



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KONYA ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

SİGARA İÇEN VE İÇMEYEN BİREYLERDE PSİKOLOJİK
SAĞLAMLIK DÜZEYİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Ayşe Betül TAŞ

KONYA/2024



T.C.

**SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KONYA ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ**

**SİGARA İÇEN VE İÇMEYEN BİREYLERDE PSİKOLOJİK
SAğLAMLIK DÜZEYİ VE SAğLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Ayşe Betül TAŞ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Funda GÖKGÖZ DURMAZ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

KONYA/2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitim sürecim ve tez hazırlama sürecimin her aşamasında bilgi ve tecrübeleriyle katkıda bulunan, hoşgörüsü, iyi niyeti ve samimiyetiyle desteğini her zaman hissettiğim saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Funda GÖKGÖZ DURMAZ'a çok teşekkür ederim.

Asistanlığım süresince eğitimime katkı sağlayan tüm hocalarıma ve beraber çalıştığım asistan arkadaşlarıma ve birlikte çalıştığımız tüm hemşire ve sekreterlere teşekkür ederim.

Hayatım boyunca her an yanımda olan, bu günlere gelmemde büyük emekleri olan, maddi ve manevi desteklerini daima hissettiğim, sevgi ve şefkatlerini esirgemeyen canım annem Sultan GÜL ve canım babam Ferhat GÜL'e ve biricik kardeşim Rümeyşa GÜL'e teşekkür ederim.

Attığım her adımda bana yanımda olduğunu, desteğini ve sevgisini hissettiren, yoğun çalıştığım zamanlarda evlatlarımızla benim yokluğumu hissettirmeden özveriyle ilgilenen canım eşim, yol arkadaşım Mehmet Berat TAŞ'a tüm kalbimle teşekkür ederim.

Varlıklarıyla dünyamı güzelleştiren, yaşamıma anlam katan, neşe kaynağım güzel evlatlarım Umut Selim ve Oğuz Erdem'e bu yoğun süreçte annelerini sabırla bekledikleri için teşekkür ederim.

Dr. Ayşe Betül TAŞ

Konya, 2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE TÛTÛN KULLANIMI EPİDEMİYOLOJİSİ	2
2.2. SİGARA BAĞIMLILIĞI.....	2
2.3. SİGARA BAĞIMLILIĞI ETKİ MEKANİZMASI VE YOKSUNLUK BULGULARI	3
2.4. SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ	3
2.4.1. Davranışsal Tedaviler.....	3
2.4.2. Farmakolojik Tedaviler	4
2.5. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK.....	4
2.5.1. Psikolojik Sağlık ve Sigara Bağımlılığı.....	6
2.6. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI	7
2.6.1. Sağlık Sorumluluğu	7
2.6.2. Beslenme	7
2.6.3. Fiziksel Aktivite	8
2.6.4. Manevi Gelişim	8
2.6.5. Kişilerarası İlişkiler	9
2.6.6. Stres Yönetimi.....	9
2.6.7. Aile Hekimliği'nde Sağlıkli Yaşam Biçimi Davranışlarının Yeri ve Önemi	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM	11
3.1. ETİK KURUL İZİNİ	11
3.2. ARAŞTIRMANIN TÛRÛ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ.....	11
3.3. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ	11
3.4. ARAŞTIRMANIN VERİLERİNİN TOPLANMASI.....	12

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu	12
3.4.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi.....	13
3.4.3. Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği.....	13
3.4.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	13
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	14
4. BULGULAR.....	15
5. TARTIŞMA	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	41
7. KAYNAKLAR	43



SİMGELER VE KISALTMALAR

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CDPSÖKF	: Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Kısa Formu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FNBT	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
SYBDÖ II	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	15
Tablo 2. Katılımcıların cinsiyete ve yaşa göre bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	17
Tablo 3. Sigara içen katılımcıların sigara içme alışkanlıklarına ait bazı özellikler	18
Tablo 4. Sigara içen katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'ne verdikleri yanıtların dağılımı ve bağımlılık düzeyleri	20
Tablo 5. Araştırmaya katılan hastaların Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği Kısa Formu'na verdikleri yanıtların dağılımı	21
Tablo 6. Araştırmaya katılan hastaların Sağlık Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği II'ye verdikleri yanıtların dağılımı	22
Tablo 7. Katılımcıların Connor Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği Kısa Formu ve Sağlık Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği II ölçeklerinin toplam puanı ve cronbach alfa değerleri	25
Tablo 8. Cinsiyete göre ölçek puanlarının alt boyutları ile karşılaştırılması	25
Tablo 9. Katılımcıların sigara içme durumuna göre bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	26
Tablo 10. Sigara içme durumuna göre ölçek puanlarının alt boyutları ile karşılaştırılması	28
Tablo 11. Sigara içmeyen katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	29
Tablo 12. Sigara içmeyen katılımcıların ölçek puanları arasında korelasyon analizi	30
Tablo 13. Sigara içen katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	31
Tablo 14. Sigara içen katılımcıların kronik hastalık durumu ve sigara/alkol kullanım özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	32
Tablo 15. Sigara içenlerde ölçek puanları ile demografik özelliklerin korelasyonu	33
Tablo 16. Sigara içen katılımcıların ölçek puanları arasında korelasyon analizi	34

ÖZET

SİGARA İÇEN VE İÇMEYEN BİREYLERDE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Amaç: Sigara içen ve içmeyen bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Konya Şehir Hastanesi Aile Hekimliği ve Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran 18 yaş ve üstü, çalışma için onamı alınmış, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayan 230 katılımcı dahil edilerek tamamlandı. Katılımcılara kendi hazırladığımız 27 soruluk sosyodemografik anket formu uygulandı. Formun 17 soruluk bölümü tüm katılımcılara, 10 soruluk sigara içme özelliklerinin detaylı sorgulandığı bölümü ise sigara içen katılımcılara uygulandı. Sigara içen katılımcılara ayrıca 6 soruluk Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi uygulandı. Ek olarak tüm katılımcılara Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Kısa Formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II uygulandı. İstatistiksel analizler Statistical Packet for The Social Science 22.0 bilgisayar programında yapıldı.

Bulgular: Çalışma 115 sigara içen, 115 sigara içmeyen toplam 230 katılımcı ile tamamlandı. Katılımcıların %61,3'ü (n=141) kadın, %38,7'si (n=89) erkeklerden oluşmakta idi. Katılımcıların yaş ortalaması 38,8±10,7 yıldır. Erkeklerin sigara içme oranı (%54,8; n=63) kadınların sigara içme oranından (%45,2; n=52) anlamlı şekilde yüksek bulundu. Çalışanların sigara içme oranı (%79,1; n=91) çalışmayanların sigara içme oranından (%20,9; n=24), lise ve altı mezunu olanların sigara içme oranı (%29,6; n=34) üniversite ve üzeri mezun olanların oranından (%70,4; n=81) anlamlı şekilde yüksek bulundu.

Sigara içenlerin Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Kısa Formu toplam puanı (**p=0,046**), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II toplam puanı (**p<0,001**), Sağlık Sorumluluğu puanı (**p<0,001**), Fiziksel Aktivite puanı (**p=0,002**), Beslenme puanı (**p<0,001**), Manevi Gelişim puanı (**p=0,034**) ve Stres Yönetimi puanı (**p=0,005**) sigara içmeyenlerin puanından anlamlı şekilde düşük bulundu. Sigara içen ve sigara içmeyenler

arasında Kişilerarası İlişkiler puanı ($p=0,096$) açısından anlamlı bir fark bulunmadı.

Sigara içme durumundan bağımsız çalışanların CDPSÖKF toplam puanı çalışmayanlardan anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p=0,041$).

Sonuç: Sigara içenlerin psikolojik sağlamlık düzeyi sigara içmeyenlere göre daha düşük görüldü. Psikolojik sağlamlık düzeyi ile; cinsiyet, yaş, BKİ, medeni durum, çocuk sahibi olmak, kronik hastalık varlığı, ilk sigara içme yaşı, sigara içme süresi, bırakmayı deneme sayısı, bırakma süresi ve nikotin bağımlılık düzeyi açısından anlamlı bir ilişkili bulunmadı. Sigara içenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları skoru içmeyenlere göre daha düşük bulundu. Kişilerin psikolojik sağlamlık düzeyinin geliştirilmesine yönelik çalışmalar toplumda bağımlılık oranlarını düşürmede etkili olabilir. Toplumumuzda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının teşvik edilmesi ve buna yönelik çalışmalar yapılması bireylerin farkındalığının artmasına ve sağlık sorumluluğunun gelişmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Sigara, Psikolojik Sağlamlık, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

ABSTRACT

COMPARISON OF PSYCHOLOGICAL RESILIENCE LEVEL AND HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS IN SMOKING AND NON-SMOKING INDIVIDUALS

Aim: It was aimed to compare smokers and non-smokers in terms of psychological resilience level and healthy lifestyle behaviors.

Material and Methods: This study was completed by including 230 participants who applied to Konya City Hospital Family Medicine and Smoking Cessation polyclinic, who were 18 years of age and over, gave their consent for the study, and did not have any psychiatric disorders. A 27-question sociodemographic survey form that we prepared ourselves was applied to the participants. The 17-question section of the form was applied to all participants, and the 10-question section, which questioned smoking characteristics in detail, was applied to smoker participants. Participants who smoked were also administered the 6-question Fagerström Nicotine Dependency Test. In addition, the Connor-Davidson Psychological Resilience Scale Short Form and the Healthy Lifestyle Behavior Scale II were administered to all participants. Statistical analyzes were performed in the Statistical Packet for The Social Science 22.0 computer program.

Results: The study was completed with a total of 230 participants, 115 of whom were smokers and 115 of whom were non-smokers. 61.3% (n=141) of the participants were women and 38.7% (n=89) were men. The average age of the participants is 38.8 ± 10.7 years. The smoking rate of men (54.8%; n=63) was found to be significantly higher than the smoking rate of women (45.2%; n=52). The smoking rate of employees (79.1%; n=91) is higher than the smoking rate of those who are not working (20.9%; n=24), and the smoking rate of those who have graduated from high school or below (29.6%; n=34) It was found to be significantly higher than the rate of those who graduated or above (70.4%; n=81).

Smokers Connor-Davidson Psychological Resilience Short Form total score

(**p=0.046**), Healthy Lifestyle Behaviors Scale II total score , Health Responsibility score (**p<0.001**), Physical Activity score (**p=0.002**), Nutrition score (**p<0.001**), Spiritual Development score (**p=0.034**) and Stress Management score (**p=0.005**) It was found to be significantly lower than the score of non-smokers. There was no significant difference between smokers and non-smokers in terms of Interpersonal Relations score (**p=0.096**).

CDPSÖKF total score of those who worked independently of their smoking status was found to be significantly higher than those who did not work (**p=0.041**).

Conclusion: The psychological resilience level of smokers was found to be lower than that of non-smokers. With the level of psychological resilience; There was no significant relationship in terms of gender, age, BMI, marital status, having children, presence of chronic disease, age at first smoking, duration of smoking, number of attempts to quit, duration of quitting and nicotine addiction level. Healthy lifestyle behavior scores of smokers were found to be lower than non-smokers. Improving people's level of psychological resilience can be effective in reducing addiction rates in society. Encouraging healthy lifestyle behaviors in our society and carrying out studies on this can contribute to increasing individuals' awareness and developing health responsibility.

Keywords: Smoking, Psychological Resilience, Healthy Lifestyle Behaviors

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tüm dünyada olduğu gibi, tütün ürünleri ülkemizde de en sık kullanılan bağımlılık yapıcı maddeler arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tütün kullanımını en büyük halk sağlığı sorunlarından biri olarak tanımlamaktadır. Dünya üzerinde 1 milyar kişi ülkemizde ise yaklaşık 15 milyon kişinin tütün ürünü kullandığı bilinmektedir. Ayrıca yaklaşık 700 milyon çocuk tütün ürünü dumanına maruz kalmaktadır (1). Tütün kullanımı dünya genelinde doğrudan veya dolaylı olarak yılda 8 milyon ölüme ülkemizde ise yılda 100.000 ölüme yol açmaktadır (2). Ayrıca serebrovasküler olaylar, iskemik kalp hastalıkları, akciğer kanseri ve Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı gibi birçok hastalıkta primer risk faktörü olarak gösterilmektedir. Yapılan çalışmalara göre 2030 yılı itibariyle tütün kullanımına bağlı ölümlerin dünyada yılda 8,4 milyona ulaşacağı ve bunun büyük kısmının gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşeceği düşünülmektedir (3). Tütün kullanımı dünya genelinde %80 oranında düşük ve orta gelirli ülkelerde olmaktadır ve gelişmiş ülkelerde tütün ürünleri kullanımı azalma eğilimindeyken gelişmekte olan ülkelerde artma eğilimindedir (4).

Sigara, tütün kullanımının en yaygın şeklidir. Tütün bağımlılığının gelişmesinde genetik, nörobiyolojik, fizyolojik, psikososyolojik ve çevresel çok sayıda risk faktörü rol oynamaktadır (5). Yüksek düzeyde stres ve stresli yaşam olayları tütün ürünleri kullanmaya başlama ve tütün kullanımını devam ettirme ile ilişkiliyken sigara bırakma sürecini de olumsuz etkilemektedir. Ayrıca sigara kullanımı birçok psikiyatrik hastalıkla birliktelik göstermektedir. Bireyler gündelik yaşantıda karşılaştıkları zorluklarda tütün kullanımını tercih edebildikleri gibi psikiyatrik hastalıklardaki belirtileri hafifletmek amacıyla da sigara içebilmektedir. Yakın zamanlı çalışmalar, psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek bireylerin sigaraya başlama olasılıklarının, son bir ayda sigara içmiş olma olasılıklarının ve nikotin bağımlısı olma olasılıklarının daha düşük olduğunu göstermektedir (6,7)

Bu çalışmada sigara içen ve içmeyen bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi ve bunların sigara içme tutumu ile ilişkisi açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE TÜTÜN KULLANIMI EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre tütün kullanımı dünya çapında her yıl 8 milyondan fazla ölüme yol açmaktadır. Bu ölümlerin 7 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımı kaynaklıyken, 1,3 milyon kadarı ikinci el tütün dumanına maruz kalmaktan kaynaklanmaktadır. Toplam ölüm sayısının 2030 yılında 8,4 milyona yükseleceği düşünülmektedir (8).

DSÖ'nün 2023 raporuna göre dünya genelinde 1,3 milyar tütün kullanıcısının %76'sı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Küresel nikotin kullanımı %22,8'den %17'e düşmüştür. 14 yıl içinde %25'lik bir göreceli azalma anlamına gelen bu düşüş miktarı düşük gelir grubundaki ülkelerde daha da belirgindir. Erkeklerdeki sigara içmenin küresel yaygınlığında bu 14 yıllık süreçte %38'den %29'a %23'lük bir azalma olduğu belirtilirken, kadınlarda %8'den %5'e, %35'lik bir azalma olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca pek çok ülkede küçük yaşta sigara satışının yasak olmasına rağmen 13-15 yaşındaki yaklaşık 24 milyon çocuğun sigara içtiği düşünülüyor (8).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun yapmış olduğu Türkiye Sağlık Araştırması'nın 2022 yılı verilerine göre her gün tütün mamülü kullanan 15 yaş ve üstü bireylerin oranlarının 12 yıl içinde dalgalı bir seyir izlediği görülmektedir. 2010 yılında her gün tütün ürünü kullanan 15 yaş ve üstü bireylerin oranı %25,4 iken 2022 yılı itibariyle bu oran %28,3'e yükselmiştir. Her gün tütün ürünü kullanan erkeklerin oranı 2010'da %39 iken 2022'de %41,3 olarak saptanmıştır. Kadınlarda ise bu oran 12 yıl içinde %25,4'ten %28,3'e yükseldiği belirtilmektedir (9).

2.2. SİGARA BAĞIMLILIĞI

Bağımlılık, literatürde farklı tanımları olmakla birlikte, kişinin kullanmış olduğu maddeden dolayı olumsuz etkilenmesi ve tekrarlayan bırakma girişimlerinin başarısızlıkla sonuçlanması olarak tanımlanabilmektedir. DSÖ tarafından herhangi bir maddenin alımındaki kontrolü kaybetme durumu olarak tanımlanmaktadır. Kişi maddeyi bıraktığında yoksunluk belirtileri gözlemlenir. Sigara bağımlılığı da bağımlılık türleri arasında yer alır ve bağımlılık durumunda birey, sigara kullanımı ve temini için iş ve sosyal hayatından ödün vermektedir. Sigaranın tüm olumsuz etkilerine ve bırakma çabalarına rağmen kulla-

nımına devam etmektedir (10).

2.3. SİGARA BAĞIMLILIĞI ETKİ MEKANİZMASI VE YOKSUNLUK BULGULARI

Temelde nikotin ve diğer bazı bağımlılık yapıcı maddeler sigara alışkanlığın devam etmesine neden olmaktadır. Nikotin hızlı emilimi sayesinde 10-20 saniye içerisinde beyne ulaşır ve nucleus accumbensteki ventral tegmental alanda nikotinic reseptörlere bağlanır. Burada dopamin ve glutamat salınımını artırarak ödül-haz mekanizmasıyla bağımlılık yapıcı etki oluşturur. Dopamin ve glutamat dışında bazı diğer nörotransmitterler üzerine de etki göstererek zindelik, bilişsel fonksiyonlarda artış, iştah azalması da sağlayarak iyilik hissine neden olur. Zamanla, beyin bu artan dopamin seviyelerine uyum sağlar ve aynı etkileri elde etmek için daha fazla nikotin gerekli olan toleransa yol açar (10).

Bağımlı bireylerde sigaranın bir süre tüketilmemesi ile huzursuzluk, sabırsızlık, anksiyete, dikkat dağınıklığı, irritabilite, uyku sorunları, iştah artışı gibi yoksunluk belirtileri görülmektedir. 1-3 gün içerisinde en yüksek seviyeye ulaşan yoksunluk belirtileri 3-4 hafta içerisinde son bulur. Sigara bağımlılığı çoğunlukla iyileşme ve tekrarlamalarla süregelen bir durumdur (11).

2.4. SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ

Nikotin, bilinen en bağımlılık yapıcı maddelerden biridir ve bu tedavi sürecini son derece zorlaştırır. Tedavi aşamasında genellikle davranışsal ve psikolojik müdahale stratejileri ve psikofarmakolojik yöntemleri bir arada kullanmak gerekir. En iyi sonuçlar her iki yaklaşımın birlikte kullanılmasıyla elde edilmektedir. Hastaya sadece bir kere sigarayı bırakmasını önermek bile bırakma oranını artırmaktadır (12).

2.4.1. Davranışsal Tedaviler

Nikotin bağımlılığının tedavisinde etki olduğu gösterilen davranışsal ve psikolojik stratejiler arasında bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel görüşme, kabul ve kararlılık terapisi ve pekiştireç sistemi yer almaktadır. Davranışsal tedavi yaklaşımları genel olarak, sigara içenlere tetikleyicilerden kaçınma ve başa çıkma, istekleri yönetme ve yoksunluk belirtilerini azaltma konularında pratik stratejiler sunar. Bu tedaviler, motivasyon değerlendirmesi, tetikleyicilerin belirlenmesi, ruh hali yönetimi ve tedaviye uyum gibi konuları kapsar ve tedaviye bağlılık, beceri geliştirme, sosyal destek kabulü ve sağlık sorunları yönetimi gibi unsurları teşvik eder (13).

Davranışsal terapi, sigara bırakma sürecinde etkili olduğu bilimsel literatürle des-

teklennmektedir. Bu terapiler, bireyler veya gruplar aracılığıyla çeşitli sağlık hizmeti sağla-
yıcıları veya danışmanlar tarafından uygulanabilir ve genellikle sigarayı bırakmayı dūřu-
nen veya hazırlanan bireylerde kullanılmaktadır. Terapi, sigara içme ile ilişkili geçmiş ođ-
renme sūrelerini ve sigara bırakmayı zorlařtıran mevcut sosyal, davranıřsal ve çevresel
faktōrleri ele almayı amaçlar (14). Hem kısa sūreli (<20 dakika) hem de daha uzun ve yo-
đun (≥20 dakika artı bir veya daha fazla takip ziyareti) mūdahalelerin etkili olduđu gōste-
rilmiştir ve danışmanlık yoğunluğunun artmasıyla sigarayı bırakma başarisının arttığı gō-
rūlmektedir (15).

Motivasyonel gōrūřme, bireylerin davranıř deđiřikliđi konusundaki tereddūtlerini
keşfetmelerine ve ōzmelerine yardımcı olan, direktif, yargılayıcı olmayan, hasta merkezli
ve işbirlikçi bir danışmanlık yōntemidir. İlk olarak alkol bağımlılığını tedavi etmek için
geliştirilen bu yaklaşım, sigara bırakma tedavilerinde de etkili bulunmuştur. Çeşitli alış-
malarda, motivasyonel gōrūřmenin sigarayı bırakmaya hazır olma ve sigara bırakma oran-
larını artırdığı ve genellikle kısa sūreli oturumlarda bile etkili olduğu gōsterilmiřtir (16).

2.4.2. Farmakolojik Tedaviler

Bağımlılık tedavisinde kullanılan farmakolojik yōntemlerin genel amacı, kişideki
nikotin yoksunluđunun fiziksel belirtilerini hafifletmek ve kiřiyi sigara bırakma sūrecinin
davranışsal ve psikolojik yōnlerine odaklanmasına yardımcı olmaktır. Bu ilaçlar, nikotinic
reseptōrleri duyarsızlařtırır ve tūtūn dumanından emilen nikotinin ödūllendirici etkilerini
ortadan kaldırır veya būyūk ölçūde azaltır (17).

Nikotin bağımlılığının tedavisinde kullanılan FDA onaylı ilaçların bırakma oran-
larını genel olarak plaseboya gōre iki katına çıkardığı ve bazı nikotin replasman terapisi
kombinasyonlarının bu oranı daha da artırdığı gōsterilmiřtir. FDA onaylı bırakma ilaçları
nikotin bazlı (nikotin bandı, sakızı, pastili, burun spreyi ve oral inhaleri) ve nikotin bazlı
olmayan bupropion ve vareniklin bulunmaktadır (18).

2.5. PSİKOLOJİK SAğLAMLIK

“Resilience” teriminin, literatūr incelendiđinde gerek çevirisi gerekse ifade ettiđi
anlam açısından uzlaşıya varılmış bir Tūrke karşılığı olmadığı gōrūlmektedir. Uygun gō-
rūlen karřılıkların incelendiđi bir arařtırmada Tūrkiye’de 2000 ve 2017 yılları arasında
yapılmıř lisansūstū tezler ve ULAKBİM Ulusal Veri Tabanında taranan hakemli dergiler-
de yayınlanmış makaleler incelenmiş ve tūrke karşılığı olarak kullanılan “Dayanıklılık”,
“Kendini Toparlama”, “Sağlamlık”, “Yılmazlık”, “Esneklik”, “Dirençlilik” gibi kavramlar

kullanım sıklığına göre değerlendirilmiş ve literatürde en sık “psikolojik dayanıklılık” ve “psikolojik sağlamlık” şeklinde kullanıldığı görülmüştür (19). Farklı disiplinlerde benzer anlamlarda kullanılan “resilience” kelimesi aynı zamanda, bambuların muson yağmurları sırasında yere kadar eğilip sonra eski hale gelmesi gibi örneklerle de açıklanabilmektedir (20). Uluslararası literatürde bir çok farklı ama benzer anlamı olmakla birlikte özet olarak “zorlu yaşam olaylarından sonra iyileşme kapasitesi/adaptasyon yeteneği” şeklinde tanımlanabilir.

İlk defa 1970’lerde ortaya atılan bu terim, psikoloji, sosyoloji ve biyoloji gibi farklı alanlarda giderek artan bir ilgi görmüştür. Bu disiplinler arası ilgi konunun bir miktar karmaşıklığını bir miktar ise çok yönlülüğüne işaret eder niteliktedir. Kavramın tanımsal karmaşasını desteklercesine, psikolojik sağlamlıkla ilgili makalelerin incelendiği bir çalışmada elde edilen en önemli bulgulardan birinin “psikolojik sağlamlık” teriminin ortak bir tanımının olmadığı vurgulanmıştır (21).

İlk ortaya atıldığı yıllarda genellikle bir kişilik özelliği olarak değerlendirilirken günümüzde bu kavram daha dinamik, değişmesi ve öğrenilmesi mümkün bir olgu olarak tarif edilmektedir (22). Uzlaşmaya varılmış bir tanımı olmamasına rağmen literatürde yapılan tanımların paylaştığı belirgin özellikler mevcuttur. Bunlar başlıca psikolojik sağlamlığın temel niteliğinin aktif ve dinamik olduğu, zorlu durumlarla başarılı biçimde mücadele edildiği ve olumlu uyum gösterilerek, yeterli geliştirildiğidir. Bu noktalar birçok farklı çalışmada vurgulanmaktadır (23,24).

Psikolojik sağlamlık ile ilgili literatürdeki çalışmaların son 30 yıllık evrimine baktığında kavramın gittikçe süreç odaklı hale geldiğini çeşitli faktörlerin etkileşimini içerdiğini ve dinamik özelliklere vurgu yapıldığını gözlemlemek mümkündür. Süreç odaklı yaklaşım, ergenliğe kadarki yaşam olaylarının kritik önemine vurgu yapmakla birlikte, psikolojik sağlamlığın şekillenmesinin hayatın sadece belli bir yaş dönemine özgü olmadığını, bireylerin hayatları boyunca yeni deneyimlerle sürekli olarak gelişim ve adaptasyon sağlayabileceklerini vurgulamaktadır (25).

Bazı araştırmacılar psikolojik sağlamlığın risk faktörleri ve koruyucu faktörler olarak adlandırılan iki kavramın etkileşimi neticesinde oluştuğunu ifade etmektedir (26). Risk faktörleri, bireylerin yaşamakta olduğu veya yaşadığı zorluklar olarak tanımlanmaktadır ve genellikle tek başlarına olmadıkları gruplar halinde veya kümülatif olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir. Masten, risk faktörlerinin sayısal olarak artışının, çocuklarda daha fazla

duygusal ve davranışsal soruna yol açtığını ifade etmiştir (27).

Çocukluk çağında makul düzeyde risk faktörüyle karşılaşan çocuklar bunların üstesinden gelebilmekte ancak risk faktörlerinin sayısı arttıkça öğrenme kapasitesinin hızla azaldığı ve davranış sorunlarının arttığı belirtilmiştir (28).

Psikolojik sağlık risk faktörleri ile ilgili pek çok araştırmacı farklı risk ögeleri tanımlamıştır. Bunlardan bazıları; fakirlik, düşük sosyokültürel seviye, aile içi şiddet, kalıtsal hastalıklar, ebeveyn psikopatolojisi (29). Ayrıca riskleri yakın/uzak, değiştirilebilir/değiştirilemez şeklinde sınıflayan araştırmacılar da olmuştur. Masten'e göre bir bireyin psikolojik sağlam olarak tanımlanabilmesi için muhakkak bir zorlukla karşılaşmış olması gerekmektedir. Bir risk ögesinin olmadığı durumdaki bireyler genellikle "yeterli", "uyumlu" veya sadece "normal" olarak tanımlanabilirken bu kişiler için "sağlam" kavramından bahsetmenin uygun olmadığını ifade edilmektedir (30).

Araştırmacılar risk faktörlerine sahip bireylerin risk ögelerinin olumsuz etkilerini, bazı koruyucu faktörleri geliştirerek hafifletebileceğine vurgu yapmaktadırlar (31). Bu risk ögelerini telafi eden koruyucu faktörlerin tanımlanması büyük önem taşımaktadır. Yine pek çok tanımı olmakla birlikte koruyucu faktörler, "kişinin ruh sağlığı ve/veya uzun dönem işlevselliği için katkıda bulunan bir bireysel veya çevresel faktör" şeklinde tanımlanabilmektedir (32).

Pek çok araştırmacı tarafından tanımlanmış bireysel korucu faktörlerden bazıları şunlardır; yüksek zeka, yüksek özsaygı, olumlu mizaç, özkontrol, özgüven, özdüzenleme yetenekleri, kararlılık, problem çözme becerisi, empatik becerisi, öz farkındalık, fiziksel güzellik, merak, mizah duygusu, maneviyat, iyimserlik (20,27,28,33,34).

Dışsal koruyucu faktörler ise aile ortamı, ebeveyn tutumları, bireyin içinde bulunduğu toplulukla kurduğu ilişkiler, sahip olduğu sosyal kaynaklar gibi ögeler bireyin sağlamlılığını etkileyebilmektedir (35).

2.5.1. Psikolojik Sağlık ve Sigara Bağımlılığı

Psikolojik sağlık, bireylerin stresli durumlarla başa çıkma yeteneklerini ifade eden bir kavramdır. Bu kavram, bireylerin olumsuz deneyimlere karşı dayanıklılık gösterme ve bu deneyimlerden güçlenerek çıkma yeteneğini kapsamaktadır (36). Sigara bağımlılığı, yalnızca fiziksel bağımlılıkla değil, aynı zamanda psikolojik bağımlılıkla da ilişkilidir. Psikolojik bağımlılık, bireylerin stres veya sıkıntı durumlarında sigarayı bir başa çıkma aracı olarak görmelerine neden olur. Bu bağlamda, psikolojik sağlamlığı yüksek

bireylerin, sigara içmeyi bir çözüm aracı olarak algılamadıkları ve bu nedenle daha az sigara tükettikleri söylenebilir. Sigara içme beklentisi, bireylerin sigara içme isteğini artırabilirken, psikolojik sağlamlık bu isteği azaltan bir faktör olarak öne çıkmaktadır (37).

2.6. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireyler ve toplum için hayat boyu devam ettirilmesi önem taşıyan, insanların sağlıklarını koruma, geliştirme ve hastalık risklerini azaltma amacıyla gerçekleştirilen eylemlerdir. Yapılan çalışmalarda sağlıklı yaşam tarzının, uzun ömür ve artmış yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (38). DSÖ verilerine göre Gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'i, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin ise neredeyse yarısı bireylerin yaşam tarzlarına bağlı ortaya çıkan hastalıklar nedeniyle olmaktadır (39). Pender'e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının "sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, ve stres yönetimi" olmak üzere altı temel bileşeni bulunmaktadır (40).

2.6.1. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireyin sağlığını koruma çabası göstermesi, iyilik hali için aktif bir şekilde sorumluluk hissetmesi, sağlığını geliştirmek için gereken görevlerin farkında olması ve bu görevleri yerine getirmesidir. Bu kavram, kişinin sağlık konusundaki duyarlılığını ve sağlığına ne derece özen gösterdiğini belirler.

Bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni hali, sigara ve alkol kullanımı, beslenme alışkanlıkları ve gelir seviyesi gibi sosyodemografik değişkenler sağlık sorumluluğunu etkileyen bazı unsurlardır. Sağlık konusunda yeni bilgilere açık olmak, kendi durumunu izlemek ve gerektiğinde sağlık kuruluşlarına başvurarak tetkiklerini yaptırmak, güncel sağlık yayınlarını takip etmek gibi davranışlar kişinin sağlığına verdiği önemi gösterir. Bireylerin sağlık sorumluluğunu aldığı bir toplumda, yaşam tarzındaki değişiklikler birçok sağlık sorununu önlemeye yardımcı olacaktır. Sonuç olarak, bireylerin iyilik halleri, toplumun genel sağlık düzeyinin artmasına katkıda bulunacaktır (40).

2.6.2. Beslenme

Beslenme, büyüme ve gelişim ile vücut fonksiyonlarının sürdürülmesi için gıdalardan yararlanmayı ifade eder ve sağlıklı bir yaşam için kritik öneme sahiptir. Günlük yaşamda alınması gereken temel besinler arasında protein, yağ, karbonhidrat, vitamin, mineral ve su bulunmaktadır. Beslenme ayrıca uluslararası insan hakları çerçevesinde bir hak olarak kabul edilir ve bir ülkenin beslenme durumu, o ülkenin refah düzeyinin en önemli

göstergelerindedir. Sağlıklı bir beslenme için her gün düzenli olarak kahvaltı yapılması, günde üç ana öğün tüketilmesi ve mümkünse bir veya iki ara öğün alınması, yiyeceklerin iyice çiğnenerek yavaş yenilmesi, yağlı yiyeceklerin tüketiminin sınırlandırılması, günlük şeker alımının azaltılması, günlük tuz alımının düşürülmesi, posalı gıdaların daha fazla tüketilmesi, öğün atlamaktan kaçınılması önerilmektedir (40).

Kronik hastalık riskinin azaltılmasında beslenme alışkanlıklarının olumlu yönde değiştirilmesi en önemli faktörlerden biridir. Bireylerin diyetlerinde yaptıkları olumlu değişiklikler, sağlıklarını korurken, yaşlanmayla birlikte ortaya çıkabilecek hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz ve kanser gibi hastalıkların riskini de azaltmaktadır (41).

2.6.3. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, günlük yaşamda kas ve eklemlerin çalıştırılması yoluyla enerji harcanması, solunum ve kalp hızının artması gibi etkileri olan ve yorgunluk hissiyle sonuçlanan hareketlerdir. Bu aktivite büyüme ve gelişmeyi desteklemekle birlikte bir çok kronik rahatsızlığı önlemede de etkilidir. Ayrıca bireylerin kendilerini daha iyi hissetmelerine, daha kaliteli uyumalarına ve günlük işlerinde daha verimli olmalarına yardımcı olur, böylece yaşam kalitesini artırır (40).

2.6.4. Manevi Gelişim

Manevi gelişim, bireyin yaşamın anlamını, kendisiyle ve başkalarıyla olan ilişkilerini, kendini ne ölçüde tanıdığını, evrendeki yerini ve evrenle olan bağlantısını anlama ve kabul etme süreci olarak tanımlanmaktadır. Farklı inanç sistemleri ve bakış açıları mevcut olsa da, her bireyin manevi bir boyutu vardır; bu, yaşam, sağlık, hastalık, üzüntü, acı ve ölüm gibi konuların anlamını keşfetmesine yardımcı olur. Yapılan çalışmalar bireylerin inançlarının, uzun yaşam süresi ve fiziksel hastalıkların tedavileri üzerine olumlu etkilerinin olduğunu vurgulamaktadır.

Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinin tepesinde yer alan "kendini gerçekleştirme" güdüsü bireylerin davranışlarını yönlendiren temel motivasyondur. Bu aşamaya ulaşmış bireyler kendilerini daha iyi tanırlar, güçlü ve zayıf yönlerini daha iyi ayırt edebilirler.

Bireylerin bedensel sağlığına özen göstermesinin yanı sıra, manevi gelişimini de dikkate alması, kendini gerçekleştirme seviyesinin yükselmesine katkı sağlar ve bu da genel sağlığın gelişimine yardımcı olur. Bu nedenle, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanmasında manevi gelişim ve bunun getirdiği kendini gerçekleştirme süreci son de-

rece önemlidir (42,43).

2.6.5. Kişilerarası İlişkiler

Kişilerarası ilişkiler, bireylerin farklı ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla diğer insanlarla etkileşim kurduğu, sağlığın geliştirilmesinde önemli rol oynayan bir kavramdır. Bu ilişkiler, "iki veya daha fazla kişi arasında gelişen, farklı ihtiyaçlardan kaynaklanan ve tanışma aşamasından çeşitli düzeylerle samimiyete ulaşan karşılıklı duygusal etkileşim ve davranışlar" şeklinde tanımlanabilir (44). Güçlü sosyal ilişkiler bireylerin hem zihinsel hem de fiziksel sağlığının iyileşmesine katkıda bulunur. Yapılan çalışmalar diğer değişkenlerden bağımsız olarak güçlü sosyal ilişkilerin sağ kalım oranlarını artırdığını göstermektedir. Tersine sosyal izolasyon ise bireylerin sağ kalım oranları üzerine olumsuz etki yapmaktadır (45).

Sağlıklı bir ilişkinin oluşabilmesi için etkili iletişim şarttır. Kişilerarası ilişkilerde bireylere destek olan kişiler, güven verici bir tutum sergilemeli ve koşulsuz bir yaklaşım benimsemelidir. Kültürel farklılıklar, dini inançlar ve bireylerin farklı yaş dönemlerinde edindikleri deneyimler, bu ilişkilerin dinamiklerini etkileyen önemli unsurlardandır. Güçlü kişilerarası ilişkilere sahip bireyler, sorunlarıyla daha etkili bir şekilde başa çıkma yeteneğine sahip olur; bu da onların üretkenliklerini ve yaşam kalitelerini artırır (46).

2.6.6. Stres Yönetimi

İnsanın tehditler veya zorluklarla karşılaştığında gösterdiği içsel tepkiye stres denir. Çevresel etmenler, sosyokültürel düzey, travmatik yaşam olayları, duygusal zorluklar gibi pek çok faktör stresin nedeni olabilmektedir.

Makul seviyedeki stres, yaşamın devamlılığı, sorunlarla başa çıkılması ve yaşam kalitesinin artırılması için gerekliken, stres düzeyi belirli bir seviyenin üzerine çıktığında bireye zarar vermeye başlar (47). Stres, başta bağışıklık sistemi olmak üzere birçok sistemi olumsuz etkileyerek kronik hastalıkların tetikleyicisi olabilmektedir (48). Kontrol altına alınamayan stres, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının efektif biçimde hayata geçirilmesini de kısıtlar ve bireyleri olumsuz sağlık davranışlarına yönlendirebilir. İyi bir stres yönetimi ise, bireyin fiziksel ve ruhsal dengesini korumasına yardımcı olur, problem çözme ve karar verme yeteneklerini artırarak günlük yaşamda verimliliğin yükselmesini sağlar (49).

2.6.7. Aile Hekimliği'nde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Yeri ve Önemi

Aile hekimliğinin temel alanlarından biri koruyucu hekimliktir. Bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmelerine yönelik çabalar, hastalıkların gelişiminde risk faktörlerinin ortadan kaldırılması, tarama ve erken teşhis uygulamaları, hastalıkların yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması veya ortadan kaldırılması, sağlık müdahalelerinin bireylerin sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini dikkate alarak hareket etme, ayrıca bireylerin sağlık konusundaki yanlış bilgi ve davranışlarını düzeltmek amacıyla danışmanlık ve sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik tüm süreçler, koruyucu hekimliğin kapsamını oluşturur. Tüm hekimler, farklı aşamalarda koruyucu hekimlik uygulamaları gerçekleştirirken, aile hekimleri bu alanda uzmanlaşmış profesyonellerdir. Kayıtlı nüfusun sağlık ve iyilik hallerini korumak veya geliştirmek amacıyla yaptıkları müdahaleler, bireylerin sağlıksız alışkanlıklarını bırakmalarına ve sağlıklı yaşam yaklaşımlarını benimsemelerine yardımcı olacaktır (50).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireylerin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını kontrol edebilme yeteneği ve günlük aktivitelerini düzenlerken sağlık durumlarına uygun seçimler yapabilmesi olarak tanımlanmıştır. Bu davranışları alışkanlık haline getirebilen birey, sağlıklı olma halini koruyabildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye taşıyabilir. Aynı zamanda, kronik hastalıkların önlenmesi, bu hastalıkların varlığında yaşam kalitesinin artırılması ve sağlıklı yaşlanma süreçlerinde da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının büyük bir önemi bulunmaktadır (42). Bu davranışların geliştirilmesi, genellikle aile ve toplum düzeyinde atılan ilk adımlarla başlamakta, ardından eğitim yoluyla çeşitli değişiklikler göstermektedir. Bireylerin sağlıklarının korunması ve iyileştirilmesi, sağlık çalışanlarının en önemli sorumlulukları arasında yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının temel görevlerinden biri, sağlıklı veya hasta bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ETİK KURUL İZİNİ

Çalışma için Konya Ticaret Odası Karatay Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2024/058 kayıt numarası ile 28.06.2024 tarihli olarak onay alınmıştır. Çalışma için Konya Şehir Hastanesi Eğitim Planlama Kurulundan 01.08.2024 tarihli 09-32 nolu karar ile izin alınmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Çalışma analitik, vaka kontrol çalışmasıdır. Araştırma, Konya Şehir Hastanesi'nde 1 Ağustos- 1 Kasım tarihleri arasında çalışma için onam alınarak 18 yaş ve üstü, sigara bırakma polikliniğine ve aile hekimliği polikliniğine başvuran sigara içen hastalar ve aile hekimliği polikliniğine rutin izlemler için başvuran sigara içmeyen benzer sosyodemografik özelliklere sahip sağlıklı bireyler ile yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü G-power İstatistik Paket Programı ile hesaplandı. Buna göre, t testi ile etki büyüklüğü 0.50, gücü 0.95, $\alpha=.05$ olarak belirlendi, böylelikle vaka grubu 92, kontrol grubu 92 olacak şekilde en az 184 katılımcının çalışmaya dahil edilmesi planlandı. 117 vaka grubu 148 kontrol grubu olmak üzere 265 anket dolduruldu 2 adet vaka grubu, 33 kontrol grubu anketinde cevaplanmayan soru olması ve dışlama kriterlerinde olması nedeniyle çalışmaya dahil edilmedi. 115 vaka grubu 115 kontrol grubu olmak üzere toplam 230 kişi ile çalışma tamamlandı.

3.3. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

Çalışma Grubu Dahil Edilme Kriterleri

1. Katılımcıların 18 yaşını doldurmuş olması
2. Katılımcının halihazırda sigara kullanımının olması
3. Katılımcının Aile Hekimliği Polikliniği'ne ya da Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvurmuş olması
4. Katılımcıdan sözlü ve yazılı onam alınmış olması
5. Katılımcının ölçekleri doldurabilecek bilişsel seviyede olması

Çalışma Grubu Dışlama Kriterleri

1. Katılımcının soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliğinin olmaması
2. Katılımcının formların doldurulmasını etkileyecek herhangi bir fiziksel (işitme, konuşma bozukluğu), nörolojik, ruhsal bozukluğa (zihinsel engellilik, psikotik bozukluk) sahip olma-

sı.

3. Katılımcıların gebelik ve emzirme durumunun olması.

4. Katılımcının halihazırda sigarayı bırakmış olması

Kontrol Grubu Dahil Edilme Kriterleri

1. Katılımcının 18 yaşını doldurmuş olması

2. Katılımcının Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvurmuş olması

3. Katılımcıdan yazılı ve sözlü onam alınmış olması

4. Katılımcının ölçekleri doldurabilecek bilişsel seviyede olması

5. Katılımcının hiç sigara içmemiş olması ve halihazırda sigara içmiyor olması

Kontrol Grubu Dışlama Kriterleri

1. Katılımcının soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliğinin olmaması

2. Katılımcının formların doldurulmasını etkileyecek herhangi bir fiziksel (işitme, konuşma bozukluğu), nörolojik, ruhsal bozukluğa (zihinsel engellilik, psikotik bozukluk) sahip olması.

3. Katılımcıların gebelik ve emzirme durumunun olması.

4. Katılımcının daha öncesinde sigara içmiş olması ve halihazırda sigara içiyor olması

3.4. ARAŞTIRMANIN VERİLERİNİN TOPLANMASI

Katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildi ve kabul edenlere gönüllü onam formu imzalatıldı. Gönüllülerden Sosyodemografik Veri Formu, Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği Kısa Formu (CDPSÖKF), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)' yi doldurmaları istendi. Ayrıca sigara kullanımı olan katılımcılara Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ve Sosyodemografik anket bölümündeki sigara içenler için oluşturulmuş 10 soruluk bölüm uygulandı.

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form literatür taraması ve benzer çalışmalardan faydalanarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olup toplam 27 sorudan oluşmaktadır. Formda sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, boy, kilo, aile yapısı, ekonomik durum, sigara ve alkol kullanım durumu gibi) ve klinik özellikler (özgeçmiş ve soygeçmişte kronik hastalık öyküsü gibi) sorgulanmıştır. Ayrıca sigara kullanımı olan katılımcılar için sigara içme alışkanlıklarının değerlendirildiği 10 soruluk bölümü içermektedir.

3.4.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Nikotin bağımlılık düzeyini ölçmek amacıyla Fagerstrom ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek, nikotin bağımlılık düzeyini “çok hafif”, “hafif”, ”orta”, “ileri derece”, “çok ileri derece” bağımlılık olarak belirleyen altı sorudan oluşan bir ölçektir. Katılımcıların Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Ölçek puanları 0-2 arası ise çok hafif, 3-4 arasında hafif, 5 ise orta, 6-7 arasında ise ileri derece, 8-10 arasında ise çok ileri derece bağımlılık olarak ifade edilmiştir (52). Ölçek, Uysal ve arkadaşları tarafından Türkçe’ye uyarlanmış olup geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (53).

3.4.3. Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, 2003 yılında bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerini belirlemek amacıyla Connor ve Davidson tarafından geliştirilmiştir. Özbildirim şeklinde olan bu ölçek, 5’li likert yapıda olup 25 maddeden oluşmaktadır ve bireylerin direnç ve uyum yeteneklerini değerlendirmeyi amaçlar (54). Ölçeğin 10 maddelik kısa formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Campbell-Sills ve Stein (2007) tarafından yapılmış olup Cronbach alfa katsayısı 0,85 olarak bulunmuştur. Bu kısa form beşli likert yapıda olup 0’dan (hiç) 4’e (çok fazla) kadar derecelendirilmiştir. Ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Tek boyutlu olan bu ölçeğin toplam puanı 0-40 arasında değişmekte olup ölçeğin bir kesme puanı yoktur. Daha yüksek puanlar daha yüksek psikolojik sağlam olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Kaya ve Odacı tarafından 2021 yılında yapılmıştır ve Cronbach α katsayısı 0,81 olarak saptanmıştır (55).

3.4.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

İlk versiyonu 1987 yılında Walker tarafından geliştirilen ölçek, 1996 yılında revize edilerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır (56). 52 madde ve “Manevi Gelişim”, “Kişilerarası İlişkiler”, “Beslenme”, “Fiziksel Aktivite”, “Sağlık Sorumluluğu” ve “Stres Yönetimi” şeklinde 6 alt ölçekten oluşan bu ölçek 4’lü likert yapıdadır. Hiçbir zaman (1) ve düzenli olarak (4) şeklinde derecelendirilmiş olup ölçekten alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208’dir. Ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Herhangi bir kesme puanı bulunmayan bu ölçekte yüksek puanlar daha sağlıklı yaşam biçimini göstermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Bahar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır ve Cronbach α katsayısı 0,92 olarak hesaplanmıştır (57).

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırma sonucu elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı ile analiz edildi. Tanımlayıcı analizlerde frekans verileri için sayı (n) ve yüzde (%), sayısal verilerde normal dağılmayan veriler için ortanca (minimum-maksimum), normal dağılan verilerde ortalama \pm standart hata kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi kullanıldı. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testi ile incelendi. Bağımsız iki grupta sayısal verilerin dağılımı normal dağılım göstermeyen verilerde Mann Whitney U testi ile normal dağılım gösteren verilerde Bağımsız Grup T Testi ile değerlendirildi. İlişki seviyelerinin ölçümünde normal dağılım gösteren verilerde Pearson ve normal dağılım göstermeyen verilerde Spearman korelasyon analizleri kullanıldı. Tüm testler için istatistiksel anlamlılık düzeyi %95 güven aralığında $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya 115 sigara içen, 115 sigara içmeyen toplam 230 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların %61,3'ü (n=141) kadın, %38,7'si (n=89) erkeklerden oluşmaktadır. Yaş ortalaması 38,8±10,7 yıldır. BKİ ortalaması 26,0±4,3 kg/m²'dir. Katılımcıların %72,2 (n=166) 'si çalışmaktadır, %69,6'sı (n=160) evli ve %65,7'si (n=151) çocuk sahibidir. Katılımcıların %77,4'ü (n=178) üniversite ve üzeri mezundur. Katılımcıların yarıya yakını (%48,7'si; n=112) gelirinin giderine eşit olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların hemen hemen tamamı (%97,4'ü; n=224) kentte ikamet etmektedir. Katılımcıların %26,1'inde (n=60) kronik hastalık vardır ve %22,6'sı (n=52) sürekli ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların %55,7'si (n=128) birinci derece yakınlarında kronik hastalık olduğunu belirtmiştir, %59,1'i (n=136) ise ailesinde sigara içen biri/birileri olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %15,7'si (n=36) alkol kullanmakta ve %50'si (n=115) sigara içmektedir. (Tablo 1)

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	141	61,3
	Erkek	89	38,7
Yaş, Ort±SS		38,8±10,7	
Boy, Ort±SS		168,0±8,9	
Kilo, Ort±SS		73,6±15,0	
BKİ, Ort±SS		26,0±4,3	
Çalışma durumu	Çalışıyor	166	72,2
	Çalışmıyor	64	27,8
Medeni durum	Evli	160	69,6
	Bekar	70	30,4
Çocuk	Var	151	65,7
	Yok	79	34,3
Eğitim durumu	Lise ve altı	52	22,6
	Üniversite ve üzeri	178	77,4
Gelir durumu	Gelir giderden fazla	74	32,2
	Gelir gidere eşit	112	48,7
	Gelir giderden az	44	19,1
İkamet yeri	Kent	224	97,4
	Kır	6	2,6

Kronik hastalık	Var	60	26,1
	Yok	170	73,9
Sürekli ilaç kullanımı	Var	52	22,6
	Yok	178	77,4
Birinci derece yakında hastalık	Var	128	55,7
	Yok	102	44,3
Alkol	Evet	36	15,7
	Hayır	194	84,3
Ailede sigara içen	Var	136	59,1
	Yok	94	40,9
Sigara	İçiyor	115	50,0
	İçmiyor	115	50,0

BKİ: Beden Kitle İndeksi; **%:** frekans; **Ort:** Ortalama **SS:** Standart Sapma

Katılımcıların cinsiyet ve yaşa göre bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 2’de verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması erkeklerin yaş ortalamasından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p=0,028**). Kadınların BKİ ortalaması erkeklerden anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (**p=0,001**). Kadınların çalışma oranı (%58,9; n=83) erkeklerin çalışma oranından (%93,3; n=83) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (**p<0,001**). Kadınlarda kronik hastalık görülme oranı (%31,2; n=44) erkeklerin oranından (%18; n=16) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p=0,026**). Kadınların alkol kullanma oranı (%9,2; n=13) erkeklerin oranından (%25,8; n=23) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (**p=0,001**). 38 yaş üstünde olan katılımcıların yaş (**p<0,001**) ve BKİ (**p<0,001**) ortalaması 38 yaş ve altı olanlardan anlamlı şekilde yüksektir. 38 yaş üstünde olanların çalışma oranı (**p=0,007**) ve alkol kullanma oranı (**p=0,021**) 38 ve altı olanlardan anlamlı şekilde düşük; evli olma oranı (**p<0,001**), çocuk varlığı oranı (**p<0,001**), kentte yaşama oranı (**p=0,030**), kronik hastalık varlığı oranı (**p<0,001**), sürekli ilaç kullanma oranı (**p<0,001**) ve birinci derece yakında kronik hastalık varlığı oranı (**p<0,001**) 38 ve altı olanların oranlarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. (**Tablo 2**)

Tablo 2. Katılımcıların cinsiyete ve yaşa göre bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Kadın		Erkek		p*	≤38		>38		p*
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Yaş, Ort±SS		40,1±10,3		36,8±11,1		0,028**	30,0±4,7		48,2±6,5		<0,001**
BKİ, Ort±SS		25,3±4,2		27,1±4,0		0,001**	24,6±3,8		27,5±4,2		<0,001**
Çalışma durumu	Çalışıyor	83	58,9	83	93,3	<0,001	95	79,8	71	64,0	0,007
	Çalışmıyor	58	41,1	6	6,7		24	20,2	40	36,0	
Medeni durum	Evli	96	68,1	64	71,9	0,539	64	53,8	96	86,5	<0,001
	Bekar	45	31,9	25	28,1		55	46,2	15	13,5	
Çocuk durumu	Var	95	67,4	56	62,9	0,488	54	45,4	97	87,4	<0,001
	Yok	46	32,6	33	37,1		65	54,6	14	12,6	
Eğitim durumu	Lise ve altı	32	22,7	20	22,5	0,969	25	21,0	27	24,3	0,548
	Üniversite ve üzeri	109	77,3	69	77,5		94	79,0	84	75,7	
Gelir durumu	Gelir giderden fazla	38	27,0	36	40,4	0,097	39	32,8	35	31,5	0,960
	Gelir gidere eşit	73	51,8	39	43,8		58	48,7	54	48,6	
	Gelir giderden az	30	21,3	14	15,7		22	18,5	22	19,8	
İkamet yeri	Kent	137	97,2	87	97,8	0,785	113	95,0	111	100,0	0,030
	Kır	4	2,8	2	2,2		6	5,0	0	0	
Kronik hastalık	Var	44	31,2	16	18,0	0,026	17	14,3	43	38,7	<0,001
	Yok	97	68,8	73	82,0		102	85,7	68	61,3	
Sürekli ilaç kullanımı	Var	36	25,5	16	18,0	0,182	12	10,1	40	36,0	<0,001
	Yok	105	74,5	73	82,0		107	89,9	71	64,0	
Birinci derece yakında hastalık	Var	81	57,4	47	52,8	0,490	51	42,9	77	69,4	<0,001
	Yok	60	42,6	42	47,2		68	57,1	34	30,6	
Alkol	Evet	13	9,2	23	25,8	0,001	25	21,0	11	9,9	0,021
	Hayır	128	90,8	66	74,2		94	79,0	100	90,1	
Ailede sigara içen	Var	88	62,4	48	53,9	0,203	70	58,8	66	59,5	0,922
	Yok	53	37,6	41	46,1		49	41,2	45	40,5	

*Kikare analizi, **Student t testi uygulanmıştır. %: frekans; **Ort**: Ortalama **SS**: Standart Sapma

Sigara içen katılımcıların sigara içme alışkanlıklarına ait bazı özellikler Tablo 3'te verilmiştir. Sigara içen katılımcıların (n=115) ilk sigaraya başlama yaş ortalaması 18,0±5,1 ve ortalama sigara kullanım süresi 16,8±10,1 yıl olarak bulundu. Sigara içen katılımcıların %50,4'ü özenme, %50,4'ü merak, %40,9'u stres, %21,7'si üzüntü, %10,4'ü kendini ispat-

lama, %5,2'si çevre baskısı, %3,5'i yasağa tepki ve %0,9'u ise bırakabileceğine olan inancı nedeni ile sigaraya başladıklarını belirtmiştir. Sigara içen 115 kişinin 82'si (%71,3) daha önce sigara bırakmayı denemiştir. Deneyenlerin büyük çoğunluğu (%62,2; n=51) bir iki defa denemiş olup; deneyenlerin yaklaşık üçte biri (%28,0; n=23) bir yıl ve üzerinde bir süre bıraktığını belirtmiştir. Sigara bırakmayı deneyen yaklaşık her 10 katılımcıdan dokuzu (%89,0; n=73) bu süreçte zorluk yaşadığını bildirmiştir. En sık yaşanan zorluk aşırı sigara içme isteği (%65,8; n=48) ve sinirlilik (% 64,4; n= 47) olmuştur. Katılımcıların yaklaşık dörtte biri (%32,9; n=27) sigarayı bırakmak için profesyonel destek almış olup destek alanların yaklaşık yarısı (48,1; n=13) ilaç tedavisi ile sigara bırakmayı denediğini belirtmiştir. Sigara içenlerin %42,6'sı (n=49) sigarayı bırakmak istediklerini belirtmiştir ve bırakmak istemelerine sebep olarak en sık sağlığını korumak için (%67,3; n=33) cevabını vermişlerdir. Sigara içenlerin %57,4'ü (n=66) sigarayı bırakmak istemediğini belirtmiştir. (Tablo 3)

Tablo 3. Sigara içen katılımcıların sigara içme alışkanlıklarına ait bazı özellikler

Sigara içen katılımcılar (n=115)			
		n	%
İlk sigara içme yaşı,		18,0±5,1	
Ort±SS			
Sigara içme süresi,		16,8±10,1	
Ort±SS			
Sigaraya başlama nedeni*	Özenme	58	50,4
	Merak	58	50,4
	Stres	47	40,9
	Üzüntü	25	21,7
	Kendini ispatlama	12	10,4
	Çevre baskısı	6	5,2
	Yasağa tepki	4	3,5
	Bırakabileceğim inancı	1	,9
Daha önce bırakmayı deneme	Evet	82	71,3
	Hayır	33	28,7
(n=82)	1-2 defa	51	62,2
Bırakmayı deneme sayısı	3-10 defa	24	29,3
	>10 defa	7	8,5
	1-6 gün	7	8,5
Bırakma süresi	7-29 gün	13	15,9
	1-3 ay	19	23,2
	4-11 ay	20	24,4
	1 yıl ve üzeri	23	28,0

Bırakırken güçlük yaşama durumu	Yaşayan	73	89,0
	Yaşamayan	9	11,0
Yaşanılan güçlük*	Aşırı sigara içme isteği	48	65,8
	Sinirlilik	47	64,4
	Konsantrasyon bozukluğu	23	31,5
	İştah artışı	19	26,0
	Baş ağrısı	19	26,0
	Uyku bozukluğu	14	19,2
	Kabızlık	8	11,0
	Ağız yarası	4	5,5
	Stres	3	4,1
	Baş ve yüzde uyuşma	3	4,1
Sigara bırakmak için profesyonel destek alma durumu	Evet	27	32,9
	Hayır	55	67,1
Sigara bırakmak için kullanılan yöntemler*	İlaç	13	48,1
	Bant	11	40,7
	Sakız	10	37,0
	Biyorezonans	1	3,7
	Akupunktur	1	3,7
	Psikoterapi	1	3,7
Şu anda sigarayı bırakmayı isteme	Var	49	42,6
	Yok	66	57,4
Sigarayı bırakmayı isteme nedeni*	Sağlığı koruma	33	67,3
	Sağlığı kaybetme korkusu	23	46,9
	Sağlık sorunu	20	40,8
	Çevreye örnek olma	17	34,7
	Ekonomik nedenler	14	28,6
	Çevre zarar verdiği düşüncesi	14	28,6
	Kokusu	12	24,5
	Toplum baskısı	6	12,2
	Doktor tavsiyesi	2	4,1
	İnanç	2	4,1

*Katılımcılar tarafından birden fazla seçenek işaretlenmiştir; **Ort:** Ortalama **SS:** Standart Sapma

Sigara içen katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'ne verdikleri yanıtların dağılımı ve bağımlılık düzeyleri Tablo 4'te yer almaktadır. Katılımcıların yaklaşık yarısı (%47,8; n=55) günde 11-20 adet sigara içmektedir. Katılımcıların %27,8'ü (n=32) uyardıktan sonraki ilk beş dakika içerisinde sigara içtiğini belirtmiştir. Katılımcıların %44,3'ü (n=51) sigara içilmesi yasak olan yerlerde yasağa uymakta zorlandığını belirtmiştir. Katılımcıların %37,4'ünün (n=43) vazgeçmekte en çok zorlandığı sigara sabah ilk içilen sigara-

dır. Katılımcıların %42,6'si (n=49) günün ilk saatlerinde diğer zamanlara göre daha sık sigara içtiğini belirtmiştir. Katılımcıların yaklaşık üçte biri(%33,9; n=39) ağır hastalık durumunda dahi sigara içtiğini belirtmiştir. Sigara içen katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan ortalaması $4,0\pm 2,0$ puandır. Teste göre katılımcıların %23,5'i (n=27) düşük düzey, %70,4'ünün (n=81) orta düzey ve % 6,1'inin (n=7) yüksek düzey bağımlılığa sahiptir. (Tablo 4)

Tablo 4. Sigara içen katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'ne verdikleri yanıtların dağılımı ve bağımlılık düzeyleri

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (n=115)		n	%
Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?	10 veya daha az	28	24,3
	11-20	55	47,8
	21-30	19	16,5
	31 ve üzeri	13	11,3
İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar sonra içersiniz?	İlk 5 dk içerisinde	32	27,8
	6-30 dk içerisinde	36	31,3
	31-60 dk içerisinde	21	18,3
	1 saatten sonra	26	22,6
Sigara içilmesi yasak yerlerde yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?	Evet	51	44,3
	Hayır	64	55,7
En çok vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?	Sabah İlk içilen sigara	43	37,4
	Diğerleri	72	62,6
Sigarayı günün ilk saatlerinde sonraki saatlere göre daha sık içiyor musunuz?	Evet	49	42,6
	Hayır	66	57,4
Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz?	Evet	39	33,9
	Hayır	76	66,1
FNBT düzeyi	Düşük düzey	27	23,5
	Orta düzey	81	70,4
	Yüksek düzey	7	6,1
FNBT toplam; Ort±SS		4,0±2,0	

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi; **Ort:**Ortalama ; **SS:**Standart Sapma;

Araştırmaya katılan katılımcıların Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Kısa Formu (CDPSÖKF)'na verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 5'de gösterilmiştir. Ölçek maddelerine verilen cevaplar arasında en çok yanıtlanan seçenekler incelendiğinde; 'Neredeyse Her Zaman Doğru' yanıtı %20,9 ile "Engeller olsa da hedeflerime ulaşacağıma inanırım" %19,6 ile "Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm" cümlesine verilmiştir. 'Sıklıkla Doğru' yanıtı %40,4 ile "Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim" , %36,1 ile "Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla baş

edebilirim” cümlesine verilmiştir. ‘Bazen Doğru’ yanıtı %40,9 ile “Sorunlarla karşılaştığım zaman, onların komik yönlerini görmeye çalışırım” cümlesine verilmiştir. ‘Nadiren Doğru’ yanıtı %26,5 ile “Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim” yanıtına verilmiştir. ‘Hiç Doğru Değil’ yanıtı %13 ile “Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim” cümlesine verilmiştir. Katılımcıların CDPSÖKF puan ortalaması 23,2±8,2 puandır. (Tablo 5)

Tablo 5. Araştırmaya katılan hastaların Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği Kısa Formu’na verdikleri yanıtların dağılımı

	(0) Hiç Doğru Değil	(1) Nadiren Doğru	(2) Bazen Doğru	(3) Sıklıkla Doğru	(4) Neredeyse Her Zaman Doğru
Ölçek Maddeleri (n=230)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.	2 (0,9)	28 (12,2)	67 (29,1)	93 (40,4)	40 (17,4)
2. Önüme çıkan her şeyle başa çıkabilirim.	5 (2,2)	28 (12,2)	82 (35,7)	82 (35,7)	33 (14,3)
3. Sorunlarla karşılaştığım zaman, onların komik yönlerini görmeye çalışırım.	25 (10,9)	51 (22,2)	94 (40,9)	43 (18,7)	17 (7,4)
4. Stresle mücadele etmek durumunda kalmak, beni daha da güçlendirebilir.	27 (11,7)	52 (22,6)	72 (31,3)	54 (23,5)	25 (10,9)
5. Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim.	10 (4,3)	38 (16,5)	73 (31,7)	72 (31,3)	37 (16,1)
6. Engeller olsa da hedeflerime ulaşacağıma inanırım.	6 (2,6)	29 (12,6)	67 (29,1)	80 (34,8)	48 (20,9)
7. Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.	30 (13,0)	61 (26,5)	71 (30,9)	51 (22,2)	17 (7,4)
8. Başarısızlık karşısında kolay pes etmem.	13 (5,7)	35 (15,2)	63 (27,4)	77 (33,5)	42 (18,3)
9. Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm.	5 (2,2)	30 (13,0)	68 (29,6)	82 (35,7)	45 (19,6)
10. Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla baş edebilirim.	12 (5,2)	40 (17,4)	63 (27,4)	83 (36,1)	32 (13,9)
CDPSÖKF Toplam Puanı Ort±SS	23,2±8,2				

%: frekans ; **CDPSÖKF**: Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği Kısa Formu; **Ort**:Ortalama ; **SS**:Standart Sapma

Araştırmaya katılan hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYB-DÖ II)’ye verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 6’da gösterilmiştir. Ölçek maddelerine verilen cevaplar arasında en çok yanıtlanan seçenekler incelendiğinde; ‘Düzenli Olarak’ yanıtı % 67,4 ile “ İlahi bir gücün varlığına inanırım”, % 43 ile “İnsanları başarıları için takdir ede-

rim”, %42,2 ile “Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım” cümlesine verilmiştir. ‘Sık Sık’ yanıtı %46,5 ile “Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim”, %43,9 ile “ Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım” , %43 ile “İnsanları başarıları için takdir ederim” cümlesine verilmiştir. ‘Bazen’ yanıtı % 55,2 ile “Her gün 3-5 öğün sebze yerim” , %52,6 ile “Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım” %51,3 ile “Her gün 2-4 öğün meyve yerim” cümlesine verilmiştir. ‘Hiçbir Zaman’ yanıtı %52,6 ile “Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım” %51,7 ile “Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım” cümlesine verilmiştir. Katılımcıların SYBDÖ II puan ortalaması 125,1±22,9 puandır. **(Tablo 6)**

Tablo 6. Araştırmaya katılan hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’ye verdikleri yanıtların dağılımı

	(1) Hiçbir Zaman	(2) Bazen	(3) Sık Sık	(4) Düzenli Olarak
Ölçek maddeleri (n=230)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım	12 (5,2)	97 (42,2)	94 (40,9)	27 (11,7)
2. Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim	55 (23,9)	110 (47,8)	47 (20,4)	18 (7,8)
3. Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım	12 (5,2)	105 (45,7)	78 (33,9)	35 (15,2)
4. Düzenli bir egzersiz programı yaparım	81 (35,2)	110 (47,8)	30 (13,0)	9 (3,9)
5. Yeterince uyurum	26 (11,3)	98 (42,6)	70 (30,4)	36 (15,7)
6. Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim	6 (2,6)	79 (34,3)	107 (46,5)	38 (16,5)
7. İnsanları başarıları için takdir ederim	3 (1,3)	29 (12,6)	99 (43,0)	99 (43,0)
8. Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım	63 (27,4)	109 (47,4)	43 (18,7)	15 (6,5)
9. Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum	86 (37,4)	90 (39,1)	36 (15,7)	18 (7,8)
10. Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)	82 (35,7)	78 (33,9)	45 (19,6)	25 (10,9)
11. Her gün rahatlamak için zaman ayırırım	47 (20,4)	109 (47,4)	57 (24,8)	17 (7,4)
12. Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım	12 (5,2)	48 (20,9)	73 (31,7)	97 (42,2)
13. İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm	9 (3,9)	53 (23,0)	96 (41,7)	72 (31,3)

14. Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim	104 (45,2)	85 (37,0)	32 (13,9)	9 (3,9)
15. Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım	26 (11,3)	87 (37,8)	80 (34,8)	37 (16,1)
16. Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm	65 (28,3)	85 (37,0)	57 (24,8)	23 (10,0)
17. Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim	14 (6,1)	88 (38,3)	90 (39,1)	38 (16,5)
18. Geleceğe umutla bakarım	15 (6,5)	59 (25,7)	90 (39,1)	66 (28,7)
19. Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım	8 (3,5)	62 (27,0)	89 (38,7)	71 (30,9)
20. Her gün 2-4 öğün meyve yerim	59 (25,7)	118 (51,3)	34 (14,8)	19 (8,3)
21. Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım	39 (17,0)	121 (52,6)	52 (22,6)	18 (7,8)
22. Boş zamanlarımda yüzmeye, dans etmeye, bisiklete binmeye gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım	103 (44,8)	85 (37,0)	29 (12,6)	13 (5,7)
23. Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm	31 (13,5)	103 (44,8)	70 (30,4)	26 (11,3)
24. Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim	14 (6,1)	75 (32,6)	92 (40,0)	49 (21,3)
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır	10 (4,3)	66 (28,7)	89 (38,7)	65 (28,3)
26. Her gün 3-5 öğün sebze yerim	61 (26,5)	127 (55,2)	28 (12,2)	14 (6,1)
27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım	18 (7,8)	97 (42,2)	79 (34,3)	36 (15,7)
28. Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım	121 (52,6)	69 (30,0)	29 (12,6)	11 (4,8)
29. Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım	42 (18,3)	95 (41,3)	74 (32,2)	19 (8,3)
30. Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım	14 (6,1)	58 (25,2)	97 (42,2)	61 (26,5)
31. Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum	9 (3,9)	50 (21,7)	96 (41,7)	75 (32,6)
32. Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim	33 (14,3)	114 (49,6)	54 (23,5)	29 (12,6)
33. Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim	84 (36,5)	92 (40,0)	41 (17,8)	13 (5,7)
34. Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (Örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	59 (25,7)	94 (40,9)	52 (22,6)	25 (10,9)
35. İş ve eğlence zamanımı dengelerim	33 (14,3)	95 (41,3)	82 (35,7)	20 (8,7)
36. Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum	53 (23,0)	117 (50,9)	48 (20,9)	12 (5,2)

37. Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım	47 (20,4)	99 (43,0)	61 (26,5)	23 (10,0)
38. Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim	52 (22,6)	116 (50,4)	43 (18,7)	19 (8,3)
39. Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım	66 (28,7)	95 (41,3)	51 (22,2)	18 (7,8)
40. Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim	93 (40,4)	80 (34,8)	44 (19,1)	13 (5,7)
41. Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım	96 (41,7)	80 (34,8)	38 (16,5)	16 (7,0)
42. Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım	11 (4,8)	53 (23,0)	101 (43,9)	65 (28,3)
43. Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım	26 (11,3)	92 (40,0)	80 (34,8)	32 (13,9)
44. Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum	76 (33,0)	80 (34,8)	37 (16,1)	37 (16,1)
45. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım	119 (51,7)	78 (33,9)	21 (9,1)	12 (5,2)
46. Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım	111 (48,3)	76 (33,0)	35 (15,2)	8 (3,5)
47. Yorulmaktan kendimi korurum	59 (25,7)	103 (44,8)	53 (23,0)	15 (6,5)
48. İlahi bir gücün varlığına inanırım	6 (2,6)	22 (9,6)	47 (20,4)	155 (67,4)
49. Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim	7 (3,0)	53 (23,0)	97 (42,2)	73 (31,7)
50. Kahvaltı yaparım	20 (8,7)	69 (30,0)	67 (29,1)	74 (32,2)
51. Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım	28 (12,2)	73 (31,7)	76 (33,0)	53 (23,0)
52. Yeni deneyimlere ve durumlara açığım	10 (4,3)	52 (22,6)	97 (42,2)	71 (30,9)

SYBDÖ II toplam puan Ort±SS

125,1±22,9

%; frekans; Ort:Ortalama ; SS:Standart Sapma ; **SYBDÖ II**: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Katılımcıların Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Kısa Formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II; Sağlık Sorumluluğu, Fiziksel Aktivite, Beslenme, Manevi Gelişim, Kişilerarası İlişkiler, Stres Yönetimi alt boyutları ile birlikte toplam puan ve cronbach alpha değerleri Tablo 7’de gösterilmiştir. (**Tablo 7**)

Tablo 7. Katılımcıların Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Kısa Formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ölçeklerinin toplam puanı ve cronbach alfa değerleri

	Ort±SS	Cronbach Alfa Değeri
CDPSÖKF puanı	23,2±8,2	0,923
Sağlık sorumluluğu	20,2±5,4	0,858
Fiziksel aktivite	15,4±5,3	0,880
Beslenme	19,4±4,4	0,719
Manevi gelişim	26,0±5,0	0,836
Kişilerarası ilişkiler	25,6±4,8	0,826
Stres yönetimi	18,4±3,8	0,678
SYBDÖ II toplam	125,1±22,9	0,944

CDPSÖKF: Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Kısa Formu; **SYBDÖ II:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II; **Ort:**Ortalama; **SS:**Standart Sapma;

Katılımcıların cinseyetlerine göre CDPSÖKF, SYBDÖ II ve alt boyutları ile birlikte toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 8’de verilmiştir. Kadın katılımcıların “Sağlık Sorumluluğu” ($p<0,001$), “Beslenme” ($p=0,006$), “Kişilerarası İlişkiler” ($p=0,004$), “Stres Yönetimi” ($p=0,020$) alt boyut puanları ve SYBDÖ II toplam puanı ($p=0,007$) erkek katılımcıların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. (Tablo 8)

Tablo 8. Cinsiyete göre ölçek puanlarının alt boyutları ile karşılaştırılması

	Kadın Ort±SS	Erkek Ort±SS	P*
CDPSÖKF toplam puanı	22,9±8,3	23,6±8,0	0,545
Sağlık sorumluluğu	21,3±5,4	18,5±5,0	<0,001**
Fiziksel aktivite	15,3±5,1	15,6±5,6	0,858**
Beslenme	20,1±4,3	18,4±4,4	0,006**
Manevi gelişim	26,4±5,0	25,4±4,9	0,137
Kişilerarası ilişkiler	26,3±4,6	24,4±5,0	0,004

Stres yönetimi	18,9±3,8	17,7±3,9	0,020
SYBDÖ II toplam puanı	128,3±22,5	120,0±22,6	0,007

*Kikare analizi; **Student t testi,. **SYBDÖ II**: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II; **CDPSÖKF**: Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Kısası Formu ; **Ort**:Ortalama; **SS**:Standart Sapma

Araştırmaya katılan katılımcıların sigara içme durumuna göre bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 9’da verilmiştir. Erkeklerin sigara içme oranı (%54,8; n=63) kadınların sigara içme oranından (%45,2; n=52) anlamlı şekilde yüksektir (**p<0,001**). Kadın katılımcılar arasında sigara içmeyenler (%63,1; n=89) içenlerden , erkek katılımcılar arasında ise sigara içenler (%70,8;n=63) içmeyenlerden anlamlı olarak yüksektir (**p<0,001**). Çalışanların sigara içme oranı (%79,1; n=91) çalışmayanların sigara içme oranından (%20,9; n=24) anlamlı şekilde yüksektir (**p=0,019**). Lise ve altı mezunu olanların sigara içme oranı (%29,6; n=34) üniversite ve üzeri mezun olanların oranından (%70,4; n=81) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p=0,012**). Sigara içme durumu ile yaş (p=0,051) ve BKİ açısından (p=0,236) anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Sigara içen ve içmeyen katılımcılar arasında medeni durum (p=1,000), çocuk varlığı (p=0,890), gelir durumu (p=0,691) ve ikamet yeri (p=0,683) açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Kronik hastalık durumu (p=0,548), sürekli ilaç kullanım durumu (p=0,528) ve birinci derece yakınlarında kronik hastalık öyküsü varlığı (p=0,063) açısından sigara içen ve içmeyen katılımcılar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Sigara içenlerin alkol kullanma oranı (%28,7; n=33) sigara içmeyenlerin alkol kullanım oranından (%2,6; n=3) anlamlı şekilde yüksektir (**p<0,001**). Sigara içenlerin ailesinde sigara içme oranı (%70,4; n=81) sigara içmeyenlerin oranından (%47,8; n=55) anlamlı şekilde yüksektir (**p<0,001**). (Tablo 9)

Tablo 9. Katılımcıların sigara içme durumuna göre bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Sigara içen		Sigara içmeyen		p*
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	52	45,2 (36,9)	89	77,4 (63,1)	<0,001
	Erkek	63	54,8 (70,8)	26	22,6 (29,2)	
Yaş, Ort±SS		37,4±10,2		40,3±11,0		0,051**
BKİ, Ort±SS		26,3±4,4		25,6±4,1		0,236**
Çalışma durumu	Çalışıyor	91	79,1	75	65,2	0,019
	Çalışmıyor	24	20,9	40	34,8	

Medeni durum	Evli	80	69,6	80	69,6	1,000
	Bekar	35	30,4	35	30,4	
Çocuk	Var	75	65,2	76	66,1	0,890
	Yok	40	34,8	39	33,9	
Eğitim durumu	Lise ve altı	34	29,6	18	15,7	0,012
	Üniversite ve üzeri	81	70,4	97	84,3	
Gelir durumu	Gelir giderden fazla	38	33,0	36	31,3	0,691
	Gelir gidere eşit	53	46,1	59	51,3	
	Gelir giderden az	24	20,9	20	17,4	
İkamet yeri	Kent	111	96,5	113	98,3	0,683
	Kır	4	3,5	2	1,7	
Kronik hastalık	Var	28	24,3	32	27,8	0,548
	Yok	87	75,7	83	72,2	
Sürekli ilaç kullanımı	Var	28	24,3	24	20,9	0,528
	Yok	87	75,7	91	79,1	
Birinci derece yakında hastalık	Var	57	49,6	71	61,7	0,063
	Yok	58	50,4	44	38,3	
Alkol	Evet	33	28,7	3	2,6	<0,001
	Hayır	82	71,3	112	97,4	
Ailede sigara içen	Var	81	70,4	55	47,8	<0,001
	Yok	34	29,6	60	52,2	

*Kikare analizi; %: frekans; **Student t testi uygulanmıştır.

Sigara içenlerin Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Kısa Formu toplam puanı ($p=0,046$), Sağlık Sorumluluğu puanı ($p<0,001$), Fiziksel Aktivite puanı ($p=0,002$), Beslenme puanı ($p<0,001$), Manevi Gelişim puanı ($p=0,034$), Stres Yönetimi puanı ($p=0,005$) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II toplam puanı ($p<0,001$) sigara içmeyenlerin puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Sigara içenler ve sigara içmeyenler arasında Kişilerarası İlişkiler alt boyutu puanı ($p=0,096$) açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. (Tablo 10)

Tablo 10. Sigara içme durumuna göre ölçek puanlarının alt boyutları ile karşılaştırılması

	Sigara içen	Sigara içmeyen	p*
	Ort±SS	Ort±SS	
CDPSÖKF toplam puanı	22,1±8,0	24,2±8,2	0,046
Sağlık sorumluluğu	18,9±5,3	21,5±5,2	<0,001**
Fiziksel aktivite	14,3±5,0	16,5±5,4	0,002**
Beslenme	18,3±4,2	20,6±4,4	<0,001**
Manevi gelişim	25,3±5,3	26,7±4,5	0,034
Kişilerarası ilişkiler	25,1±4,9	26,1±4,	0,096
Stres yönetimi	17,7±3,9	19,1±3,6	0,005
SYBDÖ II toplam puanı	119,6±23,1	130,5±21,4	<0,001

SYBDÖ II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II; **CDPSÖKF:** Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Kısası Formu; **Student t testi uygulanmıştır; *Kikare analizi

Sigara içmeyen katılımcılardan; çalışanların CDPSÖKF toplam puanı çalışmayanlardan anlamlı şekilde yüksektir (**p=0,041**), bekarların Fiziksel Aktivite puanı evlilerin puanından anlamlı şekilde yüksektir (**p=0,001**), çocuğu olanların Fiziksel Aktivite puanı çocuğu olmayanların puanından anlamlı şekilde yüksektir (**p=0,008**), üniversite ve üzeri mezunu olanların Beslenme puanı lise ve altı mezunu olanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p=0,023**). Sigara içmeyen katılımcıların gelir durumu ile Manevi Gelişim puanı açısından anlamlı farklılık görülmüş olup bu farklılık gelir giderden fazla ile gelir giderden az grubu arasındaki farktan kaynaklanmış ve gelir giderden fazla olanların puanı daha yüksektir (**p=0,019**). Sigara içmeyen katılımcılar arasında gelir durumu ile Kişilerarası İlişkiler puanı açısından anlamlı farklılık görülmüş olup bu farklılık gelir giderden az ile diğer gruplar arasındaki farktan kaynaklanmış ve gelir giderden az olanların puanı daha düşüktür (**p=0,042**). Sigara içmeyen katılımcılar arasında kronik hastalık öyküsü ve sigara ve alkol kullanım özellikleri ile ölçek puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). (Tablo 11)

Tablo 11. Sigara içmeyen katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

		CDPSÖKF Toplam	Sağlık So- rumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBDÖ II Toplam
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet	Kadın	23,5±8,5	21,8±5,2	16,0±5,1	20,8±4,4	26,5±4,5	26,3±4,7	19,2±3,7	130,5±21,9
	Erkek	26,7±6,7	20,8±5,4	18,2±6,1	19,9±4,5	27,2±4,3	25,5±4,8	19,0±3,4	130,5±20,3
p		0,078*	0,338	0,086	0,291	0,484	0,429	0,778	0,996
Çalışma durumu	Çalışıyor	25,4±8,3	21,7±5,2	16,5±5,2	20,7±4,4	27,2±4,6	26,3±5,1	19,4±3,7	131,7±21,7
	Çalışmıyor	22,1±7,7	21,3±5,3	16,3±5,7	20,4±4,3	25,7±4,1	25,8±4,2	18,7±3,6	128,3±20,9
p		0,041*	0,506*	0,751*	0,689*	0,092*	0,637*	0,375*	0,414*
Medeni durum	Evli	23,6±8,2	21,8±5,2	15,3±4,8	20,7±4,5	26,7±4,3	26,2±4,7	18,8±3,7	129,5±21,6
	Bekar	25,6±8,2	21,0±5,3	19,1±5,8	20,4±4,3	26,7±4,9	25,8±4,9	19,8±3,5	132,8±21,2
p		0,239*	0,534*	0,001*	0,915*	0,930*	0,642*	0,180*	0,448*
Çocuk	Var	23,3±8,3	22,0±5,2	15,5±5	20,7±4,5	26,6±4,3	26,0±4,6	18,7±3,7	129,5±22
	Yok	26,1±7,7	20,7±5,3	18,4±5,6	20,3±4,1	26,8±4,8	26,3±5	20,0±3,4	132,5±20,4
p		0,089*	0,311*	0,008*	0,727*	0,854*	0,786*	0,077*	0,489*
Eğitim durumu	Lise ve altı	25,0±9	20,6±5,1	14,8±4,9	18,5±3,3	25,9±3	24,7±3,4	17,7±3,2	122,1±16,8
	Üniversite ve üzeri	24,1±8,1	21,7±5,3	16,8±5,4	21,0±4,5	26,8±4,7	26,4±4,9	19,4±3,7	132,1±21,9
p		0,668*	0,291*	0,139*	0,023*	0,412*	0,160*	0,072*	0,070*
Gelir durumu	Gelir giderden fazla	26,0±6,3	22,7±4,4	15,9±5	21,0±3,8	27,7±4,2 ^a	26,6±4,3 ^a	19,9±3,3	133,7±17,2
	Gelir gidere eşit	24,1±9,1	21,5±6	16,6±5,6	20,4±4,8	26,9±4,6 ^{a,b}	26,6±5,1 ^a	19,2±4	131,3±24,4
	Gelir giderden az	21,5±8	19,5±3,5	17,0±5,4	20,5±4,2	24,3±3,9 ^a	23,7±3,7 ^b	17,7±2,5	122,6±17,5
p		0,141**	0,055***	0,777***	0,279***	0,019**	0,042**	0,101**	0,167**
İkamet yeri	Kent	24,4±8,2	21,5±5,3	16,5±5,3	20,6±4,4	26,7±4,5	26,1±4,8	19,1±3,7	130,5±21,6
	Kır	16,5±7,8	23,5±2,1	14,0±8,5	21,5±6,4	24,5±2,1	28,0±5,7	19,0±0	130,5±7,8
p		0,179*	0,441*	0,538*	0,763*	0,488*	0,573*	0,957*	0,999*
Kronik hastalık	Var	23,1±9	21,7±5,6	15,0±4,9	20,3±4,1	26,5±5	25,4±4,8	19,0±4,1	127,8±22,9
	Yok	24,7±7,9	21,5±5,1	17,0±5,5	20,7±4,5	26,8±4,3	26,4±4,7	19,2±3,5	131,6±20,9
p		0,370*	0,950*	0,065*	0,955*	0,747*	0,324*	0,756*	0,397*
Sürekli ilaç kullanımı	Var	23,2±9,1	22,2±6	15,1±4,9	21,1±3,8	26,8±4,7	25,4±3,9	19,3±3,9	129,8±22,6
	Yok	24,5±8	21,4±5	16,8±5,4	20,4±4,5	26,7±4,4	26,3±4,9	19,1±3,6	130,7±21,3
p		0,493*	0,558*	0,175*	0,312*	0,898*	0,394*	0,818*	0,861*
Birinci derece yakında kronik hastalık	Var	24,8±8,6	21,8±5	16,0±5,4	20,8±4	26,9±4,5	26,0±4,6	19,2±3,5	130,8±20,5
	Yok	23,3±7,6	21,1±5,6	17,2±5,3	20,3±5	26,3±4,4	26,3±5,1	19,0±3,9	130,1±23,2
p		0,324*	0,549*	0,182*	0,201*	0,437*	0,809*	0,709*	0,873*
Alkol	Evet	28,7±11	18,3±5,5	14,0±4,4	17,7±1,5	26,7±7,8	24,0±7,2	17,3±3,2	118,0±24,2
	Hayır	24,1±8,1	21,6±5,2	16,5±5,4	20,7±4,4	26,7±4,4	26,2±4,7	19,2±3,6	130,9±21,4
p		0,345*	0,338*	0,413*	0,222*	0,994*	0,437*	0,386*	0,307*

Ailede sigara içen	Var	23,4±8,8	22,1±5,1	16,4±5,5	20,3±4,7	26,4±4,7	25,9±4,9	19,1±4	130,2±22,3	
	Yok	25,0±7,6	21,1±5,4	16,5±5,3	20,8±4,1	26,9±4,3	26,3±4,6	19,2±3,3	130,8±20,8	
		p	0,287*	0,485*	0,728*	0,481*	0,568*	0,719*	0,812*	0,885*

*Student t testi, **One Way ANOVA analizi, ***Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır, **SYBDÖ II**: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II; **CDPSÖKF**: Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Kısa Formu

Sigara içmeyenlerde CDPSÖKF puanı ile SYBDÖ II ölçeğinin alt boyutları ve toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon görülmüştür. SYBDÖ II ölçeğinin alt boyutlarının birbirleri ile arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon görülmüştür. (Tablo 12)

Tablo 12. Sigara içmeyen katılımcıların ölçek puanları arasında korelasyon analizi

		CDPSÖKF toplam	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBDÖ II toplam
CDPSÖKF toplam	r	1,000							
	p	.							
Sağlık Sorumluluğu	r	0,312	1,000						
	p	0,001	.						
Fiziksel Aktivite	r	0,297	0,417	1,000					
	p	0,001	<0,001	.					
Beslenme	r	0,288	0,686	0,378	1,000				
	p	0,002	<0,001	<0,001	.				
Manevi Gelişim	r	0,588	0,614	0,287	0,514	1,000			
	p	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	.			
Kişilerarası İlişkiler	r	0,371	0,612	0,200	0,482	0,743	1,000		
	p	<0,001	<0,001	0,032	<0,001	<0,001	.		
Stres Yönetimi	r	0,362	0,515	0,493	0,600	0,623	0,556	1,000	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	.	
SYBDÖ toplam	r	0,477	0,835	0,608	0,776	0,808	0,763	0,797	1,000
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	.

r: korelasyon katsayısı ; **SYBDÖ II** : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ; **CDPSÖKF**: Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Kısa Formu

Sigara içen katılımcılar arasında; kadınların Sağlık Sorumluluğu puanı (**p=0,007**), Kişilerarası İlişkiler puanı (**p=0,010**) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II toplam puanı (**p=0,040**) erkeklerin puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Sigara içen katılımcılar arasında; çalışanların Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Kısa Formu (CDPSÖKF) toplam puanı (**p=0,029**) çalışmayanlardan anlamlı şekilde yüksek; Sağlık Sorumluluğu puanı (**p=0,020**) ve Kişilerarası İlişkiler puanı (**p=0,035**) ise anlamlı şekilde düşüktür. Katılımcılardan sigara içen bekarların Manevi Gelişim puanı sigara içen evlilerin puanından anlamlı şekilde yüksektir (**p=0,019**). Sigara içen üniversite

ve üzeri mezunu olanların Stres Yönetimi puanı sigara içen lise ve altı mezunu olanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p=0,001**). (Tablo 13)

Tablo 13. Sigara içen katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

		CDPSÖKF	Sağlık So-	Fiziksel	Beslenme	Manevi	Kişilerarası	Stres	SYBDÖ II
		toplam	rumluluğu	Aktivite		Gelişim	İlişkiler	Yönetimi	toplam
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet	Kadın	21,9±8	20,6±5,6	14,1±5	18,9±4,1	26,1±5,7	26,3±4,4	18,4±3,8	124,5±23,3
	Erkek	22,3±8,2	17,6±4,6	14,5±5	17,8±4,3	24,6±5	24,0±5,1	17,2±3,9	115,6±22,2
p		0,790*	0,007*	0,712*	0,167*	0,131*	0,010*	0,093*	0,040*
Çalışma durumu	Çalışıyor	22,9±8	18,2±4,8	14,1±5	18,0±4,1	25,1±5,3	24,6±4,9	17,6±3,8	117,6±22,2
	Çalışmıyor	18,9±7,5	21,7±6,1	15,0±5	19,4±4,5	26,1±5,6	26,9±4,4	18,2±4,2	127,3±25,2
p*		0,029*	0,020*	0,405*	0,180*	0,400*	0,035*	0,503*	0,068*
Medeni durum	Evli	21,3±8	18,8±5,1	14,4±5	18,3±4,1	24,5±5,4	24,7±5,2	17,4±4,2	118,1±23,5
	Bekar	23,8±7,9	19,3±5,6	14,1±5,2	18,3±4,5	27,1±4,8	25,9±4,2	18,5±3,1	123,2±21,8
p		0,131*	0,487*	0,674*	0,869*	0,019*	0,228*	0,141*	0,272*
Çocuk	Var	21,1±8,1	18,5±4,8	13,9±4,4	18,1±4,1	25,2±5,8	25,0±5,2	17,3±3,9	118,1±22,4
	Yok	24,0±7,7	19,7±6	15,1±6	18,7±4,5	25,5±4,4	25,1±4,3	18,5±3,8	122,5±24,3
p*		0,062*	0,235*	0,546*	0,374*	0,804*	0,939*	0,123*	0,330*
Eğitim durumu	Lise ve altı	20,4±8,3	18,1±5,6	13,0±4,7	18,2±4,8	24,0±5,4	24,5±5,1	15,8±4,2	113,6±24,3
	Üniversite ve üzeri	22,8±7,9	19,3±5,1	14,9±5,1	18,3±4	25,8±5,2	25,3±4,8	18,5±3,5	122,2±22,2
p*		0,149*	0,182*	0,054*	0,543*	0,097*	0,460*	0,001*	0,071*
Gelir durumu	Gelir giderden fazla	22,8±8,6	19,7±6,7	15,1±4,4	18,8±4,7	25,8±6,3	25,1±5,5	18,4±4,4	122,8±27,3
	Gelir gidere eşit	20,5±7,6	18,2±4,2	13,8±4,8	17,6±3,6	24,8±4,8	24,7±4,3	17,2±3,5	116,2±19,1
	Gelir giderden az	24,4±7,8	19,5±4,8	14,2±6,3	19,2±4,5	25,6±5,1	25,9±5,2	18,0±3,8	122,3±23,6
p		0,119**	0,385***	0,290***	0,213***	0,657**	0,604**	0,321**	0,334**
İkamet yeri	Kent	22,0±8,1	18,9±5,2	14,3±5	18,3±4,2	25,2±5,3	25,0±4,9	17,8±3,9	119,5±23
	Kır	23,8±6,4	18,8±6,7	13,8±6,2	19,3±5,1	28,8±4,3	25,5±4,7	17,0±5,3	123,0±28,5
p		0,676*	0,939*	0,765*	0,624*	0,190*	0,853*	0,705*	0,768*

*Student t testi, **One Way ANOVA analizi, ***Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır; SYBDÖ II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II; CDPSÖKF: Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Kısa Formu;

Sigara içen katılımcılar arasında kronik hastalığı olanların Fiziksel Aktivite puanı kronik hastalığı olmayanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (**p=0,011**). Sürekli ilaç kullananların Fiziksel Aktivite puanı sürekli ilaç kullanmayanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (**p=0,035**). Alkol kullananların CDPSÖKF toplam puanı kullanmayanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p=0,002**). Daha önce sigarayı bırakmayı deneyenlerin Kişilerarası İlişkiler puanı sigarayı bırakmayı hiç denememiş olanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (**p=0,015**). Sigara bırakmak için

profesyonel destek alanların Stres Yönetimi puanı destek almamış olanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,042$). (Tablo 14)

Tablo 14. Sigara içen katılımcıların kronik hastalık durumu ve sigara/alkol kullanım özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

		CDPSÖKF Toplam	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBDÖ II Toplam
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kronik hastalık	Var	22,0±8,3	18,9±5,3	18,9±5,3	18,9±5,3	23,9±5,8	24,0±5,2	17,0±3,2	113,6±20,5
	Yok	22,1±8	18,9±5,3	18,9±5,3	18,9±5,3	25,8±5,1	25,4±4,8	18,0±4,1	121,6±23,6
p		0,927*	0,924*	0,011*	0,210**	0,108*	0,207*	0,257*	0,110*
Sürekli ilaç kullanımı	Var	22,0±8,1	19,6±5,3	12,4±3,6	18,0±4,1	24,4±5,7	24,9±5,6	17,4±3	116,7±21,4
	Yok	22,1±8,1	18,7±5,2	14,9±5,3	18,4±4,2	25,6±5,2	25,1±4,7	17,9±4,2	120,6±23,6
p		0,927*	0,294*	0,035*	0,505**	0,321*	0,809*	0,563*	0,437*
Birinci derece yakınlarında hastalık	Var	21,8±8,3	18,7±5,8	13,6±4,9	18,0±4,2	25,4±5,9	25,1±4,8	17,6±4,2	118,5±24,2
	Yok	22,4±7,9	19,2±4,8	15,0±5	18,6±4,2	25,2±4,7	25,0±5	17,9±3,7	120,8±22
p		0,679*	0,310*	0,168*	0,356**	0,872*	0,909*	0,717*	0,586*
Alkol kullanımı	Evet	25,7±7,9	19,0±6,4	14,8±5,2	18,2±4,8	25,9±6,1	26,1±5,5	18,6±4,5	122,6±27,3
	Hayır	20,6±7,7	18,9±4,8	14,1±5	18,3±4	25,1±5	24,6±4,6	17,4±3,6	118,4±21,2
p		0,002*	0,988*	0,577*	0,673**	0,444*	0,137*	0,115*	0,380*
Ailede sigara içen	Var	22,2±8,2	19,4±5,6	14,1±4,9	18,5±4,3	25,5±5,2	25,4±4,7	17,7±4,1	120,6±23,7
	Yok	21,8±7,7	17,7±4,3	14,9±5,2	17,8±3,9	24,9±5,6	24,2±5,3	17,8±3,5	117,3±21,5
p		0,782*	0,274*	0,421*	0,601**	0,559*	0,247*	0,869*	0,482*
Daha önce bırakmayı deneme durumu	Evet	21,6±8,2	18,7±5,4	14,3±4,9	18,4±4,6	24,8±5	24,4±5	17,4±3,8	117,9±23,6
	Hayır	23,2±7,5	19,5±5	14,4±5,4	18,1±3,1	26,6±6	26,8±4,1	18,6±4,1	124,0±21,4
p		0,348*	0,357*	0,975*	0,775**	0,106	0,015	0,128	0,197
Brakırken güçlü yaşama durumu	Yaşayan	21,3±8	18,9±5,3	14,2±4,9	18,5±4,5	24,8±4,8	24,4±5	17,3±3,9	118,0±23,4
	Yaşamayan	24,1±10	17,2±6,2	15,0±4,5	17,7±5,3	24,6±6,5	24,3±5,8	18,3±3,4	117,1±26,8
p		0,342*	0,456*	0,587*	0,789*	0,881*	0,990*	0,428*	0,918*
Sigara bırakmak için profesyonel destek alma	Evet	23,2±8,3	20,4±5,5	15,0±5,4	19,0±4,9	26,2±5,3	25,3±5,2	18,6±4,2	124,4±26
	Hayır	20,9±8,2	17,9±5,1	13,9±4,6	18,1±4,4	24,1±4,8	23,9±4,9	16,8±3,5	114,7±21,9
p		0,224*	0,052*	0,449*	0,437*	0,077*	0,257*	0,042*	0,081*
Şu anda sigarayı bırakmayı isteme durumu	Var	21,8±7,9	19,5±5,8	14,7±5,2	19,1±4,7	26,0±5,2	25,5±5,3	18,3±4	122,9±24,8
	Yok	22,3±8,2	18,5±4,8	14,1±4,9	17,7±3,7	24,8±5,4	24,7±4,6	17,3±3,8	117,2±21,6
p		0,722*	0,427*	0,580*	0,122*	0,259*	0,389*	0,207*	0,188*

*Student t testi, **SYBDÖ II**: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II; **CDPSÖKF**: Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Kısa Formu;

Sigara içen katılımcıların; Manevi Gelişim puanı ve Stres Yönetimi puanı ile BKİ arasında negatif yönde anlamlı korelasyon görülmüştür, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II toplam puanı ile BKİ arasında negatif yönde anlamlı korelasyon görülmüştür, Fiziksel Aktivite puanı ile Bırakma Süresi arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon görülmüştür. (Tablo 15)

Tablo 15. Sigara içenlerde ölçek puanları ile demografik özelliklerin korelasyonu

		CDPSÖKF toplam	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişkiler	Stres yönetimi	SYBDÖ II toplam
Yaş	r	-0,116	0,019	0,002	0,019	-0,048	0,037	-0,004	-0,009
	p	0,218	0,838	0,979	0,842	0,608	0,693	0,962	0,924
BKİ	r	-0,062	-0,179	-0,180	-0,112	-0,243	-0,150	-0,264	-0,239
	p	0,514	0,056	0,054	0,234	0,009	0,110	0,004	0,010
İlk sigara içme yaşı	r	-0,028	0,146	0,160	0,173	0,096	0,045	0,170	0,158
	p	0,765	0,119	0,088	0,065	0,309	0,632	0,069	0,093
Sigara içme süresi	r	-0,021	0,002	-0,010	0,011	-0,022	0,026	-0,008	-0,013
	p	0,828	0,985	0,914	0,907	0,817	0,786	0,936	0,893
Bırakmayı deneme sayısı	r	0,083	0,014	0,158	0,113	0,152	0,029	0,087	0,102
	p	0,461	0,901	0,157	0,313	0,172	0,795	0,440	0,364
Bırakma süresi	r	0,068	0,115	0,274	0,089	0,180	0,168	0,126	0,186
	p	0,542	0,304	0,013	0,425	0,106	0,131	0,260	0,094
FNBT	r	0,016	-0,051	-0,086	-0,032	-0,050	-0,075	-0,093	-0,082
	p	0,863	0,586	0,362	0,731	0,593	0,427	0,325	0,383

BKİ: Beden Kitle İndeksi ;**r:** korelasyon katsayısı; **SYBDÖ II:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II; **CDPSÖKF:** Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Kısa Formu; **FNBT:** Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Sigara içenlerde CDPSÖKF puanı ile Manevi Gelişim, Kişilerarası İlişkiler, Stres Yönetimi ve SYBDÖ II toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon görülmüştür. SYBDÖ II ölçeğinin alt boyutlarının birbirleri ile arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon görülmüştür. (Tablo 16)

Tablo 16. Sigara içen katılımcıların ölçek puanları arasında korelasyon analizi

		CDPSÖKF toplam	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBDÖ II toplam
CDPSÖKF toplam	r	1,000							
	p	.							
Sağlık Sorumluluğu	r	0,158	1,000						
	p	0,091	.						
Fiziksel Aktivite	r	0,093	0,585	1,000					
	p	0,321	<0,001	.					
Beslenme	r	0,117	0,619	0,551	1,000				
	p	0,213	<0,001	<0,001	.				
Manevi Gelişim	r	0,385	0,569	0,400	0,550	1,000			
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	.			
Kişilerarası İlişkiler	r	0,378	0,614	0,348	0,445	0,747	1,000		
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	.		
Stres Yönetimi	r	0,281	0,650	0,577	0,611	0,725	0,642	1,000	
	p	0,002	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	.	
SYBDÖ II toplam	r	0,297	0,844	0,706	0,761	0,831	0,792	0,867	1,000
	p	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	.

r: korelasyon katsayısı ; SYBDÖ II : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ; CDPSÖKF: Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Kısa Formu

5. TARTIŞMA

Sigara içen ve içmeyen bireylerde psikolojik sağlamlık düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmamızda, sigara içen bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları skorunun düşük olduğu bulundu.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2016 verilerine göre, kadınlarda sigara kullanım oranı %17,5 iken erkeklerde kullanım oranı %41,8'dir (58). TÜİK'in yayınladığı Türkiye Sağlık Araştırmaları 2022 verilerine göre tütün ürünü kullanımı erkeklerde %41,3 iken kadınlarda ise bu oran %15,5 olarak tespit edilmiştir (9). Yapılan bir başka çalışmada erkeklerin yaklaşık olarak kadınlardan 3 kat daha fazla sigara kullandığı saptanmıştır (59). Sunulan çalışmada literatürle paralel şekilde erkek katılımcıların sigara içme oranı, kadın katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek bulundu.

Başer ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı çalışmada eğitim seviyesi yükseldikçe sigara içme oranının yükseldiği belirtilmiştir (60). Hou ve arkadaşlarının çalışmalarında, eğitim düzeyi azaldıkça sigara kullanımının arttığı sonucu bulunmuştur (61). Sunulan çalışmada katılımcıların eğitim durumlarına göre sigara içme alışkanlığı incelendiğinde; eğitim düzeyi yüksek olan katılımcıların sigara içme oranı eğitim düzeyi düşük olan katılımcılardan anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Genel olarak, konuya ilişkin literatürde tam bir uzlaşma sağlanamamış olsa da, eğitim düzeyi arttıkça bireylerin bilinç ve farkındalıklarının artması sonucunda sigara kullanımının azalması beklenmektedir.

Kaya ve Ergün (2020) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, sağlık bilimleri öğrencilerinin sigara içme durumunu etkileyen faktörler incelenmiş ve çalışan öğrencilerin sigara içme oranlarının, çalışmayan öğrencilere kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (62). Benzer şekilde çalışan bireylerin çalışmayanlara göre daha fazla sigara kullandıklarını gösteren çalışmalar mevcuttur (63). Sunulan çalışmada literatürdeki bulgulara paralel olarak, çalışanların sigara içme oranı çalışmayanların sigara içme oranından anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur.

Üniversite öğrencileri arasında gerçekleştirilen bir araştırmada, sigara ve alkol kullanımının birbirleriyle ilişkili olduğu ve her birinin diğeri için risk faktörü olarak işlev gördüğü ortaya konmuştur (64). Bir başka çalışmada benzer şekilde sigara kullanımının alkol kullanımı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunduğu gösterilmiştir

(65). Sunulan çalışmada literatürle benzer şekilde sigara içen katılımcıların alkol kullanım oranı sigara içmeyenlerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu bulgulara dayanarak genellikle ilk denenen bağımlılık yapıcı maddenin sigara olduğu düşünüldüğünde kişilerin sigaraya başlamasını önlemenin diğer bağımlılık yapıcı maddeleri deneme ve kullanma risklerini de azaltabileceği söylenebilir.

Oğuz ve arkadaşlarının 2018 yılında 602 tıp fakültesi öğrencisiyle gerçekleştirdiği bir çalışmada, ailesinde sigara içen bireylerin bulunduğu öğrencilerin sigara içme oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (66). Benzer şekilde Üstebay ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı çalışmada sigara içenlerin çoğunun evinde, sigara içen başka bir bireyin daha bulunduğu sonucuna varılmıştır (67). Sunulan çalışmada da benzer şekilde ailesinde sigara içen birinin olması ile bireylerin sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Bu durum, sigara bağımlılığı ile mücadelede bireylerin yakın çevreleriyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Sigara içen ve içmeyen bireylerin psikolojik sağlık düzeylerine odaklanan çalışmalar oldukça sınırlı olmakla birlikte psikolojik sağlık ve sigara içme davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen giderek artan bir literatür bulunmaktadır (68,69). Son araştırmalar, daha yüksek dayanıklılık seviyelerine sahip bireylerin sigara içmeye başlama ve nikotine bağımlı olma olasılıklarının daha düşük olduğunu göstermektedir (70,71). Sunulan çalışmada sigara içen katılımcıların psikolojik sağlık düzeyi sigara içmeyenlerden anlamlı derecede düşük olarak bulunmuştur. Psikolojik sağlık düzeyinin geliştirilebilir bir kazanım olduğu düşünüldüğünde bireylerin psikolojik sağlıklarını arttıracak çalışmalar ve eğitimler, toplumda bağımlılık oranlarını düşürebilir.

Orta yaş İspanyol kadınlar ile yapılmış başka bir çalışmada benzer şekilde psikolojik sağlık düzeyi ile çalışmama durumu arasında ters ilişki görülmüştür (72). Yapılan bir başka çalışmada, çalışan kadınların psikolojik sağlık düzeyi çalışmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (73). Sunulan bu çalışmada literatürle paralel şekilde katılımcıların çalışma durumu ile psikolojik sağlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve çalışan bireylerin psikolojik sağlık düzeyi çalışmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek olarak tespit edilmiştir. Psikolojik sağlık, bireylerin kariyer gelişim sürecinde zorlu koşullarla karşılaştığında duruma uyum sağlayabilmesini kolaylaştıran ve bireyi uyum sağlayabilme konusunda cesaretlendiren olumlu değişkenlerden biri olarak değerlendirilmektedir (74). Kariyer alanında psikolojik sağlık kavramının kullanımı pozitif psikoloji yaklaşımına dayanmaktadır. Yani bireyin stresli durumların üstesinden gel-

mesine yardımcı olmak için güçlü yanlarını ortaya çıkarmaya dayalı bir yaklaşıma vurgu yapar (75). Bu bulgular ışığında, çalışan bireylerin stresli durumlarla daha çok karşılaştıklarını varsayarsak, bu durumun çalışan kişilerin psikolojik sağlamlıklarına katkı sağladığını söylemek mümkündür. Bir diğer açıdan ise psikolojik sağlamlığı yüksek kişilerin çalışma hayatına devam etme motivasyonunun daha yüksek olduğu söylenebilir.

Aydın (2022) tarafından yürütülen araştırmaya göre yetişkinlerde nikotin bağımlılığı ve alkol kullanma durumu ile psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi amaçlanmış, araştırmada nikotin bağımlısı ve düzenli olarak alkol kullanan bireylerin, alkol ve nikotin bağımlısı olmayan kişilere göre daha düşük psikolojik dayanıklılık düzeyine sahip oldukları bulunmuştur (76). Pavlovic ve arkadaşlarının (2019) yaptığı başka bir çalışmada ise katılımcıların psikolojik dayanıklılığı ile sigara kullanımı arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmuş, ancak alkol kullanımı ile dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (77). Sunulan çalışmada ise sigara içen katılımcılar arasında alkol kullananların psikolojik sağlamlık düzeyi alkol kullanmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın çalışmamızda kişilerin alkol alışkanlıklarının detaylı sorgulanmamış olmasından ve alkol kullanan bireylerin, yaşadıkları güçlüklerle karşı alkolün kendilerini daha dayanıklı hale getirdiğini hissetmelerinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür.

Çetiner ve Ulupınar'ın (2018) sağlıkçı olan ve olmayanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelediği çalışmalarında en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite, en yüksek puan ortalaması ise manevi gelişim alt boyutunda bulunmuştur (78). Tıp fakültesi öğretim üyeleri ile yapılan başka bir çalışmada ise en düşük ve en yüksek alt boyut puanları benzer şekilde bulunmuştur (79). Sunulan çalışmada literatürle paralel olarak en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite, en yüksek puan ortalaması ise manevi gelişim alt boyutuna aittir. Yapılan çalışmalarda fiziksel aktivite alt boyutunun en düşük puanı alması, bu alanda toplumun fiziksel aktivite farkındalığını arttırmaya yönelik daha çok sağlık politikaları geliştirilmesi gerektiğini bizlere göstermektedir.

Tuncer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyut puanları, sigara içmeyenlerde içenlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (80). Bir başka çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı ve sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puanları sigara içmeyenlerde içenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (81). Tıp Fakültesi öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin sigara içme durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam skoruna etkisi görülmemiştir an-

cak sigara kullanan öğrencilerde beslenme puanının daha düşük olduğu saptanmıştır (82). Sunulan çalışmada sigara içenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları skoru sigara içmeyenlerden anlamlı derecede düşük olarak tespit edilmiş ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, menevi gelişim, stres yönetimi puanları sigara içen katılımcılarda içmeyenlere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda sigara içen ve içmeyen kişiler arasında farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu durum sigara içme davranışının birçok psikolojik ve davranışsal durumdan etkilendiğini göstermektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 50 eyalette gerçekleştirilen 18-24 yaş sigara içen ve sigarayı bırakma niyeti olan 1175 gencin dahil edildiği 2 yıllık prospektif bir kohort çalışmada sigara ve egzersiz arasındaki ilişki incelenmiş ve başlangıçta sigarayı bırakma niyetinde olanların düzenli egzersiz programı ile 2 yıllık takibinde sigara içmiyor olma olasılık oranı %71 artmış olarak bulunmuştur (83). Taylor ve arkadaşları, incelemiş oldukları 14 çalışma sonucunda; egzersizin sigara isteği, yoksunluk semptomları ve sigara içme davranışı üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu bildirdiler (84). Sunulan çalışmada sigara içen katılımcıların fiziksel aktivite puanı ile sigara bırakma süresi arasında pozitif yönlü bir ilişki görülmüştür. Bu bulgular doğrultusunda fiziksel aktivitenin, sigara bağımlılığı açısından önleyici bir rolü olduğu söylenebilir.

Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada kadın katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi toplam puanı ve kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu puanları erkek katılımcılardan anlamlı derecede daha yüksek olarak bulunmuştur (85). Gömleksiz ve arkadaşları tarafından 711 tıp fakültesi öğrencisi üzerinde yapılan çalışmada, kişilerarası ilişkiler puanı kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (82). Türkiye'de sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili yapılan tezlerin incelendiği bir meta analiz çalışmasında, kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının erkeklerden yüksek olduğu tespit edilmiştir (86). Sağlıklı yaşam biçimi toplam puan ve alt boyutlarından alınan puanların cinsiyetle arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (87,88). Sunulan çalışmada katılımcılar arasında kadınların sağlıklı yaşam biçimi toplam puanı ve sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puanları erkeklerden anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur. Cinsiyetin sağlıklı yaşam biçimi ve alt boyut puan ortalamaları üzerine etkisi hususunda birçok çalışmada farklı sonuçlar ortaya konmuştur. Sonuçlar kadınların erkeklere nazaran iletişime daha açık olduğu, etkili bir iletişimin sağlık konusunda bilgi ve farkındalık edinmelerine katkısı olduğunu düşündürmüştür.

Karabulut ve Altun (2018) tarafından, düzenli spor yapan ve yapmayan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği bir araştırmada manevi gelişim puanının bekar kadınlarda evli kadınlara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (89). Küçükberber ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise evlilerin manevi gelişim puanı bekarlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur (90). Tez çalışmalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının demografik verilere göre derlendiği bir çalışmada cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve çocuk durumu faktörlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışı üzerinde önemsiz düzeyde etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (86). Sunulan çalışmada sigara içen katılımcılar arasında bekar olanların manevi gelişim puanı evli olanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Literatürde konuyla ilgili farklı çalışmalar bulunmaktadır. Öztürk (2018) yaptığı bir çalışmada bekarların boş zaman faaliyetlerine katılma oranını evlilerin boş zaman faaliyetine katılma oranından yüksek bulmuştur (91). Bu çalışma doğrultusunda, bekar bireylerin evlilere kıyasla kendilerine daha fazla zaman ayırabilme imkânına sahip olmaları ve evlerindeki ek sorumlulukların nispeten daha az olması sebebiyle manevi gelişim açısından daha güçlü oldukları sonucuna varılabilir.

Daştan ve arkadaşlarının 64 yaş ve üzeri bireylerin başarılı yaşlanmalarını etkileyen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceledikleri çalışmalarında kronik hastalığı olmayanların fiziksel aktivite puanı, kronik hastalığı olanlara göre istatistiki olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (92). Yapılan bir başka çalışmada fiziksel aktivite ve kronik hastalık riski arasında ters ilişki saptanmış, artan fiziksel aktivitenin kronik hastalık riskini azalttığı bulunmuştur (93). Bu bulguların aksine Değerli ve Yiğit'in çalışmalarında fiziksel aktivite ve kronik hastalık durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (94). Sunulan çalışmada sigara içen katılımcılar arasında kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan kişilerin fiziksel aktivite puanı kronik hastalığı olmayan ve sürekli ilaç kullanmayan kişilere göre anlamlı derecede düşük olarak bulunmuştur. Literatürde farklı sonuçlar bulunmakla birlikte düzenli fiziksel aktivitenin kronik hastalıkta primer ve sekonder koruma açısından önemli olduğu birçok çalışma ile gösterilmiştir (95). Birinci basamak hekimleri olarak bizlerin fiziksel aktivite konusunda destekleyici ve teşvik edici tutumları, bireylerin yaşam kalitelerini arttırmaları ve sağlıklı olma durumunu sürdürebilmeleri açısından önem taşımaktadır.

Sigara içen ve içmeyenlerin psikolojik sağlamlık ve stresle başa çıkma durumunun incelendiği bir çalışmaya göre sigara içenlerin stres yaratan bir durumda destek alma girişimi, sigara bırakma tedavisi alan kişilere göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.

Çalışmadan elde edilen diğer bir bulguya göre, sigara bırakma tedavisi alan katılımcıların; sigara kullanan ve sigara kullanmayan katılımcılara göre stresle başa çıkabilme becerilerini daha fazla kullandıkları görülmüştür (96). Sunulan çalışmada sigara içen katılımcılar arasında daha önce sigarayı bırakmak için profesyonel destek almış olanların stres yönetimi puanı sigarayı bırakmak için profesyonel destek almayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Buna göre stresle başa çıkabilme becerileri daha yüksek olan kişilerin sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma konusunda daha istekli ve kararlı oldukları söylenebilir. Bireylerin stres yönetimini geliştirecek çalışmaların artırılması, sigara içme oranlarının düşmesine katkı sağlayabilir.

Tuncer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bekarların fiziksel aktivite puanı evlilere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (80). Çifçi tarafından yürütülen bir çalışmada medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu açısından fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırıldığında bekarların evlilere göre, çocuk sahibi olmayanların olanlara göre fiziksel aktivite düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek olarak bulundu (97). Yapılan başka bir çalışmada fiziksel aktivite puanı ile medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı gösterilmiştir (98). Sunulan çalışmada ise sigara içmeyen katılımcılar arasında bekarların evlilere göre ve çocuğu olmayanların çocuğu olanlara göre fiziksel aktivite puanı daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi olarak, evlilerin ve çocuk sahibi bireylerin sorumluluklarının bekârlara göre daha fazla olması ve kendilerine egzersiz yapmak için daha az zaman ayırmalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Yapılan çalışmanın tek merkezde gerçekleştirilmiş olması ve bunun yanı sıra katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyinin değerlendirildiği çalışmamızda kişilerin anlık psikolojik durumunun değerlendirilmemiş olması çalışmanın kısıtlı yönleridir. Çalışmamızın güçlü yönleri psikolojik sağlamlık ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını aynı anda değerlendirilerek sigara içme durumu üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Literatürde sigara içen ve içmeyen kişiler ile doğrudan psikolojik sağlamlık ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından ilişkisinin araştırıldığı spesifik bir vaka-kontrol çalışmasına rastlanmamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Konya Şehir Hastanesi Aile Hekimliği ve Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran hastalarda sigara içen ve içmeyen bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırıldığı çalışmamızın sonuçları şöyle özetlenebilir;

1. Sigara içme durumu ile cinsiyet, çalışma durumu, eğitim düzeyi, alkol kullanımı ve ailede sigara içen birinin olması yönünden anlamlı ilişki saptanmıştır.
2. Sigara içme durumu ile yaş, BKİ, medeni durum, çocuk sahibi olma, gelir durumu, ikamet yeri, kendinde ya da birinci derece yakınında kronik hastalık varlığı açısından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
3. Psikolojik sağlamlık düzeyi sigara içen bireylerde içmeyenlere göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.
4. Psikolojik sağlamlık düzeyi ile; cinsiyet, yaş, BKİ, medeni durum, çocuk sahibi olmak, kronik hastalık varlığı, ilk sigara içme yaşı, sigara içme süresi, bırakmayı deneme sayısı, bırakma süresi ve nikotin bağımlılık düzeyi açısından anlamlı bir ilişkili bulunmamıştır.
5. Çalışan bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyi çalışmayan bireylerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
6. Sigara içen bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi alt boyut puanları sigara içmeyenlere göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.
7. Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puanları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki vardır. Bu alanlarda kadın katılımcıların puanları erkeklere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.
8. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları skoru ile yaş, çalışma durumu, medeni durum, çocuk varlığı, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, nikotin bağımlılık düzeyi açısından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda, birinci basamak hekimleri olarak hastalar değerlendirilken, kişilerin sigara içme durumu düzenli olarak sorgulanmalı ve gerekli önerilerde bulunulmalıdır. Sigara içmenin zararları ve sağlıklı yaşam davranışları konusunda topluma yönelik eğitim programları düzenlenmesi, özellikle eğitim düzeyi düşük olan bireylerin hedeflenmesi önemli olabilir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında toplumu bilgilendirmek için sosyal medya, broşürler ve yerel etkinlikler gibi araçlar kullanılabilir.

Sigara içen bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyinin düşük olduğu tespit edildiği göz önünde bulundurulduğunda, bu bireyler için psikolojik destek hizmetleri sunulması ve bırakma sürecindeki bireyler için bireysel veya grup terapileri önerilmesi süreci kolaylaştırmaya katkı sağlayabilir.

Sigara içen bireylerin çoğunlukla ailesinde de sigara içen kişilerin bulunduğu düşünüldüğünde, aile üyelerine yönelik bilgilendirme ve destek hizmetleri sağlanarak aile içinde sağlıklı yaşam alışkanlıkları oluşturulmasına yardımcı olunması sigara bağımlılığını önleme ve sigara bırakma tedavilerine katkı sağlayabilir.

Sigara bağımlılığı konusunda aile hekimleri ile birlikte psikologlar, diyetisyenler ve sosyologlarla iş birliği yapılarak, bireylerin bütüncül sağlık ihtiyaçlarına yönelik çok disiplinli bir yaklaşım benimsenmelidir. Bu öneriler, aile hekimliği ve koruyucu hekimlik alanında sigara içme durumu, psikolojik sağlamlık ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili daha etkili stratejiler geliştirilmesine yardımcı olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Perez-Warnisher MT, De Miguel MDPC, Seijo LM. Tobacco Use Worldwide: Legislative Efforts to Curb Consumption. *Ann Glob Health*. 05 Kasım 2018;84(4):571-9.
2. Summers AD, Sirin H, Palipudi K, Erguder T, Ciobanu A, Ahluwalia IB. Changes in prevalence and predictors of tobacco smoking and interest in smoking cessation in Turkey: Evidence from the Global Adult Tobacco Survey, 2008–2016. *Tob Prev Cessat*. 19 Eylül 2022;8:35.
3. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. Kasım 2006;3(11):e442.
4. Tobacco [Internet]. [a.yer 24 Mart 2024]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
5. Le Foll B, Piper ME, Fowler CD, Tonstad S, Bierut L, Lu L, vd. Tobacco and nicotine use. *Nat Rev Dis Primers*. 24 Mart 2022;8(1):19.
6. Goldstein AL, Faulkner B, Wekerle C. The relationship among internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare. *Child Abuse Negl*. Ocak 2013;37(1):22-32.
7. Wang Y, Chen X, Gong J, Yan Y. Relationships between stress, negative emotions, resilience, and smoking: Testing a moderated mediation model. *Subst Use Misuse*. 20 Mart 2016;51(4):427-38.
8. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke [Internet]. [a.yer 31 Ağustos 2024]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164>
9. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması 2022. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747> (Erişim Tarihi: 02.01.2025).
10. Aslam SP, Leslie SW, Morris J. Nicotine Addiction and Smoking: Health Effects and Interventions. İçinde: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [a.yer 04 Ekim 2024]. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537066/>
11. McLaughlin I, Dani JA, De Biasi M. Nicotine Withdrawal. *Curr Top Behav Neurosci*. 2015;24:99-123.
12. Paneli TK ve BR. Tütün Kullanımı ve Bağımlılığının Tedavisi: 2008 Güncellemesi. ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı; 2008.
13. Piper ME, Fiore MC, Smith SS, Fraser D, Bolt DM, Collins LM, vd. Identifying effective intervention components for smoking cessation: a factorial screening experiment. *Addiction*. Ocak 2016;111(1):129-41.
14. Webb TL, Sniehotta FF, Michie S. Using theories of behaviour change to inform interventions for addictive behaviours. *Addiction*. Kasım 2010;105(11):1879-92.

15. Panel TU and DG. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. US Department of Health and Human Services; 2008.
16. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 02 Mart 2015;(3):CD006936.
17. Prochaska JJ, Benowitz NL. The Past, Present, and Future of Nicotine Addiction Therapy. *Annu Rev Med*. 2016;67:467-86.
18. General USPHSO of the S, Health NC for CDP and HP (US) O on S and. Interventions for Smoking Cessation and Treatments for Nicotine Dependence. İçinde: Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General [Internet] [Internet]. US Department of Health and Human Services; 2020 [a.yer 01 Eylül 2024]. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555596/>
19. D. YILMAZ BÖREKÇİ And M. GERÇEK, “‘Resilience’ Kavramının Sosyal Bilimlerde Türkçe Kullanımları Bağlamında Değerlendirilmesi,” Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , no.30, pp.41-51, 2018.
20. Hasanoglu A, Seçkin Ş. Çocukta Rezilyans: Esneklik ve Toparlanabilme Becerisi. 6. bs. Remzi Kitabevi; 2016. 208 s.
21. Aburn G, Gott M, Hoare K. What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. *J Adv Nurs*. Mayıs 2016;72(5):980-1000.
22. Brooks JE. Strengthening Resilience in Children and Youths: Maximizing Opportunities through the Schools. *Children & Schools*. 01 Nisan 2006;28(2):69-76.
23. Luthar SS. Resilience in Development: A Synthesis of Research across Five Decades. İçinde: *Developmental Psychopathology* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [a.yer 08 Eylül 2024]. s. 739-95. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9780470939406.ch20>
24. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*. Mayıs 2000;71(3):543-62.
25. Keskin B. Ortaokul öğrencilerinin dijital oyun bağımlılığı ile psikolojik sağlamlık ve bilinçli farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. 23 Eylül 2019 [a.yer 08 Eylül 2024]; Erişim adresi: <http://hdl.handle.net/11452/15219>
26. Gizir C. Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Üzerine Bir Derleme Çalışması. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 11 Haziran 2007;3(28):113-28.
27. Masten AS. Ordinary magic: Resilience in development. New York, NY, US: Guilford Press; 2014. xiv, 370 s. (Ordinary magic: Resilience in development).
28. Nicotera N, Laser-Maira JA. Innovative skills to support well-being and resiliency in youth. New York, NY: Oxford University Press; 2017. 151 s.
29. Werner EE. Vulnerable but invincible: high-risk children from birth to adulthood. *Acta Paediatr Suppl*. Temmuz 1997;422:103-5.
30. Masten AS, Reed MGJ. Resilience in development. İçinde: *Handbook of positive psycho-*

- logy. New York, NY, US: Oxford University Press; 2002. s. 74-88.
31. Place M, Reynolds J, Cousins A, O'Neill S. Developing a Resilience Package for Vulnerable Children. *Child Adolesc Ment Health*. Kasım 2002;7(4):162-7.
 32. Stainton A, Chisholm K, Kaiser N, Rosen M, Upthegrove R, Ruhrmann S, vd. Resilience as a multimodal dynamic process. *Early Interv Psychiatry*. Ağustos 2019;13(4):725-32.
 33. Garmezy N. Children in Poverty: Resilience Despite Risk. *Psychiatry*. Şubat 1993;56(1):127-36.
 34. Newman T, Blackburn S. Transitions in the Lives of Children and Young People: Resilience Factors. *Interchange 78* [Internet]. Scottish Executive Education Department, Victoria Quay, Edinburgh EH6 6QQ, Scotland; 2002 Eki [a.yer 08 Eylül 2024]. Erişim adresi: <https://eric.ed.gov/?id=ED472541>
 35. Mandlco BL, Peery JC. An organizational framework for conceptualizing resilience in children. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2000;13(3):99-111.
 36. İsaoglu J, Tuzcuoglu A. Suriye Uyruklu Üniversite Öğrencilerinde Psikolojik Dayanıklılık, Yalnızlık ile Kaygı Arasındaki İlişkide Bilişsel Üçlünün Aracı Rolü. *Marmara Education Journal*. 24 Ocak 2021;53(53):399-424.
 37. Hezer H, Karalezli A. Sigaraya Psikolojik Bağımlılığın Sigara İçme Arzusu ve Nikotin Yoksunluk Semptomlarına Etkisi. *Ankara Med J*. 28 Kasım 2019;19(4):700-7.
 38. Amiri M, Chaman R, Khosravi A. The Relationship Between Health-Promoting Lifestyle and Its Related Factors with Self-Efficacy and Well-Being of Students. *Osong Public Health Res Perspect*. Ağustos 2019;10(4):221-7.
 39. WHO. The top 10 causes of death [Internet]. 2021 [a.yer 25 Eylül 2024]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
 40. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 2006;
 41. Oster H, Chaves I. Effects of Healthy Lifestyles on Chronic Diseases: Diet, Sleep and Exercise. *Nutrients*. 31 Ekim 2023;15(21):4627.
 42. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. *TJFMPC*. 01 Mart 2012;6(1):0-0.
 43. Kararımak Ö. Tinsel Anlayışın Psikolojik Danışmadaki Rolü. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 20 Mart 2004;3(22):45-55.
 44. İmamoğlu SE. *Kişilerarası İlişkiler*. Yeni İnsan Yayınevi; 2009. 126 s.
 45. Naito R, McKee M, Leong D, Bangdiwala S, Rangarajan S, Islam S, vd. Social isolation as a risk factor for all-cause mortality: Systematic review and meta-analysis of cohort studies. *PLoS One*. 12 Ocak 2023;18(1):e0280308.
 46. Beenen G, Fiori M, Pichler S, Riggio R. Editorial: Interpersonal skills: individual, social, and technological implications. *Front Psychol*. 16 Haziran 2023;14:1209508.
 47. McEwen BS. The good side of “stress”. *Stress*. Eylül 2019;22(5):524-5.

48. Mariotti A. The effects of chronic stress on health: new insights into the molecular mechanisms of brain–body communication. *Future Sci OA*. 01 Kasım 2015;1(3):FSO23.
49. Chen C, Kotozaki Y, Okubo R, Nakagawa S. Editorial: New insights into stress coping and resilience. *Front Behav Neurosci*. 13 Temmuz 2023;17:1253170.
50. Aile Hekiminin Tanımı [İnternet]. [a.yer 17 Şubat 2025]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/aile-hekimi-tanimi.html>
51. Zaybak A, Fadıloğlu Ç. ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIĞI GELİSTİRME DAVRANISI VE BU DAVRANISI ETKİLEYEN ETMENLERİN BELİRLENMESİ. *EGEHFD*. 01 Haziran 2004;20(1):77-95.
52. Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*. Nisan 1989;12(2):159-82.
53. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks*. 2004;52(2):115-21.
54. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
55. Kaya F, Odacı H. The Adaptation of the Connor-Davidson Resilience Scale Short Form into Turkish: A Validity and Reliability Study. *Journal of Hasan Ali Yücel Faculty of Education/Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi (HAYEF)*. 2021;18(1).
56. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res*. 1987;36(2):76-81.
57. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Erşdn F, Kissal A. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ İKİNCİ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI. 2008;
58. <https://nccd.cdc.gov/GTSSDataSurveyResources/Ancillary/Location.aspx?WHID=4&C&OID=285&LOID=280> (Erişim Tarihi: 02.01.2025).
59. Çelepkolu T, Atli A, Palancı Y, Yılmaz A, Demir S, İbiloğlu AO, vd. Sigara kullanıcılarında nikotin bağımlılık düzeyinin yaş ve cinsiyetle ilişkisi: Diyarbakır örnekleme. *diclemedj*. 01 Aralık 2014;41(4):712-6.
60. Mehmet Z. Denizli il merkezinde yaşayan erişkinlerin sigara içme özellikleri [İnternet]. C. 8. 2007 [a.yer 26 Aralık 2024]. s. 179-84. Erişim adresi: <https://search.trdizin.gov.tr/en/yayin/detay/72477>
61. Hou X, Xu X, Anderson I. Determinants of Tobacco Consumption in Papua New Guinea: Challenges in Changing Behaviours. *Asia & the Pacific Policy Studies*. 2015;2(2):255-65.
62. Kaya, M., & ERGÜN, A. (2020). Sağlık bilimleri öğrencilerinin sigara içme durumu, etkileyen faktörler ve ikincil sigara dumanı ile ilgili farkındalık düzeyleri. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 6(3), 416-25.
63. Yorulmaz, E. (2019). Alkol ve sigara kullanımında erken dönem uyumsuz şemaların, ebeveynlik stillerinin ve psikolojik esnekliğin rolü (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitü-

- sü).
64. Ulukoca N, Gökgöz Ş, Karakoç A. Kırklareli Üniversitesi Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Sıklığı. *Fırat Tıp Dergisi*. 01 Ağustos 2013;18(4):230-4.
 65. Arıcı, A., & Yaman, Ö. M. (2021). Gençlerde Alkol Kullanımı ve Kültürel Yapının Bağımlılığa Etkisi. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 5(2), 71-89.
 66. Oğuz S, Çamcı G, Kazan M. The Prevalence of Cigarette Smoking and Knowing Status for Diseases Caused by Smoking among Students of University. *Van Med J*. 2018;25(3):332-7.
 67. Pasif Sigara İçici Bebeklerde Serum Antioksidan Vitamin Düzeyleri ve Beslenme Tipiyle İlişkisi. 01 Nisan 2021;11(1):16-22.
 68. Tsourtos G, Ward PR, Lawn S, Winefield AH, Hersh D, Coveney J. Is resilience relevant to smoking abstinence for Indigenous Australians? *Health Promot Int*. Mart 2015;30(1):64-76.
 69. Colgan Y, Turnbull DA, Mikocka-Walus AA, Delfabbro P. Determinants of resilience to cigarette smoking among young Australians at risk: an exploratory study. *Tob Induc Dis*. 08 Temmuz 2010;8(1):7.
 70. Veselska Z, Geckova AM, Orosova O, Gajdosova B, van Dijk JP, Reijneveld SA. Self-esteem and resilience: the connection with risky behavior among adolescents. *Addict Behav*. Mart 2009;34(3):287-91.
 71. Skrove M, Romundstad P, Indredavik MS. Resilience, lifestyle and symptoms of anxiety and depression in adolescence: the Young-HUNT study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Mart 2013;48(3):407-16.
 72. Coronado PJ, Oliva A, Fasero M, Piñel C, Herraiz MA, Pérez-López FR. Resilience and related factors in urban, mid-aged Spanish women. *Climacteric*. 02 Kasım 2015;18(6):867-72.
 73. Rahman P, Mehnaz S. *International Journal for Multidisciplinary Research (IJFMR)*. SSRN Journal [Internet]. 2024 [a.yer 30 Aralık 2024]; Erişim adresi: <https://www.ssrn.com/abstract=5054029>
 74. Masten AS, Tellegen A. Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the Project Competence Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*. Mayıs 2012;24(2):345-61.
 75. Barto H, Lambert S, Brott P. Career Adaptability, Resiliency and Perceived Obstacles to Career Development of Adolescent Mothers. *TPC*. Şubat 2015;5(1):53-66.
 76. Aydın, N. (2022). Pandemi Sürecinde Sigara Alkol Kullanımı ile Psikolojik Dayanıklılığın İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Lefkoşa.
 77. Pavlović M, Žunić-Pavlović V, Glumbić N. Relation between resilience and cigarette/alcohol use in adolescents with mild intellectual disability. *Vojnosanitetski pregled*. 2019;76(3):254-65.

78. Sevim U. Sağlık Profesyoneli Olan ve Olmayan Hastane Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları* [İnternet]. C. 27. 2018 [a.yer 31 Aralık 2024]. s. 1-10. Erişim adresi: <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/272486/saglik-profesyoneli-olan-ve-olmayan-hastane-calisanlarinin-saglikli-yasam-bicimi-davranislari>
79. Enginoğlu, H.D., Üçgün, A.B., Yürekli, M.V., & Uskun, E. (2021). Yaşam kalitesinin yordayıcısı olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları: Tıp Fakültesi öğretim elemanları örneği. *Turkish Journal of Public Health*, 19, 55-68.
80. Tuncer, R., Alican, E. N., Beyhan, A., Kolaç, N. (2022). Sigara İçen ve İçmeyen Erişkinlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılması. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 102-114. <https://doi.org/10.54061/jphn.1057552>.
81. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Karakurt P, Çelebi F. Healthy Lifestyle Behaviors and Affecting Factors in University Staff. *TJFMPC*. 2020;14(1):72-81.
82. Gömleksiz, M., Yakar, B., & Pirinççi, E. (2020). Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler. *Dicle Medical Journal*, 47(2), 347-358. <https://doi.org/10.5798/dicletip.755736>.
83. Frith E, Loprinzi PD. Egzersiz Sigarayı Bırakma Niyetiyle Dolaylı Olarak Sigarayı Bırakmayı Kolaylaştırır: Genç Sigara İçicilerinden Oluşan Ulusal Bir Örneklem Arasında Prospektif Kohort Çalışması. *Amerikan Sağlık Geliştirme Dergisi* . 2018;32(5):1234-1238. doi: 10.1177/0890117117717372.
84. Taylor AH., Ussher MH., Faulkner G. (2007). The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour: a systematic review. *Addiction*, 102(4): 534-543.
85. Bakirezen, M. M. (2016). Doğu Akdeniz Üniversitesi'nde Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Tıp 2 Diyabet Riskinin Belirlenmesi [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Doğu Akdeniz Üniversitesi.
86. Yılmaz Işıkhan, S., & Güleç, D. (2018). Tez çalışmalarında sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarının demografik bilgilerle sistematik derlenmesi ve meta-analizi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 123-133. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.337800>.
87. Öz Ş, Koç A. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. Aralık 2020;3(2):16-30.
88. Arıkan, A. (2020). Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi: Üniversite Öğrencileri Arasında Bir Araştırma [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
89. Karabulut, E. O., & Altun, M. (2018). DÜZENLİ OLARAK SPOR YAPAN VE YAPMAYAN KADINLARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ FARKLI DEĞİŞKENLER BAKIMINDAN İNCELENMESİ: KIRŞEHİR İLİ ÖRNEĞİ. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 19(1), 936-948.
90. Küçükberber N, Özduş K, Yorulmaz H. Evaluation of factors affecting healthy life style behaviors and quality of life in patients with heart disease. *The Anatolian Journal of Cardiology*. 2011;11(7):619.

91. -Yakup ÖZTÜRK-.(2018).YEREL HALKIN BOŞ ZAMAN DEĞERLENDİRME ALIŞKANLIKLARININ BELİRLENMESİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA: ÇANKIRI ÖRNEĞİ.SOCIAL SCIENCES STUDIES JOURNAL (SSSJJournal).
92. https://www.researchgate.net/publication/384006375_Investigation_of_Healthy_Lifestyle_Behaviors_That_Affect_the_Successful_Aging_of_Individuals_65_Years_of_Age_and_Older_A_Descriptive_Study.
93. Anderson E, Durstine JL. Physical activity, exercise, and chronic diseases: A brief review. *Sports Med Health Sci*. Aralık 2019;1(1):3-10.
94. Değerli H, Yiğit A. SAĞLIĞIN KORUNMASI VE GELİŞTİRİLMESİNDE BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞ DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ. *SDÜ Vizyoner Dergisi*. 10 Haziran 2020;11(27):573-86.
95. Zengin Alpözgen A, Razak Özdiñler A. Fiziksel Aktivite ve Koruyucu Etkileri: Derleme. *HSP*. February 2016;3(1):66-72. doi:10.17681/hsp.18017.
96. Acar S. Sigara içen ve sigara içmeyen bireylerin psikolojik dayanıklılık ve stresle başa çıkma tutumları açısından karşılaştırılması [İnternet] [masterThesis]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018 [a.yer 08 Ocak 2025]. Erişim adresi: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/352973>
97. Çiftçi S. Muğla ili merkez ilçeye bağlı aile sağlığı merkezleri'ne başvuran kişilerin fiziksel aktivite, beslenme alışkanlığı ve obezite durumu [İnternet] [doctoralThesis]. Tıp Fakültesi; 2018 [a.yer 08 Ocak 2025]. Erişim adresi: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/587631>
98. Karakoç Kumsar A, Çınar Pakyüz S. Determining The Healthy Lifestyle Behaviours And Related Factors On Women With Metabolic Syndrome. *HEAD* [İnternet]. 01 Haziran 2015 [a.yer 08 Ocak 2025];12(1). Erişim adresi: <http://www.kuhead.org/jvi.aspx?pdire=kuhead&plng=tur&un=KUHEAD-75508&look4=>

