arttığını göstermektedir. Günlük 0-10 sigara içenlerde FNBT ortalaması 1,19 ± 1,53 iken, bu ortalama 41'den fazla sigara içenlerde 9,27 ± 1,01'e yükselmektedir. Medyan değerler de sırasıyla 1, 3, 8 ve 10'dur.

Kruskal-Wallis H testi sonuçlarına göre (H = 142,405, p < 0,001), günlük sigara içme adeti ile FNBT toplam puanı arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Post Hoc Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre, 0-10 sigara içenlerin (a) bağımlılık düzeyi ortancasının, 11-20 adet sigara içenlerin (b) ortancasından anlamlı derecede daha düşük olduğu tespit edilmiştir (p < 0,05). Aynı şekilde, 0-10 adet sigara içenlerin (a) bağımlılık düzeyi, 21-40 adet sigara içenlerin (c) ve 41'den fazla sigara içenlerin (d) bağımlılık düzeylerinden de anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (p < 0,05).

Ayrıca, 11-20 sigara içenlerin (b) bağımlılık düzeyinin, 21-40 sigara içenler (c) ve 41'den fazla sigara içenler (d) ile karşılaştırıldığında anlamlı şekilde düşük olduğu saptanmıştır (p < 0,05). 21-40 sigara içenlerin (c) bağımlılık düzeyi de 41'den fazla sigara içenler (d) ile karşılaştırıldığında anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur (p < 0,05).

Bu bulgular, sigara içme miktarının arttıkça bağımlılık düzeyinin de anlamlı şekilde arttığını göstermektedir. Özellikle 21-40 sigara içenler ile 41'den fazla içenler arasındaki fark, bağımlılığın en yüksek düzeyde olduğu grubu açıkça ortaya koymaktadır.

Sigara kullanan hemşirelerin sigarayı bırakmayı isteyip istememeleri ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) toplam puanları arasındaki ilişki Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Tablo 11, sigarayı bırakmayı isteyen ve istemeyen hemşirelerin FNBT toplam puanlarının ortalamalarını, medyanlarını ve Mann-Whitney U testi sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 11: Sigara kullanan hemşirelerin sigarayı bırakmayı isteme durumlarına göre FNBT toplam puanlarının karşılaştırılması

	Sigarayı Bırakmayı İsteme Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
FNBT Toplam	Evet	4,85 $\pm$ 2,72	4 (0-10)	2890	<0,001
	Hayır	3,28 $\pm$ 2,76	3 (0-10)		

U: Mann-Whitney U Testi

Araştırmaya katılan sigara kullanan hemşirelerin sigarayı bırakmayı isteme durumlarına göre FNBT toplam puanları arasında (U=2890; p<0,001) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuç incelendiğinde, FNBT toplam puanlarında sigarayı bırakmayı isteyen hemşirelerin [4 (0-10)] ortancası, sigarayı bırakmayı istemeyen hemşirelerin [3 (0-10)] ortancasına istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan sigara kullanan hemşirelerin hemşirelik yapma sürelerine göre FNBT toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12: Sigara kullanan hemşirelerin hemşirelik yapma sürelerine göre FNBT toplam puanlarının karşılaştırılması

	Hemşirelik Yapma Süresi	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p	Post Hoc (Mann-Whitney U Testi)
FNBT Toplam	0-3 yıl arası	2,63 $\pm$ 2,71	2 (0-9)	18,540	<0,001	a ile c; a ile d; b ile c; b ile d (p<0,05)
	3-5 yıl arası	3,09 $\pm$ 2,29	3 (0-9)			
	5-10 yıl arası	4,70 $\pm$ 2,76	4 (0-9)			
	10 yıl ve üzeri	4,89 $\pm$ 2,84	5 (0-10)			

H: Kruskal-Wallis H Testi

0-3 yıl arası:a; 3-5 yıl arası:b; 5-10 yıl arası:c; 10 yıl ve üzeri:d

Araştırmaya katılan sigara kullanan hemşirelerin hemşirelik yapma sürelerine göre FNBT toplam puanları arasında ($H=18,540$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Post Hoc Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre, 0-3 yıl hemşirelik yapanların (a) bağımlılık düzeyi ortancasının, 5-10 yıl hemşirelik yapanların (c) ortancasından anlamlı derecede daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Aynı şekilde, 0-3 yıl hemşirelik yapanların (a) bağımlılık düzeyi, 10 yıl ve üzeri hemşirelik yapanların (d) bağımlılık düzeyinden de anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p < 0,05$).

Ayrıca, 3-5 yıl hemşirelik yapanların (b) bağımlılık düzeyi ortancasının, 5-10 yıl hemşirelik yapanların (c) ve 10 yıl ve üzeri hemşirelik yapanların (d) ortancasından anlamlı derecede daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Bu bulgular, hemşirelik süresi arttıkça nikotin bağımlılık düzeyinin anlamlı bir şekilde yükseldiğini göstermektedir.

Araştırmaya katılan sigara kullanan hemşirelerin çalışılan birimlere göre FNBT toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13: Sigara kullanan hemşirelerin çalışılan birimlere göre FNBT toplam puanlarının karşılaştırılması

	Çalışılan Birim	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p	Post Hoc (Mann-Whitney U Testi)
FNBT Toplam	Servis	$4,80 \pm 2,81$	4 (0-10)	9,434	0,024	a ile c ($p<0,05$)
	Cerrahi birimler	$4,00 \pm 2,73$	4 (0-10)			
	Özel birimler	$3,13 \pm 2,64$	3 (0-8)			
	Diğer	$3,33 \pm 2,84$	4 (0-8)			

H: Kruskal-Wallis H Testi

Servis; a Cerrahi birimler; b; Özel birimler; c; Diğer: d

Araştırmaya katılan sigara kullanan hemşirelerin çalışılan birimlerine göre FNBT toplam puanları arasında ($H=9,434$; $p<0,05$ Post Hoc Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre, servis biriminde çalışanların bağımlılık düzeyi ortancasının, özel birimlerde çalışanların bağımlılık düzeyinden anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Araştırmaya katılan sigara kullanan hemşirelerin görev yapılan hastane yatak büyüklüğüne göre FNBT toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 14’te verilmiştir.

Tablo 14: Sigara kullanan hemşirelerin görev yapılan hastane yatak büyüklüğüne göre FNBT toplam puanlarının karşılaştırılması

	Görev Yapılan Hastane Yatak Büyüklüğü	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
FNBT Toplam	0-50 arası	4,62±3,15	4 (0-10)	1,961	0,375
	50-100 arası	4,39±2,64	4 (0-10)		
	100 ve üzeri	3,78±2,53	4 (0-8)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

Araştırmaya katılan sigara kullanan hemşirelerin görev yapılan hastane yatak büyüklüğüne göre FNBT toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

Araştırmaya katılan sigara kullanan hemşirelerin mesleğin stresli olduğunu düşünme durumlarına göre FNBT toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 15’te verilmiştir.

Tablo 15: Sigara kullanan hemşirelerin mesleğin stresli olduğunu düşünme durumlarına göre FNBT toplam puanlarının karşılaştırılması

	Mesleğin Stresli Olduğunu Düşünme Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
FNBT Toplam	Stres yok	4,40±3,07	4 (0-8)	0,017	0,992
	Az stresli	4,35±2,85	4 (0-10)		
	Stresli	4,26±2,79	4 (0-10)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

Araştırmaya katılan sigara kullanan hemşirelerin mesleğin stresli olduğunu düşünme durumlarına göre FNBT toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

Bu çalışmada, sigara kullanan hemşirelerin “hemşirelik mesleği yapılmasaydı sigara kullanma durumu” ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) toplam puanları arasındaki ilişki Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Tablo 16, hemşirelik mesleği yapılmasaydı sigara kullanacaklarını veya kullanmayacaklarını belirten

hemşirelerin FNBT toplam puanlarının ortalamalarını, medyanlarını ve Mann-Whitney U testi sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 16: FNBT Sonuçları ve Hemşirelik Mesleğinin Yapılmadığı Durumda Sigara Kullanma Durumu İlişkisi

	Hemşirelik Olmasaydı Sigara Kullanımı	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
FNBT Toplam	Evet	4,34 $\pm$ 2,84	4 (0-10)	1655	0,878
	Hayır	4,11 $\pm$ 2,73	5 (0-8)		

U: Mann-Whitney U Testi

Sonuçlar, hemşirelik mesleği yapılmıyaydı sigara kullanacağını belirten hemşirelerin FNBT ortalamasının 4,34 $\pm$ 2,84, kullanmayacağını belirtenlerin ise 4,11 $\pm$ 2,73 olduğunu göstermektedir. Medyan değerler sırasıyla 4 ve 5'tir. Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre (U = 1655, p = 0,878), iki grup arasında FNBT toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sigara kullanan hemşirelerin "hemşire olduktan sonra sigaraya başlama durumu" ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) toplam puanları arasındaki ilişki Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Tablo 16, hemşirelik mesleğine başladıktan sonra sigaraya başlayan ve öncesinde başlamış olan hemşirelerin FNBT toplam puanlarının ortalamalarını, medyanlarını ve Mann-Whitney U testi sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 17: Sigara kullanan hemşirelerin hemşire olduktan sonra sigaraya başlama durumlarına göre FNBT toplam puanlarının karşılaştırılması

	Hemşire Olduktan Sonra Sigaraya Başlama Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
FNBT Toplam	Evet	3,88 $\pm$ 2,79	4 (0-8)	2936,5	0,328
	Hayır	4,44 $\pm$ 2,84	4 (0-10)		

U: Mann-Whitney U Testi

Sonuçlar, hemşire olduktan sonra sigaraya başlayanların FNBT ortalamasının 3,88 $\pm$ 2,79, öncesinde sigaraya başlamış olanların ortalamasının ise 4,44 $\pm$ 2,84 olduğunu göstermektedir. Her iki grup için de medyan değer 4'tür. Mann-Whitney U testi

sonuçlarına göre ($U = 2936,5$, $p = 0,328$), iki grup arasında FNBT toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sigara kullanan hemşirelerin sigaraya başlama yaşı ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) toplam puanları arasındaki ilişki Spearman Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı ® kullanılarak analiz edilmiştir. Tablo 18, sigaraya başlama yaşı ile FNBT toplam puanları arasındaki korelasyonu göstermektedir.

Tablo 18: Sigara kullanan hemşirelerin sigaraya başlama yaşları ile FNBT toplam puanları arasındaki korelasyon katsayısı

	FNBT Toplam	
	r	p
Sigaraya Başlama Yaşı	-0,298	<0,001***

r: Spearman Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı

*** $p < 0,001$

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, Türkiye genelinde aktif olarak çalışan hemşireler arasında sigara kullanımı, bağımlılık düzeyleri ve demografik-mesleki faktörlerin incelendiği araştırmamızın bulguları, mevcut literatürle karşılaştırılarak detaylı bir şekilde tartışılmaktadır. Çalışmamızda, sigara kullanımı ve bağımlılık düzeylerini anlamak için Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) kullanılmıştır. Bulgular, hemşirelerin sigara kullanımıyla ilgili önemli ipuçları sunmakta ve mesleki stres, çalışma şekli, medeni durum ve eğitim düzeyi gibi faktörlerin sigara bağımlılığı üzerindeki etkilerini detaylandırmaktadır.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar, hemşireler arasında sigara kullanımının oldukça yaygın olduğunu ve bu durumun sağlık profesyonellerinin toplumdaki rolüyle çeliştiğini göstermektedir. Hemşirelerin %57,8'inin sigara kullanması, Aktürk ve arkadaşlarının (2024) çalışmasında bildirilen %35,9'luk oranla karşılaştırıldığında daha yüksek bir değer olsa da her iki çalışma, hemşireler arasında sigara kullanımının önemli bir sorun olduğunu vurgulamaktadır. Sağlık çalışanlarının sigara kullanımı, sağlıklı yaşam alışkanlıklarını teşvik etme görevleri ile doğrudan çatışmaktadır ve bu durum toplumda olumsuz bir örnek teşkil etmektedir. Hem Okutan ve arkadaşlarının (2007) %57'lik bulgusu hem de bu çalışmalardaki benzer oran, sağlık profesyonelleri arasında sigara kullanımının yaygın olduğunu ve sigara karşıtı programların bu grupta etkili olmadığını göstermektedir. Bu nedenle, sağlık profesyonellerine yönelik daha etkin sigara bırakma programlarına ihtiyaç olduğu açıktır. Ayrıca, Günal ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında hemşirelik ve ebelik öğrencileri arasında sigara kullanımının %8,1 olarak belirlenmesi, meslek grupları ve yaş düzeyleri arasında sigara kullanım oranlarının farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Aliskin ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada, Mustafa Kemal Üniversitesi'nde çalışan sağlık personelinde sigara kullanma oranı %27 olarak saptanmıştır. Sağlık personeli arasında sigara içme oranı, çalışmamıza kıyasla belirgin derecede daha düşük bulunmuştur. Bu farklılık, hem mesleki koşullar hem de bölgesel faktörlerden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamızın bulguları, sigara kullanım oranlarının hemşirelerin medeni durumlarına göre anlamlı farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bekar hemşireler arasında sigara kullanma oranı %51,8 olarak bulunurken, evli hemşireler arasında bu oran %48,2'dir. Buna karşılık, sigara kullanmayan hemşirelerin %70,8'i evlidir. Bu veriler,

sigara kullanımı ile medeni durum arasındaki ilişkinin sosyal destek mekanizmaları ile bağlantılı olabileceğine işaret etmektedir. Evli hemşirelerin, genellikle daha güçlü sosyal destek sistemlerine sahip olabileceği ve bu nedenle stresle başa çıkmada sigaraya daha az başvurabileceği düşünülebilir. Öte yandan, bekar hemşireler arasında sigara kullanımının daha yüksek olması, bu grubun stres yönetimi için sigarayı bir başa çıkma mekanizması olarak kullanabileceğini düşündürmektedir. Bu sonuçlar, uluslararası literatürdeki benzer çalışmalarla da uyum göstermektedir. Örneğin, Darias-Curvo, Hernández Padilla ve Díaz Gómez'in (2018) İspanya'da hemşireler üzerinde gerçekleştirdiği bir çalışmada da evli bireylerde sigara kullanım oranının daha düşük olduğu, sigara kullanımının ise daha çok bekar bireyler arasında yoğunlaştığı belirtilmiştir. Medeni durumun, sigara kullanımı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olabileceği ve sosyal destek sistemlerinin bu süreçte belirleyici rol oynadığı bu çalışmada da gözlemlenmiştir. Bulgularımız, Aliskin ve arkadaşlarının (2016) çalışması ile de uyum içerisindedir. Aliskin ve arkadaşları, bekar sağlık çalışanları arasında sigara kullanım oranını %43,4 olarak saptamışlardır. Her iki çalışmada da bekar sağlık çalışanlarının sigara kullanma oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu veriler, medeni durumun sigara kullanımını etkileyen önemli bir değişken olduğunu ve evli bireylerin sahip olduğu sosyal destek mekanizmalarının, sigarayı bırakma ya da hiç başlamama konusunda etkili olabileceğini ortaya koymaktadır.

Araştırmamızda, sigara kullanan ve kullanmayan hemşireler arasındaki eğitim düzeylerine bakıldığında, anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Sigara kullanan hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%70,1) üniversite mezunu olması, eğitim düzeyi ile sigara kullanımı arasında önemli bir ilişki olduğunu göstermektedir. Buna karşılık, sigara kullanmayan hemşireler arasında üniversite mezunu olanların oranı daha düşük olup, lisansüstü eğitim almış hemşirelerin oranı (%17,4), sigara kullananlara kıyasla (%9,1) daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular, sigara kullanımının eğitim düzeyi ile ilişkili olduğunu ve eğitim düzeyi yükseldikçe sigara kullanımının azaldığını göstermektedir.

Bu sonuçlar, Okutan ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında elde edilen bulgularla paralellik göstermektedir. Okutan ve arkadaşları, sigara kullanan üniversite mezunu hemşirelerin oranını %63,7 olarak bildirmiştir. Benzer şekilde, İspanya'da yapılan bir çalışmada (Darias-Curvo, Hernández Padilla ve Díaz Gómez, 2018), eğitim seviyesi ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu, eğitim düzeyi arttıkça sigara kullanım oranlarının azaldığı saptanmıştır. Bu bulgular, sigara bağımlılığını azaltmak için özellikle

üniversite mezunu hemşirelere yönelik hedeflenmiş eğitim programlarının ve sigara karşıtı kampanyaların önemini vurgulamaktadır. Eğitim seviyesinin yükselmesi, sağlık çalışanları arasında sigara kullanımının azalmasına katkı sağlayabilecek önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Günlük sigara içme adetleri açısından, sigara kullanan hemşirelerin %45,2'si günde 11-20 sigara içtiğini belirtmiştir, bu oran orta düzeyde bir bağımlılık riskini işaret etmektedir. Ancak, günde 21-40 adet sigara içenlerin oranı %25,4 ve 41'den fazla sigara içenlerin oranı %5,6 olarak tespit edilmiştir. Bu bulgular, günlük sigara tüketim miktarının yüksek olduğunu ve bağımlılığın derinleşmesine neden olabileceğini göstermektedir. Fernández-García ve arkadaşlarının (2020) çalışması, yoğun iş temposu ve stresin, sigara tüketimini artırıcı bir faktör olarak öne çıktığını göstermiştir.

Nikotin bağımlılığı ile mücadelede sigarayı bırakma isteği, bireylerin sigarayı bırakma süreçlerindeki başarısını etkileyen kritik bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırmamızda, sigara kullanan hemşirelerin %66,0'sının sigarayı bırakma isteği taşıdığı, %34,0'ünün ise bu isteği göstermediği tespit edilmiştir. Bu bulgu, sigarayı bırakma arzusu taşımayan hemşirelerin daha derin bir bağımlılığa sahip olabileceğini ve bu grubun sigarayı bırakmada daha fazla zorluk yaşayabileceğini düşündürmektedir. Bülbüloğlu ve Çolak'ın (2020) çalışması, hemşirelerin %9,4'ünün sigarayı bırakmayı denediğini ancak başarısız olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgu, sigarayı bırakmaya çalışan hemşirelerin bağımlılıkla başa çıkmada karşılaştıkları zorlukları işaret etmektedir. Bununla birlikte, araştırmamızda sigarayı bırakma isteği gösteren hemşire oranının (%66,0) Aliskin ve arkadaşlarının (2016) çalışmasındaki %63,0 ile benzer olması, sigara bırakma eğiliminin hemşireler arasında genel olarak yüksek olduğunu göstermektedir. Ancak her iki çalışmada da sigarayı bırakma isteği taşıyan kişilerin belirli bir kısmının, bırakma sürecinde başarısız oldukları gözlemlenmiştir. Bu durum, sigarayı bırakma isteğinin her ne kadar önemli bir motivasyon kaynağı olsa da bağımlılığın derinliği ve bırakma sürecindeki bireysel zorlukların, bu isteğin başarılı bir şekilde uygulanmasını engelleyebileceğini göstermektedir.

Araştırmamızın bulguları, hemşirelerin sigara kullanımında en yaygın nedenlerin alışkanlık ve stres yönetimi olduğunu ortaya koymaktadır. Sigara, özellikle hemşirelik gibi stresli mesleklerde yaygın bir stres giderici olarak kullanılmaktadır. Sigara içme davranışlarının yalnızca fiziksel bağımlılıkla sınırlı kalmayıp, sıkıntılardan kaçış, dikkat

dağıtma ve yalnızlık gibi psikolojik nedenlerle de ilişkili olduğu gözlenmiştir. Bu durum, sigara içme davranışının hem fiziksel hem de psikolojik bağımlılık boyutlarını vurgulamaktadır. Bülbüloğlu ve Çolak'ın (2020) araştırmasında da stresin sigara kullanımında önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir. Onların çalışmasında, yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin %56'sı stresi sigara kullanma nedeni olarak belirtirken, bizim çalışmamızda bu oran %47,2 olarak tespit edilmiştir. Her iki çalışma da hemşireler arasında stresin sigara kullanımını artıran bir etken olduğunu doğrulamaktadır.

Benzer şekilde, Moldovya'da Lilia (2021) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, sağlık çalışanlarının stresle başa çıkma mekanizması olarak sigara kullanımına yöneldiği belirlenmiştir. Bu bulgular, hemşirelik mesleğinde stresin yaygın olduğu ve bu stresle başa çıkmada sigaranın bir araç olarak kullanıldığı gerçeğini pekiştirmektedir. Bu noktada, sigara içme davranışını sadece nikotin bağımlılığı üzerinden değerlendirmek yeterli olmayıp, aynı zamanda iş hayatının getirdiği psikolojik stres faktörleri ile de ilişkilendirmek gerektiği açıktır.

Araştırmamızda, mesleki stres algısı ile sigara bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Katılımcıların büyük bir kısmı, bağımlılık düzeylerinden bağımsız olarak mesleklerini "az stresli" olarak tanımlamaktadır. Örneğin, çok düşük bağımlılık düzeyine sahip hemşirelerin %51,9'u, düşük bağımlılık düzeyine sahip olanların ise %54,0'ı mesleklerini az stresli bulmaktadır. Bu bulgu, meslek algısının bağımlılık düzeyi ile doğrudan bir ilişki kurmadığını ortaya koymaktadır. Mesleki stresin sigara bağımlılığı üzerinde doğrudan bir etkisinin olmadığı, ancak iş yükü ve nöbet gibi diğer faktörlerin bağımlılığı etkileyebileceği anlaşılmaktadır. Bu sonuçlar, Ergün ve arkadaşlarının (2016) çalışması ile de uyum göstermektedir. Ergün ve arkadaşları, yoğun bakım ünitesinde çalışan sağlık personelinin %86,6'sının iş yükü nedeniyle stres yaşadığını ve bu stresin depresyon ile anksiyete riskini artırdığını belirtmiştir. Ayrıca, nöbet sistemiyle çalışan sağlık çalışanları arasında sigara içme oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, özellikle stresin ve düzensiz çalışma saatlerinin sigara kullanımını teşvik ettiğini ve sigara içme davranışının yalnızca fiziksel bağımlılık değil, aynı zamanda psikolojik zorlanmalarla da ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Araştırmamızda çalışma şeklinin sigara kullanımı üzerindeki etkisi de belirgin bir şekilde gözlemlenmiştir. Vardiyalı sistemde çalışan hemşirelerin %53,4'ü sigara kullanırken, sürekli gündüz çalışan hemşirelerin %43,8'i sigara kullanmamaktadır. Bu

bulgular, düzensiz çalışma saatlerinin ve gece nöbetlerinin sigara kullanımını artıran faktörler arasında yer aldığını göstermektedir. Ayrıca, hem nöbet hem de mesai kombinasyonu ile çalışan hemşireler arasında sigara kullanma oranı %42,4 ile yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar, düzensiz çalışma koşullarının, özellikle de gece nöbetlerinin, sigara kullanımını artırdığını ve çalışma şekli ile sigara bağımlılığı arasında güçlü bir ilişki olabileceğini işaret etmektedir. Sonuç olarak, mesleki stres algısı ile sigara bağımlılığı arasında doğrudan bir ilişki saptanamasa da, vardiyalı çalışma sistemi, düzensiz çalışma saatleri ve iş yükünün, sigara kullanımını teşvik eden önemli faktörler olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durum, sağlık çalışanları için daha iyi çalışma koşullarının oluşturulmasının sigara bağımlılığı ile mücadelede etkili bir strateji olabileceğini göstermektedir. Çalışma şekli ile sigara bağımlılığı arasında güçlü bir ilişki olabileceğini gösteren bu bulgular, literatürdeki diğer çalışmalarla da desteklenmektedir. Örneğin, Cofta ve Staszewski (2008), gece nöbeti tutan sağlık çalışanlarının stresle başa çıkmak amacıyla daha fazla sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Aynı şekilde, Sanderson ve arkadaşları (2005), fiziksel iş yükü ve düşük iş kontrolünün sigara içme davranışlarını artıran önemli etmenler olduğunu vurgulamıştır. Bu sonuçlar, düzensiz çalışma saatlerinin ve yüksek iş yükünün sigara kullanımını teşvik eden unsurlar olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışma sonuçları, sigara kullanımının mesleki faktörlerle önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermektedir. Çalışılan birimlere göre sigara kullanımı incelendiğinde, servis birimlerinde çalışan hemşireler arasında sigara kullanma oranının (%61,4) daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum, servis birimlerinde çalışan hemşirelerin iş yükü ve hasta yoğunluğunun daha fazla olması nedeniyle sigara kullanma eğilimlerinin yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Sarna ve arkadaşlarının 2009 çalışması da yoğun iş temposunun sigara kullanımını artırdığını doğrulamaktadır.

Çalışmamızda mesleki stres ile sigara kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde, sigara kullanan hemşirelerin %47,2'sinin stres gidermek amacıyla sigara içtiği belirlenmiştir. Ancak, mesleki stres algısı ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasında doğrudan bir ilişki saptanamamıştır. FNBT sonuçlarına göre, mesleklerini "az stresli" olarak tanımlayan hemşirelerin bağımlılık düzeyleri ile "stresli" olarak tanımlayan hemşirelerin bağımlılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu bulgu, mesleki stresin nikotin bağımlılığı üzerindeki etkisinin daha

karmaşık dinamiklerle şekillendiğini düşündürmektedir. Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde ise; Ota ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, sigara kullanan hemşirelerin psikolojik iş taleplerine bağlı olarak nikotin bağımlılık düzeylerinde artış olduğu tespit edilmiştir. Aynı şekilde, Tselebis ve arkadaşlarının (2001) gerçekleştirdiği araştırmada, hemşirelerin sigara içme miktarlarının mesleki kaygı ve stres ile pozitif bir korelasyon gösterdiği rapor edilmiştir. Bu bulgular, mesleki stresin sigara kullanım davranışını tetikleyebileceğini göstermektedir. Ancak, çalışmamızda mesleki stres ile nikotin bağımlılığı arasındaki doğrudan ilişkiyi destekleyen bulgular elde edilememesi, sigara kullanımının yalnızca stresle ilişkili olmadığına, bireysel, psikososyal ve çevresel faktörlerin de bu süreci etkilediğine işaret edebilir. Mesleki stresin sigara kullanımına etkisi, bireylerin sigara kullanımını bir başa çıkma stratejisi olarak benimseme derecesine göre değişebilir. Özellikle sağlık çalışanları gibi yüksek stres altındaki meslek gruplarında, sigara kullanımına ilişkin müdahaleler, stres yönetimi stratejileriyle birleştirilerek daha etkili sonuçlar verebilir.

Bu çalışmada, sigara kullanan hemşirelerin nikotin bağımlılık düzeyleri Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ile değerlendirilmiş ve elde edilen sonuçlar bazı önemli bulgular sunmuştur. FNBT sonuçlarına göre, çalışmamıza katılan sigara kullanan hemşirelerin %25,4'ü yüksek bağımlılık düzeyine sahip bulunmuştur. Bu sonuçlar, Aliskin ve arkadaşlarının (2016) yaptığı araştırmayla karşılaştırıldığında dikkat çekici bir farklılık göstermektedir; söz konusu çalışmada sağlık personelinin yalnızca %18'i yüksek bağımlılık düzeyinde tespit edilmiştir. İki çalışma arasındaki farklılıklara rağmen, sigara bağımlılık düzeylerinin halk sağlığı açısından ciddi bir sorun teşkil ettiği aşikardır.

Çalışmamızda hemşirelerin FNBT puan ortalaması $4,32 \pm 2,83$ olarak hesaplanmıştır. Bu oran, Aliskin ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında sağlık personeli için bildirilen 3,6 puanlık ortalamadan daha yüksek bir seviyeyi işaret etmektedir. Bu bulgu, sigara bağımlılığının bölgesel ve mesleki faktörlere göre değişiklik gösterebileceğini düşündürmektedir. Bölgesel ve mesleki farklar, sigara kullanımındaki sosyal, kültürel ve çevresel etkilerle de ilişkili olabilir. Çalışmamızdaki bulgular, hemşireler arasında sigara bağımlılık düzeylerinin çoğunlukla düşük ve orta seviyelerde olduğunu göstermektedir. Bu durum, Tayvan'da Huang ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan ve FNBT ile ortalama bağımlılık skorunun $4,8 \pm 2,4$ olarak raporlandığı çalışma

ile de uyumludur. Her iki araştırma da sağlık çalışanları arasında bağımlılık seviyelerinin genellikle orta düzeyde olduğunu ortaya koymuştur. Bu noktada sağlık çalışanlarının sigara bağımlılığı ile mücadelede kritik bir grup olduğunun altını çizmek gerekmektedir. Sağlık çalışanları, toplumda sigara bırakma konusundaki öncülük rolüne sahip olmalarına karşın, kendilerinin de sigara bağımlılığı ile karşı karşıya kalmaları, bu konuda daha fazla destek ve müdahale gerektiğini göstermektedir (Huang et al., 2008). Özellikle bağımlılık düzeyleri yüksek olan sağlık çalışanlarının, sigara bırakma konusunda özel programlarla desteklenmesi halk sağlığı açısından önemli bir adım olacaktır.

Medeni durum ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hem evli hem de bekar hemşirelerin bağımlılık düzeyleri birbirine oldukça yakın olup, bu bulgu medeni durumun sigara bağımlılığı üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olmadığını göstermektedir. Sigara bağımlılığı, daha çok bireysel alışkanlıklar ve stres yönetimi gibi faktörlerle ilişkili olabilir. Bununla birlikte, Aktürk ve arkadaşlarının (2024) çalışmasında, evli hemşirelerin bağımlılık düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu fark, sosyal destek mekanizmaları, aile sorumlulukları ve yaşam tarzı farklılıklarına bağlı olabilir. Ayrıca, Okutan ve arkadaşları (2007) da medeni durumun sigara bağımlılığı üzerindeki etkilerini incelediklerinde, evli bireylerde sigara kullanımının daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Bu bulgular, medeni durumun bazı bağlamlarda bağımlılık düzeylerini etkileyebileceğini, ancak bunun genel bir kural olmayabileceğini göstermektedir.

Eğitim durumu ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, çalışmamızda lise mezunu hemşirelerin bağımlılık puanlarının üniversite ve lisansüstü mezunlarına göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu, eğitim seviyesinin artışıyla sigara bağımlılığının azalabileceğini gösterse de bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. Benzer şekilde, Aktürk ve arkadaşlarının (2024) çalışması da eğitim düzeyinin sigara bağımlılığı üzerinde belirgin bir etkisi olmadığını desteklemektedir. Bülbüloğlu ve Çolak'ın (2020) çalışmasında da lisans ve üstü mezunların sigara bağımlılık düzeylerinin düşük olduğu gözlenmiştir. Eğitim seviyesi arttıkça bağımlılık puanlarında azalma olduğu görülse de, her iki çalışmada da bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgular, eğitim seviyesinin nikotin bağımlılığı üzerindeki etkisinin sınırlı olduğunu göstermektedir.

Günlük sigara içme miktarı ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) puanları arasında elde edilen sonuçlar, sigara tüketiminin artmasıyla bağımlılık düzeylerinin de yükseldiğini ortaya koymaktadır ($p < 0,001$). Elde ettiğimiz bulgulara göre, sigara içme miktarı ile bağımlılık arasında güçlü bir ilişki saptanmış ve özellikle günde 21-40 adet veya 41 ve üzeri sigara içen hemşirelerin bağımlılık seviyelerinin diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgular, Aktürk ve arkadaşlarının (2024) çalışması ile paralellik göstermekte olup, sigara tüketimindeki artışın bağımlılık seviyelerini derinleştirdiği yönündeki literatürü desteklemektedir. Bülbüloğlu ve Çolak'ın araştırmasında da benzer şekilde, günde 31 adet veya daha fazla sigara tüketen hemşirelerin yüksek bağımlılık seviyelerine sahip oldukları bildirilmiştir. Her iki çalışma, günlük sigara içme miktarının bağımlılık düzeyini doğrudan etkilediğini ve bu ilişkinin sigara tüketimi arttıkça daha belirgin hale geldiğini göstermektedir. Bu sonuçlar, hem bağımlılığın şiddeti hem de sigara kullanımının yaygınlığı açısından dikkat çekici olup, hemşireler arasında sigara bağımlılığının daha derin sebepleri olabileceğini düşündürmektedir.

Ayrıca, İspanya'da hemşireler üzerinde yapılan çalışmada (Hernández Padilla vd., 2018) da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Günde yüksek miktarda sigara tüketen bireylerde bağımlılık seviyelerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu veriler, uluslararası literatürle uyumlu bir şekilde, sigara içme miktarı arttıkça bağımlılık düzeylerinin de paralel olarak yükseldiğini göstermekte ve sigara bağımlılığının hemşireler arasında önemli bir sorun teşkil ettiğini desteklemektedir.

Çalışmamızda, sigarayı bırakma isteğinde bulunan hemşirelerin nikotin bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olması (FNBT ortalaması 4,85) dikkat çekici bir bulgu olarak ortaya çıkmıştır. Bu sonuç, sigara bağımlılığı arttıkça bireylerin sigarayı bırakma isteğinin de arttığını göstermektedir. Bağımlılık düzeyi yüksek bireylerde sigara bırakma ihtiyacının daha fazla hissedilmesi, bağımlılığın yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerinin farkındalığını artırmış olabilir. Bu bulgu, literatürdeki bazı çalışmalarla paralellik göstermektedir. Huang ve arkadaşları (2008), nikotin bağımlılığı yüksek olan bireylerin sigarayı bırakma motivasyonunun daha güçlü olduğunu belirtmiş ve bu bireylerin sigarayı bırakma ihtiyacını daha fazla hissettiklerini vurgulamıştır. Ancak, diğer araştırmalarda farklı sonuçlar da bildirilmiştir. Örneğin, Okutan ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada, nikotin bağımlılık düzeyi ile sigarayı bırakma

isteği arasında ters bir ilişki olduğu, bağımlılık düzeyi yüksek bireylerin bırakma isteğinin daha düşük olduğu ifade edilmiştir. Bu farklılıklar, bağımlılık düzeyinin bireyin sigarayı bırakma motivasyonunu nasıl etkilediği konusunda karmaşık bir tablo sunmaktadır.

Sigara kullanan hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre bağımlılık düzeyleri incelendiğinde, meslekte daha uzun süre çalışan hemşirelerde bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, meslek deneyimi arttıkça sigara kullanımının da arttığını ve sigara bağımlılığının yükseldiğini göstermektedir. Çalışma süresi arttıkça sigara kullanma eğiliminin artması, literatürde de desteklenmektedir. Uzun süreli stresli çalışma koşulları ve nöbetler gibi faktörlerin sigara kullanımını tetiklediği belirtilmektedir (Martínez vd., 2021).

Araştırmada, çalışılan birim ile sigara bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Servis birimlerinde çalışan hemşirelerin bağımlılık düzeyleri, özel birimlerde çalışanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, servis birimlerinde çalışan hemşirelerin yoğun iş yükü altında daha fazla sigara tüketerek stresle başa çıkmaya çalıştığını göstermektedir. Özel birimlerde çalışan hemşirelerin bağımlılık düzeylerinin düşük olması ise bu birimlerdeki çalışma koşullarının daha yönetilebilir olmasına bağlı olabilir. Bu bulgular, Aliskin ve arkadaşlarının (2016) çalışmasındaki verilerle de örtüşmektedir. Söz konusu çalışmada, cerrahi branşta çalışan sağlık profesyonelleri arasında sigara kullanım oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Cerrahi birimlerdeki yoğun çalışma temposu ve stresli çalışma ortamı, sigara kullanımını tetikleyen bir faktör olarak ön plana çıkmaktadır. Bu bulgular, pandeminin birinci basamak sağlık çalışanları üzerindeki etkilerini inceleyen Gaur ve arkadaşlarının (2021) araştırmasıyla da uyumludur. Gaur ve arkadaşları (2021) pandeminin sağlık çalışanları üzerindeki iş yükü ve stresin nikotin bağımlılığına yol açtığını belirtmişlerdir. Her iki çalışmada da iş kaynaklı stresin sigara kullanımı üzerindeki etkisi vurgulanmaktadır. Sağlık çalışanlarının stres yönetimi programları ile desteklenmesinin sigara içme davranışını azaltabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Gaur ve ark., 2021).

Hastane yatak kapasitesi ile sigara bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu bulgu, hastanenin büyüklüğü ve sigara bağımlılığı arasında doğrudan bir ilişki olmadığını göstermektedir. Dolayısıyla, hem büyük hem de küçük kapasiteli hastanelerde çalışan hemşireler arasında sigara bağımlılığı benzer seviyelerde seyretmektedir.

Araştırmada, mesleki stres algısı ile sigara bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Sigara kullanan hemşirelerin bağımlılık düzeyleri, mesleklerini stresli ya da az stresli bulmalarına göre farklılık göstermemiştir. Bu bulgu, sigaranın stres yönetiminde kullanıldığına dair yaygın inancın her zaman bağımlılık düzeyleri üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olmadığını göstermektedir. Önceki çalışmalara baktığımızda, Perdikaris ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan literatür taraması da, hemşirelerin sigara kullanma alışkanlıklarını etkileyen sosyal ve psikolojik faktörlere işaret etmektedir. Özellikle, mesleki stresin, sigara kullanımını artırdığı ve bu durumun medeni durum gibi sosyal değişkenlerle de ilişkili olabileceği belirtilmiştir (Perdikaris et al., 2010).

Araştırmada, hemşirelik mesleğini yapmasalardı sigara kullanacaklarını belirten hemşireler ile kullanmayacaklarını belirten hemşireler arasında nikotin bağımlılık düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgu, sigara kullanımının sadece mesleki faktörlere bağlı olmadığını, bireysel alışkanlıklar ve sosyal faktörlerin de etkili olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin sigaraya başlama yaşı ortalama $20,27 \pm 3,97$ yıl olarak belirlenmiştir. Benzer şekilde, Huang ve arkadaşlarının (2008) Tayvan'da gerçekleştirdikleri çalışmada sigara kullananların ortalama sigaraya başlama yaşı 19,6 olarak rapor edilmiştir. Bu benzerlikler, sigaraya erken yaşlarda başlamanın bağımlılık üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Erken yaşlarda sigaraya başlama, bağımlılık düzeylerinin artmasıyla ilişkilidir ve bu bulgular, sağlık çalışanlarının sigara kullanımıyla mücadelede daha fazla desteklenmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Huang et al., 2008).

Sigaraya başlama yaşının erken olması, bağımlılığın daha derinleşmesine ve zamanla sigara kullanımının kalıcı hale gelmesine neden olabilmektedir. Bu bağlamda, erken yaşta sigara kullanımını önlemek, sigara bağımlılığı ile mücadelede kilit bir strateji olarak ele alınmalıdır. Yiğitalp'in (2015) hemşirelik öğrencilerinin sigara bağımlılığını etkileyen faktörler üzerine yaptığı çalışmasında sigaraya ortalama başlama yaşının 16.1 olduğunu tespit edilmiştir. Bu veri, sigaraya başlama yaşının daha da erken dönemlerde olduğunu ortaya koymakta ve genç yaşta sigara kullanımını önlemeye yönelik müdahalelerin önemini vurgulamaktadır.

Çalışmada, sigaraya başlama yaşı ile bağımlılık düzeyleri arasında negatif yönlü, orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r = -0,298$). Bu bulgu, sigaraya erken yaşlarda başlayan hemşirelerin bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, genç yaşta sigaraya başlamanın bağımlılık düzeyini artırdığını ve bu bireylerin nikotin bağımlılığından kurtulmada daha fazla zorluk yaşayabileceğini ortaya koymaktadır. Yiğitalp'in (2015) çalışmasında da genç yaşta sigaraya başlamanın bağımlılığın şiddetini artırdığı belirtilmektedir. Bu nedenle, özellikle genç yaşlarda sigara kullanımını önleyici stratejiler geliştirilmesi gerekmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada, Türkiye genelinde aktif olarak çalışan 341 hemşireye sigara kullanma durumu, sigaraya başlama yaşı, bağımlılık düzeyleri ve mesleki faktörler çerçevesinde çeşitli analizler yapılmıştır. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) kullanılarak sigara kullanan hemşirelerin bağımlılık düzeyleri değerlendirilmiş ve sigara kullanımı ile ilgili demografik ve mesleki değişkenler arasındaki ilişkiler detaylı bir şekilde incelenmiştir.

Araştırmanın sonuçlarına göre sigara kullanan ve sigara kullanmayan hemşirelerin medeni durumları arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Sigara kullanan hemşirelerin %51,8'i bekar iken, sigara kullanmayanların yalnızca %29,2'si bekadır. Buna karşılık, sigara kullanan hemşirelerin %48,2'si evli iken, sigara kullanmayan hemşirelerin %70,8'i evlidir. Bu bulgular, sigara kullanımı ile medeni durum arasındaki ilişkiyi açık bir şekilde göstermektedir. Özellikle sigara kullanan hemşireler arasında bekar olma oranının yüksek olması, sigara kullanımının sosyal ve kişisel faktörlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bekar olmanın, sigara kullanımı üzerinde bir etkiye sahip olabileceği, sosyal destek mekanizmalarının eksikliği veya kişisel stres faktörleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Evli hemşireler arasında sigara kullanma oranının daha düşük olması ise sosyal sorumluluklar ve aile desteği gibi faktörlerle açıklanabilir.

Eğitim durumu açısından yapılan analizlerde de anlamlı farklar bulunmuştur. Sigara kullanan hemşirelerin %20,8'i lise mezunu iken, sigara kullanmayan hemşirelerin %9,7'si lise mezunudur. Üniversite mezunları her iki grup arasında benzer oranlarda iken (%70,1 ve %72,9), lisansüstü eğitim almış hemşireler arasında sigara kullanmayanların oranı daha yüksektir (%17,4). Bu bulgu, eğitim seviyesi arttıkça sigara kullanma oranının düştüğünü göstermektedir. Eğitim düzeyinin yüksekliği, sağlık bilgisi ve farkındalığın artışıyla ilişkilendirilebilir ve bu durum, sigara kullanımının azalmasına katkı sağlayabilir. Sigara kullanım oranlarının lise mezunları arasında daha yüksek olması ise düşük eğitim seviyesinin sigara kullanımını tetikleyen bir faktör olabileceğini ortaya koymaktadır.

Araştırmaya katılan sigara kullanan hemşirelerin sigara alışkanlıkları incelendiğinde, önemli bulgular elde edilmiştir. Sigara kullanan hemşirelerin sigaraya başlama yaşı ortalama $20,27 \pm 3,97$ yıl olarak belirlenmiştir. Bu bulgu, sigara kullanımına

genç yaşlarda başladığını göstermektedir ve bu durum genç yaşlarda başlayan sigara kullanımının ilerleyen yıllarda bağımlılığa dönüşebileceğini ortaya koymaktadır.

Günlük sigara içme adeti incelendiğinde, hemşirelerin %45,2'sinin günde 11-20 sigara içtiği, %23,9'unun ise 0-10 adet sigara içtiği belirlenmiştir. Daha yüksek sigara tüketimi (21-40 adet) %25,4 oranında gözlenmiş, 41 adet ve üzeri sigara içenlerin oranı %5,6 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, sigara kullanan hemşireler arasında büyük bir kısmın günde 11-20 adet sigara içtiğini ve bu miktarın bağımlılık düzeyi açısından orta seviyede bir risk taşıdığını göstermektedir.

Sigarayı bırakmayı isteme durumu incelendiğinde ise katılımcıların %66,0'sının sigarayı bırakmayı istediği, %34,0'ının ise bırakma isteği olmadığını ifade ettiği bulunmuştur. Sigarayı bırakma isteği, sigara kullanan hemşirelerin bağımlılıklarını fark ettiklerini ve bu bağımlılıktan kurtulma motivasyonlarına sahip olduklarını göstermektedir. Ancak, bırakma isteği olmayan %34,0'lık bir grubun varlığı, bu kişilerin bağımlılığı bırakmada zorlandıklarını veya bu konuda yeterli motivasyona sahip olmadıklarını düşündürmektedir.

Sigara içme nedenlerine bakıldığında, en yaygın nedenler arasında alışkanlık (%54,8) ve stres giderme (%47,2) öne çıkmaktadır. Bunun yanı sıra katılımcıların %18,8'i sıkıntılarını unutma, %10,2'si dikkati dağıtma ve %2,5'i yalnızlık nedeniyle sigara içtiklerini ifade etmişlerdir. Bu bulgular, sigaranın hem fiziksel hem de psikolojik bir bağımlılık aracı olarak kullanıldığını göstermektedir. Özellikle stresin yaygın bir sigara içme nedeni olarak öne çıkması, sigaranın stres yönetiminde bir kaçış veya rahatlama aracı olarak kullanıldığını ortaya koymaktadır.

Araştırmada sigara kullanan ve sigara kullanmayan hemşirelerin mesleki faktörleri ile sigara kullanımı arasındaki ilişkiler de incelenmiştir. Hemşirelik yapma süresi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sigara kullanan hemşireler arasında 10 yıl ve üzeri çalışanların oranı %42,2 iken, sigara kullanmayanlar arasında bu oran %45,8'dir. Ancak genel olarak hemşirelerin %43,7'si 10 yıl ve üzeri süredir çalışmaktadır. Bu sonuçlar, çalışma süresi ile sigara kullanımı arasında direkt bir ilişki olmadığını göstermektedir. Meslek süresi uzadıkça sigara kullanımının artmadığı, ancak uzun süre çalışan hemşirelerin genel olarak sigara kullanma oranlarının benzer olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışılan birimlere göre ise anlamlı farklar tespit edilmiştir. Sigara kullanan hemşirelerin %61,4'ü servis (poliklinik) biriminde çalışırken, sigara kullanmayanların %43,1'i bu birimde çalışmaktadır. Cerrahi birimlerde çalışan sigara kullanmayan hemşirelerin oranı ise daha yüksektir (%27,1). Bu sonuçlar, çalışılan birimlerin iş yükü ve stres düzeyi ile sigara kullanımı arasında bir ilişki olabileceğini göstermektedir. Özellikle servis birimlerinde çalışan hemşirelerin iş yükü ve hasta yoğunluğu nedeniyle sigara kullanma oranlarının daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Çalışma şekli de sigara kullanımı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Vardiyalı sistemde çalışan hemşirelerin %53,4'ü sigara kullanırken, sürekli gündüz çalışanların %43,8'i sigara kullanmamaktadır. Bu bulgular, düzensiz çalışma saatlerinin ve gece nöbetlerinin sigara kullanımını artıran faktörler arasında yer aldığını göstermektedir. Nöbet ve mesai kombinasyonu ile çalışan hemşireler arasında da sigara kullanma oranı yüksektir (%42,4).

Mesleği sevmeye durumu açısından sigara kullanan ve kullanmayan hemşireler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sigara kullanan hemşirelerin %44,7'si, sigara kullanmayanların %45,2'si mesleğini severek yaptığını belirtmiştir. Ancak sigara kullanan hemşirelerin mesleği sevmeye durumu ile bağımlılık arasında doğrudan bir ilişki bulunmamıştır.

Görev yapılan hastane yatak büyüklüğüne göre de anlamlı farklar tespit edilmiştir. Sigara kullanan hemşirelerin %38,6'sı 0-50 yataklı hastanelerde çalışırken, sigara kullanmayanların %57,6'sı 100 yatak ve üzeri kapasiteye sahip hastanelerde çalışmaktadır. Bu bulgu, daha büyük hastanelerde çalışan hemşirelerin sigara kullanma oranlarının daha düşük olduğunu göstermektedir. Büyük hastanelerde daha fazla sosyal destek, daha iyi çalışma koşulları ve daha fazla kaynak bulunması, sigara kullanımını azaltan faktörler olabilir.

Sigara kullanan ve kullanmayan hemşirelerin mesleki stres algıları arasındaki farkları göstermektedir. Sonuçlar, iki grup arasında mesleki stres algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğunu ortaya koymaktadır. Sigara kullanan hemşirelerin %7,6'sı mesleki stres yaşamadığını ifade ederken, sigara kullanmayan hemşirelerde bu oran %5,6'dır. Az stresli olduğunu belirten hemşireler arasında ise sigara kullananların oranı %51,8 iken, sigara kullanmayan hemşireler arasında bu oran %28,4'tür. Bununla birlikte, stresli olduğunu belirten hemşirelerin %66,0'ı sigara

kullanmayan grupta yer alırken, sigara kullanan hemşirelerde bu oran %40,6'dır. Bu bulgular, sigara kullanan hemşireler arasında stres algısının genellikle daha düşük olduğunu, buna karşın sigara kullanmayan hemşirelerin mesleki stresi daha yoğun yaşadıklarını göstermektedir. Sigara kullanan hemşirelerin sigarayı bir rahatlama aracı veya stresle başa çıkma mekanizması olarak kullanabileceği düşünülebilir.

FNBT puanları incelendiğinde, sigara kullanan hemşirelerin ortalama bağımlılık düzeyi $4,32 \pm 2,83$ olarak hesaplanmıştır. Medyan değer 4, minimum 0 ve maksimum 10 puan alınmıştır. Katılımcıların %26,4'ü çok düşük bağımlılık düzeyine sahipken, %32,0'si düşük bağımlılık düzeyindedir. Orta düzey bağımlılığa sahip olanların oranı %8,1, yüksek bağımlılık düzeyine sahip olanların oranı %14,2 ve çok yüksek bağımlılık düzeyine sahip olanların oranı %19,3'tür. Bu bulgular, sigara kullanan hemşireler arasında bağımlılık düzeylerinin büyük oranda düşük ve orta seviyede olduğunu, ancak önemli bir kesimin yüksek düzeyde bağımlılık yaşadığını göstermektedir.

Mesleki stres algısı ile sigara bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bağımlılık düzeylerine göre katılımcıların büyük bir kısmı mesleklerini "az stresli" olarak tanımlamaktadır. Çok düşük bağımlılık düzeyine sahip hemşirelerin %51,9'u, düşük bağımlılık düzeyine sahip hemşirelerin %54,0'ı mesleği az stresli bulmaktadır. Ancak stresli meslek algısının bağımlılık düzeyi ile doğrudan bir ilişki kurmadığı görülmüştür.

Çalışmada, sigara kullanan hemşirelerin medeni durumları ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) toplam puanları arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre, evli ve bekar hemşireler arasında FNBT toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. FNBT puanlarının ortalaması evli hemşirelerde $4,17 \pm 2,72$, bekar hemşirelerde ise $4,46 \pm 2,93$ olarak belirlenmiştir. Her iki grup için medyan değer 4 olup, puan aralıkları 0 ile 10 arasında değişmektedir. Bu bulgular, sigara bağımlılık düzeyinin medeni durumla ilişkili olmadığını göstermektedir. Sigara kullanımı ve bağımlılığı, hem evli hem de bekar hemşireler arasında benzer düzeylerde seyretmektedir. Dolayısıyla, medeni durumun sigara bağımlılığı üzerinde belirleyici bir faktör olmadığı sonucuna varılabilir.

Çalışmada, sigara kullanan hemşirelerin eğitim durumları ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) toplam puanları arasındaki ilişki Kruskal-Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Eğitim düzeyleri lise, üniversite ve lisansüstü olan hemşireler arasında FNBT toplam puanları karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, eğitim durumları ile nikotin

bağımlılık düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. FNBT puanlarının ortalaması, lise mezunu hemşireler için $5,00 \pm 3,41$, üniversite mezunları için $4,28 \pm 2,66$ ve lisansüstü eğitim almış hemşireler için $3,11 \pm 2,25$ olarak hesaplanmıştır. Medyan değerler sırasıyla lise mezunları için 5, üniversite mezunları için 4 ve lisansüstü mezunları için 3,5'tir. Bu bulgular, eğitim seviyesi yükseldikçe bağımlılık düzeyinin azalma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Ancak, Kruskal-Wallis H testi sonuçlarına göre, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuçlar, eğitim seviyesi ile nikotin bağımlılığı arasında bir eğilim olsa da, bu ilişkinin belirgin veya önemli bir etkisi olmadığını göstermektedir. Eğitim seviyesi arttıkça sigara bağımlılık puanlarının düşme eğiliminde olduğu gözlenmekle birlikte, bu eğilim istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmamaktadır. Dolayısıyla, hem lise mezunları hem de lisansüstü eğitim almış hemşireler arasında sigara bağımlılık düzeyleri benzer seviyelerde seyretmektedir.

Çalışmada, sigara kullanan hemşirelerin günlük sigara içme adetleri ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) toplam puanları arasındaki ilişki incelenmiş ve sonuçlar Kruskal-Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Bulgular, günlük sigara tüketim miktarının artmasıyla birlikte nikotin bağımlılık düzeylerinin de anlamlı şekilde yükseldiğini göstermektedir. Örneğin, günde 0-10 adet sigara içen hemşirelerin FNBT ortalaması $1,19 \pm 1,53$ ve medyan değeri 1 iken, günde 41 adet ve daha fazla sigara içen hemşirelerin FNBT ortalaması $9,27 \pm 1,01$ ve medyan değeri 10 olarak saptanmıştır. Bu bulgular, sigara tüketiminin artmasının nikotin bağımlılık seviyelerini ciddi ölçüde artırdığını ortaya koymaktadır. Kruskal-Wallis H testi sonuçları günlük sigara içme miktarı ile FNBT toplam puanı arasında anlamlı farklar olduğunu göstermektedir. Yapılan Post Hoc Mann-Whitney U testi sonuçları da bu farkları detaylandırmıştır. Günlük 0-10 adet sigara içen hemşirelerin bağımlılık düzeylerinin, günde 11-20 adet sigara içenlere göre anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Aynı şekilde, 0-10 adet sigara içenlerin bağımlılık düzeyi, günde 21-40 ve 41'den fazla sigara içenlere göre de anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Ayrıca, 11-20 adet sigara içenlerin bağımlılık düzeyleri, 21-40 ve 41'den fazla sigara içenlere kıyasla daha düşük bulunmuş, bu durum istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir ($p < 0,05$). Benzer şekilde, 21-40 sigara içenlerin bağımlılık düzeyi, 41'den fazla sigara içenlere kıyasla daha düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu sonuçlar, sigara içme miktarının artışıyla birlikte nikotin bağımlılığının da paralel bir şekilde arttığını net bir şekilde ortaya koymaktadır. Özellikle, 21-40 adet sigara içenler ile 41 adet ve üzerinde sigara içenler arasında bağımlılık düzeyi açısından belirgin

farklar bulunmaktadır. Günlük tüketilen sigara miktarının artması, nikotin bağımlılığının daha yüksek seviyelere ulaşmasına neden olmakta ve bağımlılığın daha derinleştiği bir tabloya yol açmaktadır.

Araştırmada, sigara kullanan hemşirelerin sigarayı bırakmayı isteyip istememeleri ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) toplam puanları arasındaki ilişki Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlara göre, sigarayı bırakmayı isteyen ve istemeyen hemşireler arasında nikotin bağımlılık düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Sigarayı bırakmayı isteyen hemşirelerin FNBT ortalaması $4,85 \pm 2,72$, medyan değeri 4 iken, sigarayı bırakmayı istemeyen hemşirelerin FNBT ortalaması $3,28 \pm 2,76$, medyan değeri ise 3 olarak saptanmıştır. Bu bulgular, sigarayı bırakmayı isteyen hemşirelerin nikotin bağımlılık düzeylerinin, bırakmayı istemeyen hemşirelere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, yüksek nikotin bağımlılık düzeyine sahip hemşirelerin sigarayı bırakma motivasyonlarının daha güçlü olabileceğini düşündürmektedir. Bağımlılık düzeyi arttıkça sigaranın olumsuz etkilerinin daha fazla fark edilmesi ve bu durumun bırakma isteğini artırması muhtemeldir. Buna karşın, bağımlılık düzeyi düşük olan hemşirelerde sigarayı bırakma isteği daha az olabilir, çünkü bu kişiler sigaranın yaşamlarına olan etkilerini daha az hissediyor olabilirler.

Çalışmada, sigara kullanan hemşirelerin hemşirelik yapma sürelerine göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) toplam puanlarının karşılaştırılması Kruskal-Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar, hemşirelik yapma süresi ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğunu göstermektedir. Hemşirelik yapma süresi 0-3 yıl olan hemşirelerin FNBT ortalaması $2,63 \pm 2,71$, medyan değeri 2 iken, 10 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin ortalaması $4,89 \pm 2,84$, medyan değeri ise 5 olarak bulunmuştur. Bu bulgular, hemşirelik süresi uzadıkça nikotin bağımlılık düzeyinin arttığını açıkça göstermektedir. Özellikle 0-3 yıl arası çalışan hemşirelerin bağımlılık düzeyleri, 5-10 yıl ve 10 yıl ve üzeri çalışan hemşirelere kıyasla anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Aynı şekilde, 3-5 yıl arası çalışan hemşirelerin bağımlılık düzeyleri de daha uzun süre çalışanlara göre anlamlı derecede daha düşüktür. Post Hoc Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre, 0-3 yıl hemşirelik yapanların bağımlılık düzeyi, 5-10 yıl ve 10 yıl ve üzeri çalışan hemşirelere kıyasla anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Ayrıca, 3-5 yıl çalışanların bağımlılık düzeyi, 5-10 yıl ve 10 yıl ve üzeri çalışanlara kıyasla anlamlı derecede daha düşük olarak tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Bu bulgular, hemşirelik yapma süresi arttıkça nikotin

bağımlılık düzeylerinin de anlamlı şekilde yükseldiğini göstermektedir. Meslekte daha uzun süre çalışan hemşirelerin, mesleklerinin getirdiği zorluklar ve stresle başa çıkma aracı olarak sigarayı daha fazla kullanabileceği ve bu durumun nikotin bağımlılığını artırabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan sigara kullanan hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) toplam puanları Kruskal-Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar, çalışılan birim ile sigara bağımlılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğunu göstermektedir. Servis birimlerinde çalışan hemşirelerin FNBT ortalaması $4,80 \pm 2,81$, medyan değeri 4 iken, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin ortalaması $4,00 \pm 2,73$, medyan değeri ise yine 4 olarak bulunmuştur. Özel birimlerde çalışan hemşirelerin FNBT ortalaması $3,13 \pm 2,64$, medyan değeri 3 ve diğer birimlerde çalışan hemşirelerin FNBT ortalaması $3,33 \pm 2,84$, medyan değeri ise 4'tür. Bu bulgular, sigara bağımlılığının özellikle servis birimlerinde çalışan hemşireler arasında daha yüksek olduğunu göstermektedir. Post Hoc Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre, servis biriminde çalışan hemşirelerin bağımlılık düzeyleri, özel birimlerde çalışan hemşirelere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Diğer birimler arasında ise bağımlılık düzeyleri açısından anlamlı farklar tespit edilmemiştir. Bu bulgular, servis birimlerinde çalışan hemşirelerin daha yoğun iş yükü ve stres altında çalıştığını, bu durumun sigara kullanımını ve dolayısıyla nikotin bağımlılık düzeylerini artırabileceğini düşündürmektedir. Özel birimlerde çalışan hemşirelerin ise daha düşük bağımlılık düzeylerine sahip olması, bu birimlerdeki iş koşullarının daha yönetilebilir ve stresin daha düşük olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmada, sigara kullanan hemşirelerin görev yaptıkları hastanelerin yatak büyüklüğüne göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) toplam puanları Kruskal-Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar, hastane yatak büyüklüğü ile hemşirelerin nikotin bağımlılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. Bu bulgular, hastane yatak kapasitesi ile sigara bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir. Hastanelerin yatak büyüklüğü, sigara bağımlılık düzeyini doğrudan etkileyen bir faktör olarak görünmemektedir. Dolayısıyla, hem küçük hem de büyük kapasiteli hastanelerde çalışan hemşireler arasında sigara bağımlılığı benzer seviyelerde seyretmektedir.

Çalışmada, sigara kullanan hemşirelerin mesleğin stresli olduğunu düşünme durumlarına göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) toplam puanları Kruskal-Wallis H testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar, mesleğin stresli olup olmadığını düşünme ile sigara bağımlılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. Bu bulgular, mesleki stres algısının sigara bağımlılık düzeyi üzerinde belirgin bir etkisi olmadığını göstermektedir. Sigara kullanan hemşirelerin bağımlılık düzeyleri, mesleklerini stresli veya az stresli bulmalarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Dolayısıyla, meslek kaynaklı stresin sigara bağımlılığını artıran veya azaltan bir faktör olmadığı sonucuna varılabilir.

Çalışmada, sigara kullanan hemşirelerin "hemşirelik mesleği yapılmıyorsa sigara kullanma durumu" ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) toplam puanları arasındaki ilişki Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlara göre, hemşirelik mesleğini yapmasalardı sigara kullanacaklarını belirten hemşireler ile kullanmayacaklarını belirten hemşireler arasında sigara bağımlılık düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sonuç olarak, hemşirelik mesleği dışında sigara kullanma durumu ile sigara bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı, her iki grup arasında bağımlılık düzeylerinin benzer olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada, sigara kullanan hemşirelerin "hemşire olduktan sonra sigaraya başlama durumu" ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) toplam puanları arasındaki ilişki Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar, hemşire olduktan sonra sigaraya başlayan hemşireler ile mesleğe başlamadan önce sigaraya başlamış olan hemşireler arasında nikotin bağımlılık düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ($U = 2936,5$; $p = 0,328$). Bu bulgular, sigaraya başlama zamanının (hemşirelik mesleğinden önce ya da sonra) nikotin bağımlılık düzeyleri üzerinde belirgin bir etkiye sahip olmadığını göstermektedir. Sonuç olarak, sigara bağımlılığı düzeylerinin mesleğe başlamadan önce veya mesleğe başladıktan sonra sigaraya başlama durumuna göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Bu çalışmada, sigara kullanan hemşirelerin sigaraya başlama yaşı ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) toplam puanları arasındaki ilişki Spearman Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı (r) kullanılarak analiz edilmiştir. Sonuçlar, sigaraya başlama yaşı ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasında negatif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki

olduğunu ortaya koymuştur ($r = -0,298$, $p < 0,001$). Bu bulgu, sigaraya daha erken yaşta başlayan hemşirelerin nikotin bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Diğer bir deyişle, sigaraya başlama yaşı azaldıkça (erken yaşta başlandıkça), bağımlılık düzeyi artmaktadır. Sigara bağımlılığının erken yaşlarda başladığında daha kalıcı ve derin bir etki yarattığı düşünülebilir. Sonuçlar, genç yaşlarda sigaraya başlamanın bağımlılık düzeyinin artmasına yol açtığını ve bu kişilerin nikotin bağımlılığından kurtulmada daha fazla zorluk yaşayabileceğini göstermektedir. Bu bulgu, sigaraya başlama yaşının bağımlılığın şiddeti üzerinde belirleyici bir faktör olduğunu ve bu nedenle özellikle genç yaşta sigaraya başlamayı önlemenin önemini vurgulamaktadır.

Bu araştırma, hemşirelerin sigara kullanımı ile mesleki ve demografik faktörler arasındaki ilişkileri ortaya koymuş ve nikotin bağımlılığının yaygınlığını ve seviyesini değerlendirmiştir. Sigara kullanımının mesleki stres, çalışma koşulları ve eğitim düzeyi gibi faktörlerle ilişkilendirilebileceği, ancak kişisel tercihlerin ve alışkanlıkların da önemli bir rol oynadığı görülmüştür. Bu sonuçlar, sigara kullanımının azaltılması ve bağımlılıkla mücadele edilmesi için hem bireysel hem de kurumsal müdahalelere ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Hemşirelik gibi zorlu bir meslekte çalışan sağlık profesyonellerinin sigara bağımlılığını azaltmaya yönelik destekleyici programlar geliştirilmesi, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve stres yönetimi eğitimlerinin sunulması gerekmektedir.

Gelecekte yapılacak akademik çalışmalar için aşağıdaki öneriler geliştirilebilir:

1. **Sosyal Destek ve Sigara Kullanımı:** Medeni durum ile sigara kullanımı arasındaki ilişki, bekar hemşirelerin sigara kullanım oranlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, gelecekte yapılacak çalışmalar, bekar hemşirelere yönelik sosyal destek mekanizmalarını inceleyebilir. Sosyal desteğin güçlendirilmesi, sigara kullanımını azaltmada etkili olabilir. Bu bağlamda, hemşirelerin sosyal ağlarının genişletilmesi ve aile içi destek mekanizmalarının güçlendirilmesi üzerine çalışılabilir.
2. **Eğitim Seviyesi ve Farkındalık Artırma Programları:** Çalışmada eğitim seviyesi arttıkça sigara kullanımının azaldığı gözlenmiştir. Gelecek araştırmalar, hemşirelik eğitimi sırasında sigara kullanımının zararları hakkında farkındalık artırıcı programlar uygulayarak, bu tür eğitimlerin etkisini uzun vadede değerlendirebilir. Eğitim seviyesinin, sağlık farkındalığı üzerindeki etkisi, sigara bağımlılığı ile daha detaylı bir şekilde ilişkilendirilebilir.

3. **Erken Müdahale Programları:** Sigara bağımlılığına genç yaşlarda başladığında bağımlılık seviyelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda, sigara kullanımının önlenmesine yönelik erken müdahale programları üzerine çalışmalar yapılmalıdır. Özellikle genç hemşireler ve üniversite öğrencileri üzerinde sigara önleyici eğitim programlarının etkisi incelenebilir.
4. **Çalışma Koşulları ve Mesleki Stres:** Sigara kullanımı ile stres yönetimi arasında önemli bir ilişki tespit edilmiştir. Gelecekteki araştırmalar, hemşirelerin çalışma koşullarını iyileştirmek için stres yönetim stratejileri üzerine odaklanabilir. Bu stratejilerin sigara kullanımını azaltmada nasıl etkili olacağı araştırılmalıdır. Ayrıca, vardiyalı çalışma ve düzensiz çalışma saatlerinin sigara kullanımını nasıl tetiklediği incelenerek, iş düzenlemeleri ve esnek çalışma saatlerinin etkileri incelenebilir.
5. **Mesleki Eğitim ve Sigara Bırakma Desteği:** Sigara kullanan hemşirelerin önemli bir kısmı sigarayı bırakma isteğine sahip olmasına rağmen, bağımlılık düzeylerinin yüksek olması, sigarayı bırakmada zorluklar yaşadıklarını göstermektedir. Bu bağlamda, gelecekteki çalışmalar, sigara bırakma desteği sağlayan programların etkinliğini değerlendirebilir. Bu programların hemşirelerin meslekleriyle uyumlu şekilde nasıl entegre edileceği üzerine araştırmalar yapılabilir.
6. **Nikotin Bağımlılığı ve Psikolojik Etmenler:** Araştırmada sigara içme nedenleri arasında stres gidermek ve alışkanlık öne çıkmıştır. Gelecek çalışmalar, nikotin bağımlılığının psikolojik boyutunu daha derinlemesine ele alabilir. Özellikle stresle başa çıkma mekanizmaları, sigara içme davranışları ile ilişkilendirilerek psikososyal müdahalelerin bağımlılık üzerindeki etkisi incelenebilir.
7. **Sigara Tüketimi ve Sağlık Farkındalığı:** Hemşireler gibi sağlık profesyonelleri arasında sigara kullanım oranları üzerine daha geniş çaplı araştırmalar yapılabilir. Sağlık farkındalığı ve mesleki bilgiye rağmen sigara kullanımını sürdüren bireylerin motivasyonları daha iyi anlaşılmalıdır. Bu tür çalışmalar, sağlık çalışanları arasında sigara bırakma programlarının nasıl daha etkili uygulanabileceğini ortaya koyabilir.
8. **Bağımlılık Seviyelerinin Mesleki Hayata Etkileri:** Çalışmada, hemşirelik süresi ile sigara bağımlılığı arasında artan bir ilişki tespit edilmiştir. Gelecekteki araştırmalar, uzun süreli mesleki hayatın sigara bağımlılığına nasıl katkıda bulunduğunu inceleyebilir.

Meslek süresinin artmasıyla beraber artan bağımlılığın hem sağlık profesyonellerinin sağlığına hem de iş verimliliğine olan etkileri üzerine detaylı çalışmalar yapılabilir.

9. **Çok Boyutlu Müdahale Stratejileri:** Sigara bağımlılığı çok boyutlu bir sorundur ve sadece bireysel çabalarla çözülmesi zor olabilir. Gelecekteki araştırmalar, bireysel, sosyal ve kurumsal müdahalelerin nasıl entegre edileceğine dair stratejiler geliştirebilir. Örneğin, işyeri destek programları, psikolojik danışmanlık hizmetleri ve sağlık eğitimi programlarının birlikte uygulanmasının sigara bırakmadaki etkisi incelenebilir.

Bu öneriler, sigara bağımlılığı konusunda hemşireler arasında yapılan çalışmaların derinleştirilmesine ve bu bağımlılıkla başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesine katkıda bulunabilir.



KAYNAKLAR

- Açar, V. (2018). Sağlık Çalışanlarında Sigara ve İnternet Kullanımı ile Sosyal Kaytarma Algısının Değerlendirilmesi (Master's thesis, Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Akçay, BD., Özgen, F., Erdem, M., Balıkçı, A., Öznur T., “Travma sonrası stres bozukluğunda uyku.”, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 5(4), 441-460 (2013).
- Akfert, SK., Çakıcı, E., & Çakıcı, M. (2009). “Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10, 40-47.
- Akın, G. (2021). Stres ve stresle baş etme. Ankara: Alter Yayıncılık.
- Aktan, E. (2018). Üniversite öğrencilerinin sosyal medya bağımlılık düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Erciyes İletişim Dergisi, 5(4), 405-421
- Akvardar, Y., ve ark., (2001). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem II Öğrencilerinde Sigara, Alkol, Madde Kullanımı. Bağımlılık Dergisi, 2(2), 49-52.
- Arcak, R., Kasımoğlu, E. (2006). “Diyarbakır Merkezdeki Hastane ve Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü ve İş Memnuniyetleri”, Dicle Tıp Dergisi, 33(1): 23-30
- Aslan ve ark. , (2005). “Hemşirelerin Acil Serviste Şiddet İçeren Olgu Senaryolarına Yaklaşımları”, Gülhane Tıp Dergisi, 47(1): 18-23.
- Azak, Arife. Sağlık memurluğu öğrencilerinin sigara kullanımını etkileyen faktörler. Türk Toraks Dergisi 2006;7:120-124.
- Aktürk, Ü., Yağmur, S., Türkmen, R. M., & Aktürk, S. (2024). The Effect Of Nurses'challenges To Stopping Smoking On Nicotine Addictions. *International Journal of Health Services Research and Policy*, 9(2), 173-182.
- Aliskin, O., Savas, N., Inandi, T., Peker, E., Erdem, M., & Yeniceri, A. (2015). Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi sağlık personelinin sigara içme ve bağımlılık durumu. *The Medical Journal of Mustafa Kemal University*, 6(24), 32-42.
- Balaban, Jale (2000). PAÜ Eğitim Fakültesi Dergisi 2000, Sayı:7, Özel Sayı
- Baltaş Z, Baltaş A. Stres ve Başa çıkma Yolları, 37. Basım. İstanbul, Remzi Kitabevi A.Ş., 2020.
- Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 1982; 32: 122–147

- Bülbüloğlu, S., & Çolak, R. (2020). Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sigara Kullanımı, Nikotin Bağımlılık Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 8(2), 271-280.
- Biricik, Y. (2018). Akademik Personelin Örgütsel Stres Kaynakları Ve Stresle Başa Çıkma Düzeylerinin Öğrenilmiş Güçlülük Yönünden Değerlendirilmesi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Kış Sporları Ve Spor Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Bostan Akmeşe, N., & Beşer, A. (2017). Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma, 14(1), 38-44
- Brannon, L., & Feist, J. (2007). Health psychology. An introduction to behavior and health (6th ed.). Belmont: Wadsworth.
- Brosan, L., & Todd, G. (2018). *Stres: Yaşanmış Örnekler, Pratik Öneriler, Uygulamalar (2. bs.)*. Kuraldışı Yayıncılık.
- Byun, S., Ruffini, C, Mills, J. E., Douglas, A. C., Niang, M., Stepchenkova, S., Lee, S. K., Loutfi, J., Lee, J. K., Atallah, M., Blanton, M. (2009). Internet addiction: Metasynthesis of 1996-2006 quantitative research. Cyberpsychology & Behavior, 12(2), 203-207
- Choi, J., Peters, M., & Mueller, R. O. (2010). Correlational analysis of ordinal data: from Pearson'sr to Bayesian polychoric correlation. *Asia Pacific education review*, 11(4), 459-466.
- Cofta, S., & Staszewski, R. (2008). Hospital staff and smoking habits: Do we need modification of smoking behavior in Polish hospitals. *J Physiol Pharmacol*, 59(Suppl 6), 191-199.
- Cornuz J (2007). Smoking cessation interventions in clinical practice. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 34, 397-404.
- CÜCELOĞLU, Doğan, İnsan ve Davranışı, Remzi Kitapevi, 18. Baskı, Ekim 2009.
- Çelik, S., & Ergün, E. (2015). Managers' task-oriented and employee-oriented leadership behaviors: Effects on nurse job satisfaction, organizational commitment and job stress. *Journal Name*, 23(3), 203-214.
- Demir, M., (2008). Yazılı Basında Yayınlanan Sağlık Haberlerinin Kamuoyuna Etkisi, Doktora tezi,
- Egemen KAYA,Deniz AKPINAR,Havva AKPINAR. (2019). *Bağımlılığın Patofizyolojisi* (Vol. 6). Vol. 6. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi.
- Egger, O. & Rauterberg, M. (1996). Internet Behaviour and Addiction. Unpublished master's thesis, Work & Organisational Psychology Unit (IfAP) , Swiss Federal Institute of Technology (ETH), Zurich
- Erşan, E. E., Yıldırım, G., Doğan, O., & Doğan, S. (2013). Sağlık çalışanlarının iş doyumu ve algılanan iş stresi ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 115-121.

- Eryılmaz, A. (2009). Başa çıkma stratejilerinin kişilik özellikleriyle ergen öznel iyi oluşu arasındaki aracı rolü. Yayınlanmamış Doktora Tezi. A.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Ankara
- Ergün, R., Ergün, D., & Ergun, B. (2016). Anxiety and depression in intensive care unit staff. *Journal of Critical and Intensive Care*, 7(3), 93.
- Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, F., ve Dereboy, Ç (2013). Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlilik ve Geçerlik Analizi. *New Symposium Journal*. 51 (3). 132-140
- Fan, J., and Smith, A. P. (2017). "The impact of workload and fatigue on performance," in *Proceedings of the International Symposium on Human Mental Workload: Models and Applications*, eds L. Longo and M. C. Leva (Cham: Springer), 90–105. doi: 10.1007/978-3-319-61061-0_6
- Fernández-García, D., Ordás, B., Fernández-Peña, R., Bárcena-Calvo, C., Ordoñez, C., Amo-Setién, F. J., Gómez-Salgado, J., & Martínez-Isasi, S. (2020). Smoking in nursing students: A prevalence multicenter study. *Medicine*, 99(14), e19414.
- Feizi, A., Aliyari, R., & Roohafza, H. (2012). Association of perceived stress with stressful life events, lifestyle and sociodemographic factors: a large-scale communitybased study using logistic quantile regression. *Computational and mathematical methods in medicine*, 2012.
- Feldman, A. (2018). The genesis of Foucault's genealogy of racism: Accumulating men and managing illegalisms. *Foucault Studies*, 25, 274-298. <https://doi.org/10.22439/fs.v0i25.5595>
- Gaur, T., Rao, D. S., Jadhav, A. A., Dagur, L. S., Dhaka, H., Pathak, P., & Chhabra, K. G. (2021). Nicotine dependence, perceived stress, and self-efficacy among primary health care professionals during the times of Covid-19 pandemic—A cross-sectional descriptive study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(11), 4124-4130.
- Günel, A., Demirtürk, F., Arıkan, H., & İnal, B. (2018). Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin egzersiz davranışı, sigara bağımlılığı ve genel sağlık durumu. *Journal of Health Sciences and Professions*.
- Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2017; 4 (1): 78-89
- Goff, A. (2011) Stressors, Academic Performance, and Learned Resourcefulness in Baccalaureate Nursing Students [Electronic Version]. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 8, 1-15. <http://dx.doi.org/10.2202/1548-923X.2114>
- Goodman, A. (1990). Addiction: Definition and Implications. *British Journal of Addiction*, 85, 1403-1408. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>
- Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191–197.

- Gustafsson, H., Skoog, T., Davis, P., Kenttä, G., & Haberl, P. (2015). Mindfulness and its relationship with perceived stress, affect, and burnout in elite junior athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 9(3), 263- 281.
- Harris, J., Schneberg, K.A., Pilon-Smits E.A. 2014. Sulfur–selenium–molybdenum interactions distinguish selenium hyperaccumulator *Stanleya pinnata* from non-hyperaccumulator *Brassica juncea* (Brassicaceae). *Planta* 239: 479–491.
- Hassoy, D., & Özurmaz, S. (2021). Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin sigara içme durumlarının ve ilişkili etmenlerin incelenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 4(3), 140–147.
- Healy, S. and Tyrrell, M. (2011) Stress in Emergency Departments: Experiences of Nurses and Doctors. *Emergency Nurse*, 19, 31-37.
<https://doi.org/10.7748/en2011.07.19.4.31.c8611>
- Hernández Padilla, A. J., Díaz Gómez, N. M., & Darias-Curvo, S. (2018). Tobacco consumption among nurses and nursestudent in Spain. *European Journal of Public Health*, 28(suppl_4), cky218-036.
- Huang, C., Lin, H., & Wang, H. (2008). Evaluating screening performances of the Fagerstrom tolerance questionnaire, the Fagerstrom test for nicotine dependence and the heavy smoking index among
- Lilia, G. (2021). Smoking as a method of coping for medical workers. *The Moldovan Medical Journal*, 64(3), 16-24.
- ICD-11 <https://icd.who.int/en>
- IŞIKHAN Vedat, “Sosyal Hizmet ve Sağlık Alanında Görev Yapan Yöneticileri Etkileyen İş Stres Faktörleri”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt 32, Sayı 2, Ankara: Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları, Haziran 1999, ss. 43-57.
- Johnson, S., Cooper, C., Cartwright, S., Donald, I., Taylor, P., Millet, C. (2005). “The Experience of Work Related Stress Across Occupations”, *Journal of Managerial Psychology*, Vol 20, No 2, 178-187.
- Köse, E., Yörük Eren, F., Özdağoğlu, A., & Bekci, İ. (2021). Katılım Bankalarına Ait Camels Oranlarının MAUT Yöntemi İle Analizi: Covid-19 Öncesi ve Sürecinde Bir Karşılaştırma. *Omer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(3), 991–1005.
- Kranzler, H. R., ve Li, T. K. (2008). What is addiction?. *Alcohol Research & Health*, 31(2), 93
- Kütükçü E, Kocataş S. *Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve sigara içme durumları arasındaki ilişki*. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2019; 1(3): 84-102.
- Kütükçü, E., & Kocataş, S. (2019). Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve sigara içme durumları arasındaki ilişki. *Yıl 2019*, 1(3), 84-102.

- Kozlowski LT, Porter CQ, Orleans CT, Pope MA, Heatherton T. Predicting smoking cessation with self-reported measures of nicotine dependence: FTQ, FTND, and HSI. *Drug and Alcohol Dependence* 1994; 34(3): 211–216.
- Lafreniere, K. D., & Ledgerwood, D. M. (1997). Influences of leaving home, perceived family support, and gender of the transition to university. *Guidance ve Counseling*, 12(4), 14-18
- Martínez, C., Castellano, Y., Laroussy, K., Fu, M., Baena, A., Margalef, M., Feliu, A., Aldazabal, J., Tigova, O., & Galimany, J. (2021). Knowledge, attitudes, and training in tobacco dependence and cessation treatment among nursing students in Catalonia (ECTEC Study): Cross-sectional study. *International journal of mental health and addiction*, 1-16.
- Malik AK, Chaudhry A, Karamat A, Arif N, Cheema MA, Rauf A. Cigarette smoking and healthcare professionals at Mayo Hospital, Lahore, Pakistan. *JPM. The Journal of the Pakistan Medical Association* 2010; 60(6):509-512.
- Malinauskas, R. (2010). The associations among social support, stress, and life satisfaction as perceived by injured college athletes. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 38(6), 741–752. <https://doi.org/10.2224/sbp.2010.38.6.741>
- Okutan, O., Taş, D., Kaya, H., & Kartaloğlu, Z. (2007). Sigara içen sağlık personelinde nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörler. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 55(4), 356-363.
- Okutan O, Taş D, Kaya H, Kartaloğlu Z. (2007). Sigara içen sağlık personelinde nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörler. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 55(4), 356-363. 85.
- Ota, A., Yasuda, N., Okamoto, Y., Kobayashi, Y., Sugihara, Y., Koda, S., Kawakami, N., & Ohara, H. (2004). Relationship of job stress with nicotine dependence of smokers—A cross-sectional study of female nurses in a general hospital. *Journal of occupational health*, 46(3), 220-224.
- Özsoy S, Akkaş S. E. Ü . Hemşirelik yüksek okulu öğrencilerinin sigara içme sıklığı ve sigara konusundaki tutumları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 1994; 10(1): 103-119.
- Öztoprak S, Türkan G. Sağlık açısından toplumsal cinsiyet ve tütün kontrolü. *Türk J Public Health*. 2013; 11(3):197-206.
- Perdikaris, P., Kletsou, E., Gymnopoulos, E., & Matziou, V. (2010). The relationship between workplace, job stress and nurses' tobacco use: A review of the literature. *International journal of environmental research and public health*, 7(5), 2362-2375.
- Tselebis, A., Panagiotou, A., Theotoka, I., & Ilias, I. (2001). Nursing staff anxiety versus smoking habits. *International Journal of Nursing Practice*, 7(3), 221-223. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2001.00303.x>

- Talay, F., Altın, S., & Çetinkaya, E. (2007). İstanbul'un Gaziosmanpaşa ve Eyüp ilçelerindeki sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları ve sigara içmeye yaklaşımları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 55(1), 43-50. 86.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Türkiye'de tütün kullanma yaygınlığı. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?Turkiye-> Erişim Tarihi: 01.06.2023
- Sanderson, D. M., Ekholm, O., Hundrup, Y. A., & Rasmussen, N. K. (2005). Influence of lifestyle, health, and work environment on smoking cessation among Danish nurses followed over 6 years. *Preventive medicine*, 41(3-4), 757-760.
- Sarna, L., Bialous, S. A., Wells, M. J., & Kotlerman, J. (2009). Smoking Among Psychiatric Nurses: Does It Hinder Tobacco Dependence Treatment? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 15(1), 59-67. <https://doi.org/10.1177/1078390308330638>
- Ünüvar EM, Dişçigil G. Sigarayı bırakma girişimlerinde başarıyı etkileyen faktörler – Hekim adayları örneği. *The Journal of Turkish Family Physician* 2017;8(3):57-65.
- Yiğitalp, G. (2015). Hemşirelik Öğrencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler ve Bağımlılık Düzeyleri.



EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onayı

