



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAĞCILAR SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**YAŞAM İÇİNDE ALGILANAN STRES VE SİGARA
KULLANIMI**

Dr. Mustafa GENÇ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2022



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAĞCILAR SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

YAŞAM İÇİNDE ALGILANAN STRES VE SİGARA
KULLANIMI

Dr. Mustafa GENÇ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Murat ALTUNTAŞ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini aktararak mesleki deneyimime katkı sağlayan, tez sürecinde desteğini esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Murat ALTUNTAŞ'a,

Asistanlığım süresince birlikte çalışmaktan onur duyduğum tüm SBÜ İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği asistan hekimlerine,

Sevgisi ve desteğiyle her zaman yanımda olan değerli eşim Rumeysa Perim GENÇ'e, dünyaya gözünü yeni açmış olan biricik oğlum Fatih Ayaz GENÇ'e ve bugüne kadar üzerimde olan emekleri için aileme sonsuz teşekkürlerimi ve sevgilerimi sunarım.

Mustafa GENÇ
İstanbul/2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. TÜTÜN VE TÜTÜN ÜRÜNLERİ	7
2.1.1. Tütünün Tarihçesi	7
2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Epidemiyolojisi	8
2.1.3. Sigara Kullanımı ile İlişkili Sağlık Sorunları	9
2.1.4. Pasif İçicilik	11
2.1.5. Bağımlılık	12
2.1.6. Tütün Kontrolü ve Hekimlerin Rolü	13
2.1.7. Sigara Bırakma Tedavileri	15
2.1.7.1. Bilişsel ve davranışçı tedaviler	17
2.1.7.2. Farmakolojik tedaviler	17
2.2. STRES	19
2.2.1. Stres Kavramı ve Algılanan Stres	19
2.2.2. Stres Yanıtı	19
2.2.3. Stres Kaynakları	20
2.2.4. Stresin Belirtileri ve Sonuçları	21
2.2.5. Stres Yönetimi	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ	26
3.2. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ	26
3.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ	26
3.4. ARAŞTIRMANIN ANKET FORMU	26
3.4.1. Algılanan Stres Ölçeği	27
3.4.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	27
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER	28
4. BULGULAR	29

5. TARTIŞMA	67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	75
7. KAYNAKLAR	76



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon (Adrenocorticotrophic Hormone)
ASÖ	: Algılanan Stres Ölçeği
CRH	: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon (Corticotropin-Releasing Hormone)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FEV1	: Zorlu Ekspiryumun 1. Saniyesinde Çıkarılan Hava Hacmi (Forced Expiratory Volume)
FNBT	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
GATS	: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (Global Adult Tobacco Survey)
GYTS	: Küresel Gençlik Tütün Araştırması (Global Youth Tobacco Survey)
IARC	: Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (International Agency for Research on Cancer)
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
NRT	: Nikotin Replasman Tedavisi
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SUAM	: Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
TKÇS	: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. MPOWER Politika Paketinde Yer Alan Önlemler	14
Tablo 2. Sigarayı Bırakmada İstekli Olan Hastalar İçin 5A (Türkçesi 5Ö) Stratejisi	16
Tablo 3. Sigarayı Bırakmada İsteksiz Olan Hastalar İçin 5R Stratejisi	16
Tablo 4. Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımları	29
Tablo 5. Katılımcılara İlişkin Özelliklerin Dağılımları	30
Tablo 6. Katılımcılara İlişkin Özelliklerin Dağılımları	32
Tablo 7. Alkol ve Sigaraya İlişkin Özelliklerin Dağılımları	34
Tablo 8. Algılanan Stres Ölçeğine Verilen Yanıtların Dağılımları	35
Tablo 9. Algılanan Stres Ölçeği İç Tutarlılıklarının İncelenmesi	36
Tablo 10. Algılanan Stres Ölçeğine Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırılması	37
Tablo 11. Algılanan Stres Ölçeğine Göre Eğitim Durumu, Çalışma Durumu, Çocuk ve Aile Gelirinin Karşılaştırılması	41
Tablo 12. Algılanan Stres Ölçeğine Göre Kronik Hastalık, İlaç Sayısı, Egzersiz, Uyku, Alkol ve Sigara Durumunun Karşılaştırılması	47
Tablo 13. Algılanan Stres Ölçeğine Göre Yaş ve Tüketilen Sigara Miktarlarının Karşılaştırılması	57
Tablo 14. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine Verilen Yanıtların Dağılımları...	60
Tablo 15. Aktif Sigara Kullanıcılarının Nikotin Bağımlılık Düzeyleri.....	61
Tablo 16. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırılması	62
Tablo 17. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırılması	64
Tablo 18. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile Yaşların İlişkisi.....	65
Tablo 19. Algılanan Stres Ölçeği ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi İlişkisi..	66

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Algılanan Stres Ölçeği İç Tutarlılıklarının Dağılımı	36
Şekil 2. Cinsiyetlere Göre “Stres/Rahatsızlık Algısı” Alt Boyutu Puanlarının Dağılımı	38
Şekil 3. Cinsiyetlere Göre Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı	38
Şekil 4. VKİ Değerlerine Göre “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” Alt Boyutu Puanlarının Dağılımı	39
Şekil 5. Medeni Duruma Göre “Stres/Rahatsızlık Algısı” Alt Boyutu Puanlarının Dağılımı	40
Şekil 6. Eğitim Durumuna Göre “Stres/Rahatsızlık Algısı” Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	42
Şekil 7. Çalışma Durumuna Göre “Stres/Rahatsızlık Algısı” Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	43
Şekil 8. Çalışma Durumuna Göre Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı	44
Şekil 9. Çocuk Varlığına Göre “Stres/Rahatsızlık Algısı” Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	45
Şekil 10. Aile Gelir Durumuna Göre “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	46
Şekil 11. İlaç Sayısına Göre “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” Alt Boyutu Puanlarının Dağılımı	49
Şekil 12. İlaç Sayısına Göre Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı .	50
Şekil 13. Düzenli Egzersize Göre “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” Alt Boyutu Puanlarının Dağılımı	51
Şekil 14. Düzenli Egzersize Göre Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı	52
Şekil 15. Düzenli Egzersiz Sayısına Göre “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” Alt Boyutu Puanlarının Dağılımı	53
Şekil 16. Düzenli Uykuya Göre “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” Alt Boyutu Puanlarının Dağılımı	54

Şekil 17. Düzenli Uykuya Göre “Stres/Rahatsızlık Algısı” Alt Boyutu Puanlarının Dağılımı	54
Şekil 18. Düzenli Uykuya Göre Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı	55
Şekil 19. Alkol Kullanımına Göre “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” Alt Boyutu Puanlarının Dağılımı	56
Şekil 20. Sigara Kullanımına Göre “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” Alt Boyutu Puanlarının Dağılımı	57
Şekil 21. Stres/Rahatsızlık Algısı Alt Boyutu Puanları ile Yaşların Korelasyon Grafiği	58
Şekil 22. Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puanı ile Yaşların Korelasyon Grafiği.....	59
Şekil 23. Cinsiyetlere Göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinden Aldıkları Toplam Puanların Dağılımı.....	63
Şekil 24. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile Yaşların Korelasyon Grafiği	65

ÖZET

Giriş ve Amaç: Sigara kullanımı dünyada ve ülkemizde erken ölümlerin önlenabilir en önemli nedenidir. Aynı zamanda kullanım yaygınlığı ve pasif içicilikle birlikte önemli bir halk sağlığı problemidir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelikli olduğu aile hekimliği uygulamasında birçok kronik hastalığın sebebi olduğu bilinen sigara kullanımını artıran faktörleri ortaya koymanın ve yaşam içindeki algılanan stres gibi ilk anda sorgulanmayan etkenler de düşünülerek bireye bütüncül açıdan yaklaşmanın çok önemli olduğu kanaatindeyiz. Bu düşünceden hareketle bu çalışmada kişilerin yaşam içinde algıladığı stresin sigara kullanımı üzerindeki etkisinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız gözlemsel, tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Çalışma 01.02.2022-28.02.2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Güneşli Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran 1150 kişiden dahil edilme kriterlerini karşılayan 384 katılımcı ile yapılmıştır. Katılımcılara benzer çalışmalar incelenerek hazırlanan sosyodemografik veri formu ve Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ-14), mevcut sigara içenlere ise ek olarak Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. Çalışma verilerinin analizinde SPSS versiyon 23.0 istatistik programı kullanılmış ve istatistiksel anlamlılık sınır değeri olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması $33,23\pm10,94$ 'tür. Katılımcıların %44,5'i kadın, %55,5'i erkektir. Katılımcıların %37,8'inin sigara kullandığı, %6,8'inin bırakmış olduğu, %55,4'ünün kullanmadığı görülmüştür. Katılımcıların Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar 0 ile 51 arasında değişmekte olup; ortalama puan $26,49\pm8,16$ 'dır. Katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinden aldıkları toplam puanlar 0 ile 9 arasında değişmekte olup; ortalama puan $3,40\pm2,53$ 'tür.

Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyi, sigara tüketim miktarı ve sigara kullanım durumu ayrı ayrı incelendiğinde her üç durum ile algılanan stres düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmamıza göre gençlerde, kadınlarda, hiç çalışmamış olanlarda, 2 ve daha fazla düzenli ilaç kullananlarda, düzenli egzersiz yapmayanlarda, uyku düzeni olmayanlarda algılanan stres düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Yaptığımız bu çalışmada yaş arttıkça ve erkeklerde nikotin bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda yüksek algılanan stres ile nikotin bağımlılık düzeyi, sigara tüketim miktarı ve sigara kullanım durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu değişkenlerde stresin ön planda olduğu düşünülmesine karşın yaş, cinsiyet, düzenli egzersiz yapma durumu gibi çeşitli faktörlerin de başlı başına etkili olabileceği öngörülmektedir.

Önemli bir halk sağlığı problemi olan sigara kullanımı ile sağlık sisteminin her basamağında mücadele edilmesi gereklidir. Hekimler herhangi bir nedenle polikliniğe başvuran hastayla iki dakikalık kısa bir görüşme yapmanın bile etkili olduğunu bilerek her defasında sigara bırakmayı önermede istekli olmalıdırlar.

Sigara kullanmaya ergenlik çağında başlayanlar sigara bağımlılığı açısından yüksek risk taşımaktadır. Bu nedenle gençlerin sigaraya başlamalarını engellemek için aile danışma ve gençlik merkezleri yaygınlaştırılmalı, gençlerin sosyalleşme imkanları genişletilmeli ve öğrencilere küçük yaşlarda hobiler edindirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Algılanan stres, Sigara kullanımı, Aile hekimliği

ABSTRACT

Introduction and Objective: Smoking is the most important preventable cause of premature death in the world and in our country. It is also an important public health problem with its prevalence and passive smoking. We believe that it is very important to reveal the factors that increase smoking, which is known to be the cause of many chronic diseases in the family medicine practice, where preventive health services are a priority, and to approach the individual from a holistic perspective, considering factors that are not questioned at first, such as perceived stress in life. Based on this idea, in this study, it is aimed to investigate the effect of stress perceived by people in life on cigarette smoking.

Materials and Methods: Our study is an observational, descriptive and cross-sectional study. The study was conducted with 384 participants out of 1150 people who met the inclusion criteria, who applied to the University of Health Sciences İstanbul Bağcılar Training and Research Hospital Family Medicine Clinic, Güneşli Educational Family Health Center between 01.02.2022 and 28.02.2022. Sociodemographic data form which is prepared by examining similar studies, Perceived Stress Scale (PSS-14) and Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) (to current smokers only) were applied to the participants by face-to-face interview technique. The study was analyzed by SPSS version 23.0 statistical program and cut-off value of statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

Results: The mean age of the participants in our study was 33.23 ± 10.94 . 44.5% of the participants are female and 55.5% are male. It was observed that 37.8% of the participants are smoking, 6.8% quit, and 55.4% did not smoke at all. The total scores that the participants collected from the Perceived Stress Scale ranged from 0 to 51; the mean score is 26.49 ± 8.16 . The total scores that the participants collected from the Fagerström Test for Nicotine Dependence ranged from 0 to 9; the mean score is 3.40 ± 2.53 .

When the nicotine addiction level, amount of cigarette consumption and smoking status of the participants were examined separately, no statistically significant difference was found between all three conditions and perceived stress levels ($p > 0.05$).

According to our study, it was determined that perceived stress levels are higher in young people, women, those who have never worked, those who use 2 or more regular medications, those who do not exercise regularly, and those who do not have a sleep pattern.

In this study, we found that elders and men has higher nicotine addiction levels.

Conclusion: In our study, no significant relationship was found between high perceived stress and nicotine addiction level, amount of cigarette consumption or smoking status. Although stress is thought to be at the forefront in these variables, it is predicted that various factors such as age, gender, and regular exercise may be effective on their own.

Smoking, which is an important public health problem, must be combated at every step of the health system. Doctors should be willing to recommend smoking cessation every time, knowing that even a short two-minute interview with a patient, who applies to the outpatient clinic for any reason, is effective.

Those who start smoking in adolescence have a high risk of smoking addiction. For this reason, in order to prevent young people from starting smoking, family counseling and youth centers should become widespread. Also socialization opportunities should become widespread and students should have hobbies at a young age.

Keywords: Perceived stress, Smoking, Family medicine

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tütün bitkisi ana vatanı olan Amerika kıtasında ilk keşfeden yerliler tarafından daha çok dini ritüellerde kullanılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2021 verilerine göre tüm dünyada yaklaşık 1,3 milyar insan tütün kullanmaktadır ve bunun %80'inden fazlasını düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayanlar oluşturmaktadır (1). Türkiye dünyada en çok tütün kullanan ülkeler içerisinde onuncu sıradadır. Türkiye'de 15 yaş ve üzeri bireylerde 18 milyon kişi (%28) her gün tütün kullanmaktadır (erkeklerin %41,3'ü ve kadınların %14,9'u) (2). Bu nedenle ülkemizde sigara kullanımı önemli bir halk sağlığı problemi olarak değerlendirilmektedir. Sigara içerdiği nikotin nedeniyle bağımlılık yapma özelliğine sahiptir. Ayrıca sigara içmek akciğer kanseri, inme, geçici iskemik ataklar, kardiyovasküler hastalıklar ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı dahil olmak üzere birçok hastalığın önde gelen nedenidir (3). DSÖ tütün kullanımının dünyada her yıl 8,7 milyon insanın ölümüne neden olduğunu tahmin etmektedir. Bu ölümlerin 1,2 milyondan fazlası pasif içicilik kaynaklıdır. Çocukların neredeyse yarısı düzenli olarak halka açık yerlerde tütün dumanıyla kirlenmiş hava solumakta ve her yıl 65 bin çocuk pasif içiciliğe bağlı hastalıklardan ölmektedir (4).

Stres kişinin hissettiği duygusal ve fiziksel bir gerilim halidir. Birçok farklı durum veya yaşam olayı strese neden olabilir. Genellikle yeni, beklenmedik, benlik duygumuzu tehdit eden bir şey yaşadığımızda veya bir durum üzerinde çok az kontrolümüz olduğunu hissettiğimizde tetiklenir. Stresle karşılaştığımızda vücudumuz, savaş ya da kaç tepkisini tetikleyen ve bağışıklık sistemimizi harekete geçiren stres hormonları üretir. Tehlikeli durumlara hızla yanıt vermemize yardımcı olacağından bazen bu stres tepkisi faydalı olabilir. Bununla birlikte çok fazla stres olumsuz etkilere neden olabilir. Bizi sürekli bir savaş ya da kaç aşamasına sokabilir, hayattan bunalmış veya olaylarla başa çıkamaz hale getirebilir. Uzun vadede bu durum fiziksel ve zihinsel sağlığımızı olumsuz etkilemektedir (5,6).

Strese neden olan yaşam olaylarının bağımlılığın gelişimiyle ilişkisini ve relapslara neden olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (7). Sigara içme davranışının da nikotin bağımlılığı üzerinden stresle ilişki olduğu düşünülmektedir ancak aradaki mekanizmalar araştırılmaya ve tanımlanmaya devam etmektedir (8).

Bireyler bazen stresle başa çıkmada çözüm yolu olarak sigarayı görmekte, bazen de sigaranın bırakılmasıyla nikotin yoksunluğuna bağlı stres yaşadıklarını söylemektedirler.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelikli olduğu aile hekimliği uygulamasında birçok kronik hastalığın sebebi olduğu bilinen sigara kullanımını artıran faktörleri ortaya koymanın ve yaşam içindeki algılanan stres gibi ilk anda sorgulanmayan etkenler de düşünülerek bireye bütüncül açıdan yaklaşmanın çok önemli olduğu kanaatindeyiz. Bu düşünceden hareketle bu çalışmada kişilerin yaşam içinde algıladığı stresin sigara kullanımı üzerindeki etkisinin araştırılması amaçlanmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. TÜTÜN VE TÜTÜN ÜRÜNLERİ

Yaprakları kurutularak sigara yapımında kullanılan tütün bitkisi patlıcangiller (solanaceae) ailesinin *Nicotiana* cinsi içerisinde yer alır. Dünyada üretilen tütünün yüzde 90'ı *Nicotiana* cinsine dahil olan *Nicotiana tabacum* türüne aittir (9). Nikotin ise tütünün köklerde sentezlenip yapraklarında depolanan güçlü bir alkoloittir (10).

Dünyada ve Türkiye’de en yaygın kullanılan tütün ürünü sigaradır. Bölgesel kullanım sıklıkları değişmekle birlikte başlıca diğer tütün ürünleri şunlardır: sarmalık kıyılmış tütün, nargilelik tütün, puro ve sigarillo, pipoluk tütün, elektronik sigara, enfiye tütün, çiğnemelik tütün (11).

2.1.1. Tütünün Tarihçesi

Tütün bitkisi ana vatanı olan Amerika kıtasında ilk keşfeden yerliler tarafından daha çok dini ritüellerde kullanılmıştır (10). Tütünün bilinen ilk yolculuğu 1492 yılında Kristof Kolomb’un Amerika kıtasını keşfiyle Avrupa’ya olmuştur. Lizbon’da Fransa elçisi olarak görev yapan Jean Nicot’un ülkeye dönüşünde Portekizli denizcilerce armağan edilen tütünü Fransa Kraliçesine sunmuştur. Kraliçenin baş ağrılarına iyi gelen tütün keyif verici özelliğinin yanında hastalıklara iyi geldiği söylemiyle Avrupa’ya yayılmaya başlamış ve Kraliçe Otu olarak anılmıştır. 1828 yılında tütün yaprağından elde edilen alkaloide Jean Nicot’a ithafen “nicotin” ismi verilmiştir (9).

Osmanlı’da tütün ilk defa 17. yüzyılın başlarında İngiliz, İtalyan, İspanyol gemici ve tüccarlar tarafından İstanbul’a getirilmiştir. Takip eden yıllarda Osmanlı topraklarında ilk tütün tarımı Makedonya, Yenice ve Kırcalı’da yapılmıştır (10). 1874 yılında sigara ve paket tütün üretimi yapan fabrikalar kurulmuş fakat Osmanlı’nın borçlarına karşılık 1883 yılından itibaren 42 yıl boyunca tütün tekeli yabancı sermayeli Reji Şirketi işletmiştir. Kurtuluş mücadelesi sonrası Mustafa Kemal Atatürk yönetiminde Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti ile Reji Şirketi arasında 1925 yılında yapılan bir anlaşma ile Reji’nin bütün hak ve yükümlülükleri devlete devredilerek tütün tekeli millileştirilmiştir (12).

Tütün endüstrisi en büyük kazançlarını I. ve II. Dünya Savaşları yıllarında elde etmiştir. Sigarayla ilişkili savaş sloganları oluşturulmuş, sigara cephede askerler için mühimmat kadar aranır hale gelmiştir. Askerlerin evlerine döndüğü savaş sonrası dönemlerde de sigara tüketimi yaygınlaşmıştır. Tütün şirketleri sigara kullanımını artırmak için farklı stratejiler uygulamış, 1950'lere kadar tüketicileri sigara içiminin güvenli olduğuna ikna etmek için sigara reklamlarında ünlü doktorları dahi kullanmışlardır.

2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Epidemiyolojisi

Tüm dünyada yetişkinlerin yaklaşık dörtte biri (%23) tütün ve tütün ürünü kullanmaktadır. Bunların %37,4’ünü erkekler, %8,7’sini kadınlar oluşturmaktadır (13). Dünya çapında en yaygın tütün kullanım şekli sigara içimidir. Tütün kullanıcıların %70’i sigara içmektedir (yaklaşık 900 milyon insan). Bu oran tütün kullananların %91’inin sigara içtiği Avrupa Bölgesi’nde en yüksek ve tütün kullananların %37’sinin sigara içtiği Güneydoğu Asya Bölgesi’nde en düşüktür (14).

Tütün ve tütün ürünleri kullanım özellikleri açısından ülkeler arasında farklılıklar mevcuttur. Tütün kullanım sıklıkları karşılaştırıldığında erkek-kadın oranı en yüksek Mısır (38:1) ve Çin (27:1), Malezya (22:1) gibi Asya ülkelerinde iken en düşük Yunanistan, Polonya ve Arjantin, Brezilya, Uruguay gibi Güney Amerika ülkelerindeydi (tümü 2:1’den az) (15). Tütün kullanım sıklığı genellikle genç yetişkinlik veya orta yaşlara doğru artar daha sonra tütün kullanıcılarının bırakması veya ölmesi nedeniyle azalmaktadır. Bununla birlikte, bu eğilim prevalansın 65 yaş ve üstü yetişkinler arasında en yüksek olduğu Asya ülkelerinde özellikle Hindistan, Bangladeş ve Tayland’da daha az belirgindir (15). Genellikle günlük sigara içmeye başlama yaş ortalaması 20 yaşın altında olup kadınlar erkeklerden biraz daha büyük yaşta başlamaktadır. Bölgesel olarak Asya ve Afrika’daki sigara içenler, Avrupa ve Latin Amerika’dakilere kıyasla her gün sigara içmeye daha geç yaşta başlama eğilimindedir (15). Hindistan dışındaki tüm ülkelerde erkekler günlük adet olarak kadınlardan daha fazla sigara kullanmaktadır. Sigara bırakma oranı (her gün sigara içenler arasındaki sigarayı bırakmış kişilerin yüzdesi) ülkelerdeki tütün kontrol politika ve programlarının etkisinin önemli bir göstergesidir. Sigara bırakma oranı

hem erkekler hem de kadınlar arasında Çin, Hindistan, Malezya ve Rusya'da %20'nin altında iken Brezilya ve Uruguay'da %40'ı aşmaktadır (15).

Türkiye'de okula kayıtlı 13-15 yaş arası öğrencilerde sigarayı deneyenler %28 (erkeklerde %32,9, kızlarda %23), mevcut sigara içenler %7,7'dir (erkeklerde %9,9, kızlarda %5,3) (16). Sigara kullanmaya ergenlik çağında başlayanlar sigara bağımlılığı açısından yüksek risk taşımaktadır (17). Ülkemizde erişkinlerde (15 yaş ve üzeri) sigara kullanım sıklığı %31,6'dır (erkeklerde %44,1, kadınlarda %19,2) (18). Ülkemizde kişilerin %29,5'i her gün sigara kullanmaktadır. Her gün sigara kullananlarda sıklığı en fazla olanlar 25-44 yaş aralığındakilerdir (%37) (19). Türkiye'de günlük sigara içmeye başlama yaş ortalaması 17'dir (erkeklerde %16,7, kadınlarda %17,7). Günde içilen ortalama sigara sayısı 18 adettir (erkeklerde %18,9, kadınlarda %15,8) (18). Ülkemizde sigara bırakma oranı %27,2'dir (erkeklerde %26,9, kadınlarda %28,3) (15). Eğitim düzeylerine göre bakıldığında ise sigara kullanım sıklığı lise düzeyine kadar artış göstermekte, üniversite ve üzeri eğitimi olanlarda azalmaktadır (19).

2.1.3. Sigara Kullanımı ile İlişkili Sağlık Sorunları

Sigara dumanında bulunan toksik, mutajenik ve karsinojenik olduğu bilinen 4 binden fazla kimyasal madde kan dolaşımının bulunduğu her noktaya ulaşır ve neredeyse tüm organlarda bir hasara neden olur. Sigara özellikle Akciğer ve diğer organ kanserleri, iskemik kalp hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve serebrovasküler hastalıklarla ilişkisiyle mortalite açısından; ağız, cilt, kemik, göz ve üreme organ hastalıklarıyla ilişkisiyle morbidite açısından önemlidir. Sigara kullanımının hem erkekler hem de kadınlarda tüm nedenlere bağlı 10 yıllık ölüm riskini 5 ila 10 yaş erkene çektiği gösterilmiştir (20).

Akciğer kanseri her iki cinsiyette 2020'deki yeni vaka sayısında tüm kanserler arasında ikinci sırada, aynı yıl kansere bağlı ölüm sayısında birinci sıradadır (21). Sigaranın içilen miktar, süre ve daha erken başlama yaşı ile akciğer kanserine yakalanma riskinde artış, sigaranın bırakılmasıyla azalma meta-analiz çalışmalarıyla açıkça ortaya konmuştur (22).

Sigara kullanımının organların çoğunda kanser riskini artırdığı ortaya konmuştur. 1985 yılında Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'nın (IARC) himayesi

altında uzmanlardan oluşan uluslararası bir çalışma grubu tütün içimi ile akciğer, oral kavite, farenks, larenks, pankreas, mesane, renal pelvis ve üretra kanseri arasında nedensel bir ilişki olduğunu kabul etmiştir (23). On dokuz yıl sonra tütün dumanı ve istemsiz sigara içme başlığıyla revize edilmiş bir monografta IARC nazal kavite ve sinüs, özofagus, mide, karaciğer, böbrek (renal hücreli karsinom), serviks ve kemik iliği (miyeloid lösemi) kanserlerini de sigaraya bağlı kanserlerin uzun listesine eklemiştir (24).

Sigara kullanmak koroner kalp hastalığı, inme, aort anevrizması ve periferik damar hastalığının başlıca nedenidir (25). Hem artan ateroskleroz derecesi hem de buna bağlı daralmış damarlarda artan tromboz kardiyovasküler riski belirler. Sigaraya bağlı kardiyovasküler riskler içilen miktar ve sigara içme süresi ile birlikte artmaktadır. Hiç sigara içmeyenlerde çevresel tütün dumanına maruz kalma %20-30 kardiyovasküler hastalık (KVH) risk artışı ile ilişkilidir (26). Sigarayı bırakmanın miyokard infarktüsü geçirdikten sonra bile işe yaradığına, aşırı riskin oldukça hızlı bir şekilde azaldığına ve yaklaşık 5-10 yıl sonra sigarayı bırakanlarda KVH riskinin yaşam boyu sigara içmeyenlerin düzeyine yaklaştığına dair ikna edici kanıtlar mevcuttur (27,28).

Sigara dumanı KOAH'ın gelişimine katkıda bulunan birincil risk faktörüdür (29). Hayat boyu sigara içmeye devam edenlerin %50'sinin sonunda KOAH geliştirdiği bildirilmekle birlikte sigaranın bırakılmasıyla KOAH gelişme riskinin yaklaşık yarı yarıya düştüğü gösterilmiştir (30). Sigara içenlerde sigara içmeyenlere göre daha yüksek solunum semptomları ve akciğer fonksiyonu anormallikleri, FEV1'de daha yüksek yıllık düşüş oranı ve daha yüksek KOAH ölüm oranı vardır (31).

14 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde sigara içenlerde sigara içmeyenlere kıyasla genel olarak artmış inme riski bulunmuştur. Aynı analizde pasif içiciliğin genel inme riskini %45 artırdığı da gözlemlenmiştir. Ayrıca doz-yanıt meta-analizi günde içilen sigaranın her 5 adet artışı için inme riskinin %12 arttığını göstermiştir. Bu meta-analizde sigarayı bırakmış olanlar ile inme insidansı arasında bir ilişki bulunmaması sigarayı bırakmanın inme insidansı üzerinde olumlu bir etkisinin olduğunu göstermiştir (32).

Sigara içen gebelerde erken doğum, fetusta düşük doğum ağırlığı ve ölü doğum sigara içmeyenlere göre daha fazla saptanmıştır. Sigara içen annelerin çocuklarında ise alerji, atopi ve astım hastalığı görülme riskinin arttığı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu sıklığında yükselme olduğu ve kognitif fonksiyonlarında azalma olduğu gözlenmiştir (33).

Sigaranın birçok organ ve sistem üzerindeki mortal etkilerini anlatmakla birlikte özellikle sigaraya başlama yaşlarında olan adolesanlara sigaranın ağızda kötü kokuya, dişlerde sararmaya ve ciltte kırışıklıklara neden olduğu da belirtilmelidir (34).

2.1.4. Pasif İçicilik

İkinci el içicilik olarak da tanımlanan pasif içicilik başkaları tarafından içilen sigaralardan veya diğer tütün ürünlerinden çıkan dumanın istem dışı solunmasıdır. İkinci el dumanı ise bir sigaranın yanan ucundan çıkan duman ile sigara içicisi tarafından dışarıya atılan dumanın birleşimidir ve çevresel tütün dumanı olarak da adlandırılır. İkinci el sigara dumanına maruz kalmanın güvenli bir düzeyi yoktur ve kısa süreli maruz kalma bile zarar verebilir. Pasif içicilik yetişkinlerde koroner kalp hastalıkları, solunum yolu hastalıkları ve erken ölüme neden olmaktadır. Sigara dumanına maruziyet yenidoğanlarda ani bebek ölüm sendromunu, çocuklarda ise alt solunum yolu enfeksiyonları, otitis media ve kanser riskini artırmaktadır (34). İkinci el dumana maruz kalan gebelerin ölü doğum yapma, fetüslerinin konjenital malformasyonlara ve düşük doğum ağırlıklarına sahip olma olasılığı daha yüksektir (1).

Ailesindeki fertlerden dolayı ikinci el dumana maruz kalan çocukların ileri yaşlarda sigaraya başlamaya daha yatkın oldukları görülmüştür (35). Oysaki ülkemizde pasif içiciliğin çocuklarda akciğer hastalıklarına neden olduğuna inanan yetişkinler %94,5'lik kısmı oluşturmaktadır. Çocuklarının sağlığı konusunda endişelenmelerine rağmen evde sigara içmeye devam eden ebeveynlerin gelecekte çocuklarının sigarayla ilgili alacakları kararlarında örnek olmaları zordur.

Tüm dünyadaki insanların %40'ının, çocukların ise yaklaşık yarısının istem dışı sigara dumanına maruz kaldığı belirtilmektedir (36). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (GATS) verilerine göre 2016 yılında ülkemizde yetişkinlerin %28'i

kafeler, kahve dükkanları veya çay evlerinde, %26,7'si evde, %12,7'si restoranlarda pasif içiciliğe maruz kalmaktadır. 2009 yılında başlayan dumansız hava sahası uygulaması ve kapalı mekanlarda sigara içme yasağının getirilmesiyle ülkemizde ikinci el dumana maruz kalma önemli ölçüde azalmıştır. Pasif sigara dumanına maruziyette en büyük düşüş restoranlarda meydana gelmiştir (2008'deki %55,9'a kıyasla 2016'da %12,7) (18). Ayrıca DSÖ tarafından hazırlanan 2013 Küresel Tütün Epidemisi Raporu'nda tütün kontrol çalışmaları çerçevesinde MPOWER kriterlerinin tamamını yerine getiren ilk ülkenin Türkiye olduğu belirtilmiştir (37).

2.1.5. Bağımlılık

Sigara bağımlılığı çevresel, fizyolojik ve psikolojik etkenlere bağlıdır. Ülkemizde 2017'de 13 ila 15 yaş arasındaki öğrencilere yönelik yapılan Küresel Gençlik Tütün Araştırması (GYTS)'na göre öğrencilerin %7,7'si halen sigara içmekte, %11,2'si halen nargile içmekte, %40,2'si en az bir defa tütün ürünü denemiştir (16). Bu yaşlarda akran grubunda sigara içmenin büyüme göstergesi olarak algılanması, daha ileri yaşlarda sosyalleşme aracı olarak görülmesi sorunun genç bireyler açısından çok önemli olduğunu göstermektedir.

Farmakolojik araştırmalarda tütün dumanında esas bağımlılık yapan ajanın nikotin olduğu bulunmuştur. Uzun yıllar diğer madde bağımlılıklarına göre daha hafif bağımlılık oluşturduğuna inanılan nikotinin epidemiyolojik ve hayvan çalışmalarında en güçlü bağımlılık yapan maddelerden biri olduğu gösterilmiştir (38). Nikotin maruziyeti ödül yolağı olarak da bilinen mezokortikolimbik yolağı aktive ederek ventral tegmental alanda bulunan dopaminerjik nöronlar ve nukleus akkumbensten dopamin salınımını artırmaktadır. Aynı zamanda nikotinin diğer bağımlılık yapan maddelerin tersine ödül devresinde sonraki maruziyete duyarlılığı arttırdığı ortaya konmuştur (39).

Tüm bağımlılıklarda olduğu gibi nikotin yoksunluğu sigara içmeyi teşvik eden bir dizi klinik sonuca yol açmaktadır. Nikotin yoksunluk belirtileri zamanla sınırlıdır, birkaç hafta sürebilir ve sinirlilik, kaygı, depresyon, konsantrasyon güçlüğü, kilo alma, huzursuzluk ve sabırsızlık gibi fiziksel belirtileri içerir. Bu yoksunluk belirtilerinin yoğunluğu nikotin bağımlılığının düzeyi ile ilişkili olabilir (40). Nikotin bağımlılık düzeyinin belirlenmesinde yaygın olarak kullanılan

bağımlılığı 0 ila 10 arasında puanlayarak derecelendiren Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)'dir. Testte uyandıktan sonra ilk sigara içimine kadar geçen süreye ve günde içilen toplam sigara sayısına en çok vurgu yapılmaktadır. İlk sigaranın erken içilmesi, günde içilen sigara sayısının fazlalığı yüksek nikotin bağımlılığı ile ilişkilendirilmiştir (41). Hekimlerin yoğun çalışma temposunda nikotin bağımlılık düzeyini pratik bir şekilde belirlemesi kişilerin doğru yönlendirilmesi ve uygun tedaviyi almaları için önemlidir.

Nikotin bağımlılığının gücünün kanıtı olarak Amerika'da yapılan bir çalışmada sigara içenlerin %70'inin bırakmak istediğini, %55,1'inin son bir yıl içinde bırakmayı denediğini ancak sadece %7,5'inin başarılı olduğunu göstermektedir (42).

2.1.6. Tütün Kontrolü ve Hekimlerin Rolü

Günümüzde önlenebilir ölüm nedenleri arasında ilk sırada olan tütün, dünyada halen 1,3 milyar insan tarafından kullanılmaktadır. Tütün kullanımı her yıl 8 milyondan fazla insanın ölümüne neden olmakta ve gerekli önlemler alınmazsa önümüzdeki birkaç on yılda bu sayının ikiye katlanacağı öngörülmektedir (43).

Uzun yıllar tütün endüstrisine sahip çok uluslu şirketlerin ekonomik çıkarlar ve siyasi güçleri karşısında tütünle mücadelede ulusal politikalarla başarılı olunamamıştır. Bu yüzden DSÖ öncülüğünde 2003 yılında 150'den fazla ülkenin taraf olduğu Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) hazırlanmıştır. Bu sözleşme tütün kontrol politikalarının küresel ve ulusal ölçekte etkin bir şekilde uygulanması için alınması gereken önlemleri MPOWER kısaltmasıyla 6 başlıkta toplar (Tablo 1). Türkiye tarafından TKÇS 2004 yılında imzalandıktan sonra ülkemizde tütünle mücadele alanındaki çalışmalar hız kazanmıştır. 2008-2012, 2015-2018, 2018-2023 Ulusal Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planları hazırlanmış, DSÖ tarafından MPOWER politika paketindeki bütün kriterleri gerçekleştiren ilk ülke olarak örnek gösterilmiştir (44).

Küresel ölçekte sigara satışları on yıllardır istikrarlı bir şekilde yükseliyordu ve dünyanın çoğu yerinde halkı korumak için herhangi bir önlem alınmamıştı. MPOWER tütün kontrol önlemlerinin yayılmasının etkisiyle küresel sigara satışları 2012'de düşmeye başlamış ve o zamandan beri dünya nüfusu artmasına rağmen bu düşüş devam etmiştir. 2021 yılı itibarıyla tüm ülkelerin %75'inde -ki 5,3 milyardan

fazla insana ev sahipliği yapar- en az bir, yarısında iki veya daha fazla MPOWER önlemi bulunmaktadır. Bu önlemler şu ana kadar 37 milyondan fazla hayat kurtarmış ve bu sayı her geçen gün daha fazla kişinin sigarayı bırakmasıyla artmaktadır (1).

Tablo 1. MPOWER Politika Paketinde Yer Alan Önlemler

#	İngilizce	Türkçe	Açıklama
1	Monitor	İzleme	Tütün kullanımı ve önleme politikalarını izleyin
2	Protect	Koruma	İnsanları tütün dumanından koruyun
3	Offer	Önerme	Tütün kullanımını bırakmak için yardım önerin
4	Warn	Uyarma	Tütünün tehlikeleri konusunda uyarın
5	Enforce	Yasaklama	Tütün reklam, promosyon ve sponsorluklarını yasaklayın
6	Raise	Artırma	Tütün vergilerini artırın

Toplumda tütün kontrolünün sağlanması için hükümet, sivil toplum örgütleri ve medyanın güçlü desteği, farklı meslek gruplarının yakın iş birliği gereklidir. Burada sorumluluk yine ülkemizde ve tüm dünyada toplum içinde saygı duyulan, örnek gösterilen hekimlere düşmektedir. Hekimlerin sigarayla ilişkili hastalıklar ve yoksunluk semptomları hakkında ayrıntılı bilgiye sahip olmaları, sağlık konusunda danışman pozisyonunda olmaları, halka kolaylıkla ulaşabilmeleri ve gerekliyse uygun ilaç tedavileri uygulayabilmeleri tütün kontrolünün etkin bir şekilde yapılabilmesinde hekimlere büyük sorumluluk yüklemektedir. Polikliniğe başvuran her hastanın sigara kullanımı sorgulanmalı, anamnezine kaydedilmeli, sigarayı bırakmak için etkili tedavilerden bahsedilmeli ve başarabileceğine inandırılarak teşvik edilmelidir. Görüşme sırasında hastanın çekinmesine neden olacak hastayı rencide edecek kelimelerin kullanılmamasına özen gösterilmelidir (36).

Türkiye’de yapılan 22 çalışmanın ele alındığı derlemede hekimlerde sigara içme oranlarının %31,9 ila %70 arasında değişmekte olduğu gösterilmiş (45). Farklı çalışmada sigara içmeyen doktorların hastalarına sigarayı bırakmalarını tavsiye etme olasılıkları (%85,6) sigara içen doktorlara kıyasla (%70,1) daha yüksek bulunmuştur (46). Hekimin herhangi bir nedenle polikliniğe başvuran hastayla sigarayı bırakma konusunda iki dakikalık kısa bir görüşme yapmasının bile hiç önermemesine göre sigara bırakma oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış sağladığı saptanmıştır

(47). Bu bağlamda hekimler kendi alışkanlıklarını değiştirerek topluma rol model olmalı ve küçük tavsiyelerin dahi etkili olduğunu bilerek sigara bırakmayı önermede istekli olmalıdırlar.

2.1.7. Sigara Bırakma Tedavileri

GATS verilerine göre 2016 yılında ülkemizde hala sigara kullananların %32,8'i sigarayı bırakmayı planlamaktayken %24,6'sı son 12 ay içerisinde bırakmayı denemiştir. Son 12 ay içinde bir sağlık kuruluşuna başvuran sigara içenlerin %40,1'ine bırakmaları önerilmiş ve her gün sigara içenlerin %13,6'sı sigarayı bırakmıştır (18).

Ülkemizde sigara ile mücadele kapsamında Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler bünyesinde sigara bırakma poliklinikleri kurulmuştur. 2018 yılı itibariyle poliklinik sayısı 476'ya çıkmış, 6 bin hekime eğitim verilmiş ve bu kurumlarda çalışan doktor sayısı 766'ya ulaşmıştır (48). Ülkemizin 84 milyonu aşan nüfusu ve %30 civarındaki sigara kullanım oranı düşünüldüğünde tütün kontrolü için etkin mücadelede bu merkezlerin sayısı yeterli değildir. Aile hekimliği hizmet sunumundaki yeri, kolay ulaşılabilirliği, toplum yönelimli ve kapsamlı yaklaşım temel ilkelerini içermesi bakımından sigara ile mücadeleye dahil edilmesi gerekmektedir (49). 2018-2023 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı kapsamında sigara bırakma hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerini kapsayacak biçimde yaygınlaştırılması hedeflenmiştir (44).

Tedavi protokolünü belirlemek ve süreci izlemek için sigara kullanıcılarının öncelikle bağımlılık düzeyleri belirlenmelidir. Daha sonra hastaya yaklaşımı netleştirmek için sigarayı bırakmaya istekli olup olmadıkları sorgulanmalıdır. Sigarayı bırakmada istekli olan hastalara 5A (Türkçesi 5Ö), isteksiz olan hastaların motivasyonunu artırmak için de 5R stratejilerinin kullanılması önerilmektedir (50). Bu stratejiler sırasıyla Tablo 2 ve Tablo 3'te gösterilmiştir.

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

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

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

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

Sigara bırakma tedavileri iki ana başlıktan oluşmaktadır. Birincisi; bilişsel ve davranışçı tedavilerle hastanın nikotin bağımlılığının farkına varmasını sağlamak, hastaya sigara bırakma tedavisinde ortaya çıkacak yoksunluk belirtileriyle başa çıkma yöntemlerini öğretmek ve bu süreçte motivasyonel destek sağlamaktır. İkicisi ise; farmakolojik tedavilerle fizyolojik yoksunluk belirtilerini en aza indirgeyerek hastanın sigara bırakma sürecini kolaylaştırmaktır. Her iki tedavinin birlikte uygulanması sigarayı bırakmada başarılı olma ihtimalini artırmaktadır (19).

2.1.7.1. Bilişsel ve davranışçı tedaviler

Kişide sigara içmenin davranış ve psikolojik boyutunu algılamak ve motivasyonel görüşme tekniği kullanılarak davranış değişikliğine destek olmak gereklidir. Motivasyonel görüşmeler sigarayı bırakma davranışının önemini göstermek ve isteksiz hastaların öz motivasyonunu artırmak için hastayı da yargılamadan oluşturulan ikili diyalogları içerir. Tüm hastalara nikotin bağımlılığından bahsedilmeli, bu durumun çözümü için uygulanabilecek tedaviler anlatılmalı ayrıca tedavi süresince karşılaşılabileceği yoksunluk belirtileri ile başa çıkabilme yöntemleri sunulmalıdır. Motivasyonel görüşmeler birebir görüşme, grup tedavisi ve telefon konsültasyonu teknikleriyle uygulanabilir.

Davranışçı tedavilerde kısa görüşmelerin dahi etkili olduğu bilinmekle birlikte görüşme süresinin artmasıyla sigara bırakma başarısının da arttığı gösterilmiştir (51). Yapılan çalışmalarda bilişsel ve davranışsal tedavilerin farmakolojik tedaviye uyumu artırarak sigarayı bırakmada başarı oranını yükselttiği görülmüş ve poliklinik kontrollerindeki motivasyonel görüşmelerin önemine vurgu yapılmıştır (52).

2.1.7.2. Farmakolojik tedaviler

Günümüzde sigara bırakma tedavisinde reçete edilebilen birinci basamak ilaçlar üç gruba ayrılır: nikotin replasman tedavileri, bupropion ve vareniklin.

Nikotin Replasman Tedavisi (NRT), sigaranın kesilmesi sonrası oluşan fizyolojik yoksunluk belirtilerini nikotini yerine koyma yoluyla en aza indirgeyerek sigara bıraktırmayı amaçlar. FNBT'den alınan puana göre orta ve üzeri bağımlılık düzeyine (≥ 5 puan) sahip hastalarda NRT daha faydalıdır. Nikotin bağımlılık düzeyi orta ve üzeri olanlara, günde toplam 15 adetten daha çok sigara içenlere veya düşük düzeyde bağımlı olmakla birlikte diğer sigara bırakma yöntemlerinden fayda görmeyenlere NRT uygulanır. NRT'nin sakız, transdermal bant, pastil, inhaler ve nazal sprey gibi farklı formları mevcuttur. En sık tercih edilen ve ülkemizde de kullanılan nikotin sakızı ve transdermal banttır, ayrıca kombine kullanımda genel olarak bu ikisi önerilmektedir. NRT ile içilen sigara sonucu ulaşılan maksimum plazma nikotin düzeylerine ulaşılmasa da hastanın yoksunluk belirtilerini en aza indirmek veya ortadan kaldırmak için yeterli olmaktadır. NRT'de kullanılan ilaçlar

2-8 haftalık aralıklarla azaltılarak bırakılır, bununla birlikte nikotin yoksunluk belirtilerinin de azalması beklenir (19).

Bupropion, 18 yaş ve üzeri kişilerde 1997 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde, 2000 yılında Birleşik Krallık'ta sigara bırakma tedavisi için ruhsatlandırılan ilk nikotin dışı ilaçtır. Dopamin ve noradrenalin geri alımını inhibe eden aynı zamanda nikotinik asetilkolin reseptör antagonisti olan bir antidepresan ajandır (53). Yakın tarihte yapılan 46 çalışmayı inceleyen bir meta-analizde bupropionun sigara bırakma tedavisindeki başarısı plasebo kullanan ya da farmakoterapi kullanmayan girişimlere göre 1,64 kat yüksek bulunmuştur (54). İlacın en sık görülen yan etkileri uykusuzluk, baş ağrısı ve ağız kuruluğudur. Bupropion tedavisi sigarayı bırakmadan önce başlanır ve 7-14 gün içinde bir tarihte hedef sigara bırakma günü belirlenir. Tedavi ilk üç gün 150 mg'dan başlanır, sonraki günler 300 mg günde iki doza bölünerek devam edilir ve tedavi bu dozda genellikle 8 hafta sürer. 6 aya kadar da uzatılabilen bu tedavide 8 haftanın sonunda hasta değerlendirilir, sigarayı bırakma açısından bir gelişme göstermiyorsa ilaç kesilmelidir. Ciddi yoksunluk semptomları olan veya tek başına bupropion tedavisinden fayda görmeyen hastalarda NRT ile kombine kullanım denenebilir (19).

Vareniklin, $\alpha 4\beta 2$ nikotinik asetilkolin reseptörlerine yüksek afiniteyle bağlanan parsiyel agonistidir. Sigara içilmediği dönemde zayıf agonist etki ile dopamin düzeyini artırır ve nikotin yoksunluk belirtilerini azaltır. Sigara içildiğinde ise alınan nikotinin reseptörlere bağlanmasını yarışmacı olarak engelleyerek antagonist etki ile dopamin düzeyini artırmaz ve hastanın sigaradan ayrılmasını kolaylaştırır (55). 2013 yılında 15 çalışmayı karşılaştıran bir meta-analizde vareniklinin sigara bırakma tedavisindeki başarısı plaseboya göre 2,88 kat yüksek bulunmuştur (56). İlacın en sık görülen yan etkileri bulantı, uykusuzluk, anormal rüyalar ve baş ağrısıdır. Vareniklin tedavisi sigarayı bırakmadan bir hafta önce başlar. Tedavi ilk üç gün 0,5 mg'dan başlanır, sonraki 4 gün günde iki kez 0,5 mg devam edilir, sigaranın bırakılma günü olan 8. günden itibaren ise günde iki kez 1 mg dozda kullanılır. Tedavi bu dozda en az 12 hafta sürer, relaps riski yüksek olarak görülen hastalarda ise 6 aya kadar uzatılabilir. Vareniklinin NRT veya bupropion ile kombine kullanımlarının hem kısa hem uzun vadede sigara bırakma başarısını arttırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (57,58).

2.2. STRES

2.2.1. Stres Kavramı ve Algılanan Stres

Stres yakın tarihte birçok çalışmaya konu olan ve günümüzde sıkça kullanılan bir terimdir. 17. yüzyılda ilk kez tanımlanan stres kavramı, fizik biliminde elastiki madde ve üzerine uygulanan dış güç arasındaki ilişkiyi tanımlamak için Robert Hooke tarafından kullanılmıştır. Stres sözcüğü sonraki yıllarda tıp alanında kullanılmaya başlanmıştır. 1950'li yıllarda yaptığı araştırmalarla stres çalışmalarının babası olarak anılan endokrinolog Hans Selye, stresi hoş veya hoş olmayan koşullardan kaynaklanıp kaynaklanmadığına bakılmaksızın, vücudun kendisine yapılan herhangi bir talebe spesifik olmayan tepkisi olarak tanımlamıştır ve vücudun stresörlere verdiği üç aşamalı tepkiyi genel adaptasyon sendromu olarak isimlendirmiştir (59). Günümüzde stres DSÖ tarafından 21. yüzyılın sağlık salgını olarak adlandırılmış, stresin duygusal ve fiziksel sağlığımız üzerindeki etkisinin yıkıcı olabileceğinden bahsedilmiştir (60).

Günümüzde genel olarak kabul edilen stres tanımı, birey ile durum arasındaki etkileşim şeklindedir. Bireyin kaynakları, durumun talep ve baskılarıyla başa çıkmak için yeterli olmadığında ortaya çıkan psikolojik ve fiziksel tepkidir (61). Aynı durum veya olay; bireylerin önceki yaşamışlıkları, kişisel özellikleri, eğitim durumları ve inançlarıyla ilgili olarak bireylerde farklı stres düzeylerine neden olabilmektedir. Bu da öznel bir deneyim olan algılanan stres kavramını ortaya çıkarmaktadır. Algılanan stres, bireyin belirli bir zaman diliminde ne kadar stres altında olduğu konusunda sahip olduğu duygu veya düşüncelerdir. Bir durum veya olay karşısında sahip olunan olumsuz düşüncelerin fazlalığının, kişide algılanan stres düzeyinin yüksekliği ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir (62).

2.2.2. Stres Yanıtı

İnsanda stres tepkisi, gerçek veya algılanan stres koşulları altında homeostazı sürdürmek için gelişmiştir. Hipotalamus-hipofiz-adrenal aks bu homeostatik süreçlerin sürdürülmesinde önemli bir düzenleyici yoldur. Bu yolun son ürünü olan kortizol, pulsatil bir düzende salgılanır ve sirkadiyen bir ritme sahiptir.

Akut stres sırasında kortizol seviyeleri yükselir ve pulsatile korunur. Adrenokortikotropik hormon (ACTH) seviyelerindeki artışı kortizoldeki artış takip etse de uzun süreli inflamatuvar stres meydana gelirse, artan adrenal duyarlılığın bir sonucu olarak, kortizol seviyeleri yükselmeye devam ederken ACTH bazal düzeye yakın seviyelere döner. Kronik strese hipofiz bezinin hipotalamik aktivasyonu kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) baskından arginin vazopressin baskın hale dönüşür ve CRH salgısı feedback mekanizmalar ile etkilenerek ACTH salgısı artar, buna bağlı olarak kortizol seviyeleri yüksek kalır ve pulsatile bozulmuştur (63).

Kortizol seviyelerindeki akut yükselmeler savaş ya da kaç tepkisinin bir parçası olarak hayatta kalmayı teşvik etmek için faydalıdır. Bununla birlikte strese kronik maruz kalma, uzun süreli kortizol maruziyetinin uyumsuz hale gelmesiyle, yararlı etkilerin tersine çevrilmesiyle sonuçlanır ve bu da metabolik sendrom, obezite, kanser, ruh sağlığı bozuklukları, kardiyovasküler hastalık ve enfeksiyonlara duyarlılıkta artış dahil olmak üzere çok çeşitli sorunlara yol açabilir (64,65).

2.2.3. Stres Kaynakları

Strese neden olan durumlar ve baskılar stresörler olarak bilinir. Stresörler kişinin bireysel özelliklerinden, iş hayatından ve çevresel faktörlerden kaynaklanmaktadır (66).

Bireysel faktörler; stres oluşumu nedenlerinden biri stresin kişi tarafından algılanma şekli ve bunu etkileyen bireysel özelliklerdir. Kişinin yaşı, cinsiyeti, olaylara bakış açısı, duygusal yapısı, hayat tecrübeleri, yaşam standardı, ekonomik durumu gibi faktörler bireysel stres kaynakları arasındadır.

Örgütsel faktörler; örgütsel stres, kişi ve iş ilişkilerinden oluşan bireyin işlevselliğinde olumsuz değişiklikler meydana getiren bir durumdur. İş hayatındaki rol çatışmaları, ast-üst ilişkisi, çalışma ortamı, zaman baskısı, fazla mesai, ücret ve izin durumu örgütsel stres kaynakları arasında sayılabilir.

Çevresel faktörler; kişinin elinde olmayan günlük hayatta karşılaştığı stres etkenleridir. Bunlara ulaşım sorunları, teknolojik ve sosyokültürel değişimler, ekonomik krizler, savaş ve göçler örnek gösterilebilir.

Bireysel, örgütsel ve çevresel stres kaynakları birbirleriyle etkileşim halindedir. Duygusal problemlerin ya da ulaşım sorununun kişinin çalışma hayatını da etkileyebilmesi bu duruma örnek gösterilebilir (66).

2.2.4. Stresin Belirtileri ve Sonuçları

Stres altındayken organizmanın bütünlüğünü korumak ve yeni duruma adaptasyon sağlayabilmek için vücutta stres yanıtı olarak adlandırılan bir takım reaksiyon meydana gelir. Akut ve kronik stres kendini çeşitli bireysel ve örgütsel sonuçlarla gösterir. Bireysel sonuçlar fizyolojik, psikolojik ve davranışsal olarak üç grupta incelenebilir.

Fizyolojik sonuçlar; stres çarpıntı, baş ağrısı, ateş, baş dönmesi, nefes darlığı, karın ağrısı, kabızlık veya ishal, iştahsızlıkla birlikte kilo kaybı veya aşırı yeme eğilimi ile kilo alma, halsizlik, kas krampları, adet sancısı gibi belirtilere neden olabilmektedir.

Bazı stresörlerin fonksiyonel bağırsak hastalıkları, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, gastroözofageal reflü ve peptik ülserde hastalığın başlangıcı veya semptom alevlenmesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (67).

Bazı çalışmalarda psöriyazis, ürtiker, atopik dermatit ve herpes virüs enfeksiyonlarının oluşumunda potansiyel psikopatolojik mekanizmaların varlığı tartışılmıştır. Ayrıca geleneksel tedaviye yanıt vermeyen bu cilt hastalıklarında çeşitli psikoterapi yöntemlerinin faydalı olabileceği değerlendirilmiştir (68).

Ağırlıklı olarak hayvan modellerinden ve insan çalışmalarından elde edilen kanıtlar, stres ve depresyonun bağışıklık tepkisinin bozulmasına neden olduğunu ve bazı kanser türlerinin gelişmesini ve ilerlemesini destekleyebileceğini göstermektedir (69). Psikolojik strese maruz kalma ve strese bağlı kortizol salınımının meme kanseri riskinde artışla ilişkili olduğunu öne süren çalışmalar mevcuttur (70).

Sağlıklı yetişkinlerde ve kalp hastalarında yapılan laboratuvar deneyleri, stresin miyokard iskemisi gibi patojenik süreçleri besleyebileceğini, inflamatuvar ve pıhtılaşma mekanizmalarını aktive edebileceğini göstermektedir (71). Yapılan bir meta-analiz iş stresi olan çalışanlarda koroner kalp hastalığı için ortalama %50 risk artışı olduğunu göstermektedir (72).

Psikolojik sonuçlar; endişe, öfke, tedirginlik, korkular, hayattan zevk alamama, öz saygı ve öz güvende azalma, tükenmişlik gibi belirtilere neden olabilmektedir.

Stresli yaşam olayları, majör depresif bozukluk ve depresif semptomlarla ilişkilendirilmiştir (73). Majör stresli olaylar yaşayan kişilerin incelendiği bir çalışmada yaklaşık %20 ila %25'inin olay sonrası depresyon geliştirdiği gösterilmiştir (74). Stres depresyona neden olmasının yanında nüks ve semptom alevlenmesi yapabileceği için hastalığın gidişatını da etkilemektedir.

Stres ve anksiyete arasındaki ilişki yıllardır çalışmalara konu olmuştur. Yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluğu tanılı hastaların tanı almadan önceki son bir yıl içerisinde kontrol grubundaki sağlıklı kişilere göre daha olumsuz yaşam olaylarına maruz kaldıkları görülmüştür, bu maruziyet duygudurum bozukluklarında da benzerdir (75).

Kalıtım çalışmaları obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) önemli bir genetik bileşene sahip olduğunu göstermiştir, ancak aynı zamanda çevresel faktörlerin de etiyolojisine önemli ölçüde katkıda bulunduğunu açıkça ortaya koymuştur (76,77). Stresli ve travmatik olaylara maruz kalmak OKB semptomlarının gelişimi ve ifadesi ile ilişkili bulunmuştur (78).

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) stresörle direkt ilişkisi net şekilde tanımlanmış psikiyatrik bir hastalıktır. TSSB majör travma sonrası ortaya çıkan, travmatik olayın ani hatırlayış ve rüyalar vasıtasıyla tekrar tekrar yaşanması, travmayı çağrıştıran uyarılardan kaçınma ve artmış uyarılma hali gibi kendine özgü belirtiler gösteren bir bozukluktur (79). Önemli travmatik olaylar arasında savaş, şiddet içeren kişisel saldırı (örn. cinsel saldırı, fiziksel saldırı), rehin alınma veya kaçırılma, savaş esiri olarak tutulma, işkence, terör saldırısı, ağır araç kazaları ve doğal afetler yer alır (80).

Davranışsal sonuçlar; dalgınlık, yemek yeme alışkanlığında değişiklikler, aşırı güven veya güvensizlik, sigara, alkol ve madde kullanımına başlama veya tüketim miktarlarında artış, uykuda düzensizlik, şiddete başvurma gibi belirtilere neden olabilmektedir (81).

Danimarka'da yapılan bir araştırmada algılanan stres düzeyi aynı cinsiyetten hiç sigara içmeyenlere göre her gün sigara içen erkeklerde %69, her gün sigara içen

kadınlarda %36 daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada yüksek stres düzeyine sahip sigara içenlerin günlük sigara tüketim miktarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (82).

Örgütsel sonuçlar; örgütsel stres çalışma hayatındaki gerginlik durumunu ifade etmektedir. İş hayatında sınırlı düzeydeki stres bireylerin motivasyonlarını artırarak uyaran işlevi gösterebilmekte, başarılarını artırabilmekte ve pozitif sonuçlar doğurabilmektedir. Aksine yüksek düzeylerdeki stres bireylerin devamsızlıklarında artış, verimliliğinde düşme ve çalışma ortamında huzurun bozulması gibi olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir (83).

Yapılan bir çalışmada iş stresi yaşayan işçilerde iş kazası geçirme ve yaralanma riskinin iş stresi olmayanlara göre iki kat fazla olduğu saptanmıştır (84).

Farklı statüdeki altı hastanede çalışan hemşirelerin dahil edildiği bir çalışmada, iş stresi hemşirelerin işten ayrılma niyetleri ile pozitif olarak ilişkili bulunmuştur (85).

2.2.5. Stres Yönetimi

Stres yönetimi, her türlü stres unsuruyla karşılaşıldığında kişinin uygun bir yöntem kullanarak stres düzeyini en aza indirmeye çalıştığı süreçtir. Doğru uygulanan bir stres yönetimi kişinin bedensel ve ruhsal dengesini korumasına destek olmakta, karşılaşılan sorunların üstesinden gelme becerilerini geliştirmeye ve günlük hayatta verimliliğini artırmaya olanak tanımaktadır. Stresle başa çıkmada kullanılan bireysel ve örgütsel yöntemler mevcuttur. Bireysel yöntemler fizyolojik, psikolojik ve davranışsal olarak üç grupta incelenebilir (86).

Fizyolojik yöntemler; stresin kişi üzerindeki olumsuz etkilerini fizyolojik açıdan rahatlatmaya çalışan uygulamaları içerir. Progresif kas gevşetme tekniği en iyi bilinen ve yaygın olarak kullanılan stres yönetimi terapilerinden biridir. İlk olarak 20. yüzyılın başlarında Edmund Jacobson tarafından tanımlanan bu yöntem, vücuttaki çeşitli kasları çok düşük seviyelerde dönüşümlü olarak germeyi ve ardından gerginliği serbest bırakmayı içerir (87). Anksiyete ve stresi azaltmada kullanılan bu teknik aynı zamanda gerilim baş ağrıları, uykusuzluk, irritabl bağırsak sendromu, kanser ve inflamatuvar artritteki kronik ağrılarda kullanımının faydalı olduğu görülmüştür (88,89). Doğru nefes teknikleri de stresle mücadelede bireye yardımcı

olmaktadır. Stresörle karşılaşıldığı anda yüksek enerji ihtiyacıyla vücuda giren oksijen miktarını artırmak için solunum hızlanmaktadır. Bu tekniklerle kişinin soluk alışverişini düzenleyerek vücuttaki gerilimden kurtulması amaçlanmaktadır. Nefes egzersizleri içinde kolay uygulanabilir yöntemlerden biri derin nefes almaktır. Akciğerlerin üst kısımlarının daha çok havalandığı sığ nefesler yerine diyaframın da dahil olduğu akciğerlerin alt kısımlarının daha çok havalandığı, yavaş ve derin nefesler alınmalıdır. Bu tür solunuma karın solunumu denir (90). Stres yönetimi için kullanılan bir diğer yöntem biyolojik geri besleme tekniğidir. Bu yöntem bireylerin otonomik dengeyi yeniden sağlamak veya sürdürmek için fizyolojik aktivitelerini nasıl düzenleyeceğini öğrenmelerini sağlayan bir tür davranış tedavisidir. Günümüzde beyin dalgaları, kas tonusu, kalp hızı ve solunum hızı gibi farklı ölçümleri içerebilen biyolojik geri bildirim cihazları kullanılmakta ve klinik uygulamalar genellikle iyi eğitilmiş bir terapistin yardımıyla gerçekleştirilmektedir (91).

Psikolojik yöntemler; kişilerin olayları algılama biçimlerini değiştirerek stresin neden olduğu olumsuzlukları azaltmaya yönelik uygulamaları içerir. Bu uygulamalardan birisi otojenik eğitimidir. Stres yaratan fiziksel ve mental problemleri kişinin kendi bedenini kontrol ve telkin yoluyla gidermeye çalıştığı bir çeşit terapi yöntemidir. Bireyin kendi sorunlarının farkına varmasını sağlayarak öz güvenini arttırmak ve rahatsız edici olumsuz düşüncelere engel olarak bunları olumlu yönde değiştirmek için kullanılır (86). Bunun yanı sıra olumlu hayal kurma, meditasyon, gülme ve duygusal destek de stresle mücadelede kullanılan diğer tekniklerdir (92).

Davranışsal yöntemler; bireylerin streslerini kontrol altına almalarına yardımcı olan tutumları içerir. Zaman yönetimi stresle başa çıkmada en önemli yöntemlerden biridir. Bu yöntem amaç saptamak, amaca yönelik planlama yapmak, planı derhal uygulamaya başlamak, bitirme zamanını netleştirmek ve amacı gerçekleştirene kadar devamlı çalışmayı içermektedir (92). Ayrıca sosyal bağları kuvvetlendirmek, kendine duyulan saygıyı artırmak ve günlük problem çözme becerisini geliştirmek için bilişsel davranışçı terapi kullanılabilir. Bu yöntem strese neden olan olaylar haricinde onu nasıl yorumladığımızın önemini kavramayı hedefler (86).

Örgütsel yöntemler; iş yaşamından kaynaklanan stresi önlemek adına örgüt düzeyinde stres kaynaklarının kontrol edilmesini içeren yöntemlerdir. Örgütsel stresle mücadele edebilmek için; işte öncelikler listesi hazırlanmalı, çalışanlar kapasitelerini aşan durumları açıkça dile getirmeli, zaman yönetimi açısından ortak karar alınmalı, iş yerindeki rol belirsizlikleri giderilmeli, çalışmanın kesintiye uğramaması sağlanmalı ve iş yerinde samimi ve keyifli bir ortam oluşturulmalıdır (93).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

Gözlemsel, tanımlayıcı ve kesitsel niteliktedir. Araştırmamız 01.02.2022-28.02.2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) İstanbul Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (SUAM) Aile Hekimliği Kliniği'ne bağlı Güneşli Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütülmüştür. Bir ay içerisinde başvuran 1150 kişiden dahil edilme kriterlerini karşılayan 384 katılımcıya benzer çalışmalar incelenerek hazırlanan sosyodemografik veri formu ve Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ-14), mevcut sigara içenlere ise ek olarak Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. Araştırmaya katılım sağlayanlardan bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır. Çalışmamız İstanbul Medipol Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 23.12.2021 tarihli toplantısında incelenerek 1297 sayılı karara göre etik açıdan uygun bulunmuştur.

3.2. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

- 18 yaş ve üzeri olmak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Güneşli Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı olmak.

3.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

- 18 yaş altı olmak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak,
- Gebe olmak,
- Akli melekeleri yerinde olmamak,
- Güneşli Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olmamak.

3.4. ARAŞTIRMANIN ANKET FORMU

Araştırmaya katılan bireylere kişinin yaşamındaki stres algısını ölçmek için Cohen ve ark. tarafından oluşturulan Eskin ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ASÖ-14, sigara kullananlarda nikotin bağımlılığını

ölçmek için Heatherton ve ark. tarafından oluşturulan Uysal ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan FNBT ve benzer çalışmaların taranmasıyla tarafımızca oluşturulan sosyodemografik form uygulanmıştır. Sosyodemografik form; katılımcıların yaşını, kilosunu, boyunu, cinsiyetini, medeni durumunu, çocuk sayısını, eğitim durumunu, çalışma durumunu, aylık toplam aile gelirini, kronik hastalıklarını, düzenli kullandığı ilaçlarını, egzersiz/uyku düzenini ve alışkanlıklarını (alkol, sigara) sorgulayan 15 sorudan oluşmaktadır.

Uygulanan anketler aşağıda açıklanmıştır.

3.4.1. Algılanan Stres Ölçeği

ASÖ-14 1983 yılında Cohen ve ark. tarafından geliştirilmiş, Eskin ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olup kişinin hayatındaki yaşam olaylarının ne derece stresli algılandığını ölçen kolay uygulanabilir bir ölçektir (94,95). Ölçekte katılımcılara son bir ay içerisindeki kişisel deneyimleri hakkında toplam 14 soru yöneltilmektedir. Katılımcılar her maddeyi “Hiçbir zaman [0]” ile “Çok sık [4]” arasında değişen 5’li Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Maddelerden olumlu ifade içeren 7’si tersten puanlanmaktadır. Temel bileşenler yöntemi kullanılarak yapılan faktör çözümlemesi ile elde edilen iki alt boyuttan ilki olumlu ifade içeren 7 sorudan oluşan yetersiz öz yeterlik algısı diğeri ise olumsuz ifade içeren 7 sorudan oluşan stres/rahatsızlık algısı olarak adlandırılmıştır. Sonuç olarak elde edilen toplam puan 0 ile 56 arasında değişmektedir. Yüksek puan kişinin stres algısının fazlalığına işaret etmektedir.

3.4.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

FNBT 1991 yılında Heatherton ve ark. tarafından geliştirilmiş, Uysal ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olup sigara kullananlarda nikotin bağımlılığını ölçen sigara bırakma polikliniklerinde de temel olarak kullanılan kısa ve pratik bir ölçektir (96,97). Ölçekte katılımcılara sigara kullanım alışkanlıkları hakkında toplam 6 soru yöneltilmektedir. Teste verilen cevaplar sonucunda elde edilen toplam puan 0 ile 10 arasında değişmektedir. Kişinin FNBT’den aldığı puana göre nikotin bağımlılık derecesi çok düşük (0-2 puan), düşük

(3-4 puan), orta (5 puan), yüksek (6-7 puan) ve çok yüksek (8-10 puan) olarak sınıflandırılmaktadır (98).

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER

İstatistiksel analizler için SPSS versiyon 23.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Bağımsız gruplar t testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Tek yönlü varyans analizi ve Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Korelasyon katsayısının (r) değerlendirilmesi:

0,00-0,19 ise çok zayıf ilişki ya da korelasyon yok,
0,20-0,39 arasında ise zayıf korelasyon,
0,40-0,59 arasında ise orta şiddette korelasyon,
0,60-0,79 arasında ise güçlü korelasyon,
0,80-1,00 ise çok güçlü korelasyon olduğu yorumu yapılır.

Cronbach's Alfa katsayısının (α) değerlendirilmesi:

$0,0 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.
 $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.
 $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.
 $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

4. BULGULAR

Çalışma 01.02.2022-28.02.2022 tarihleri arasında SBÜ İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'ne bağlı Güneşli Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde %44,5'i (n=171) kadın, %55,5'i (n=213) erkek olmak üzere toplam 384 katılımcıyla yapılmıştır. Katılımcıların yaşları 18 ile 67 arasında değişmekte olup; ortalaması $33,23 \pm 10,94$ 'tür.

Tablo 4. Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımları

		n (%)
Cinsiyet	Kadın	171 (44,5)
	Erkek	213 (55,5)
Yaş	<i>Ort±Ss</i>	$33,23 \pm 10,94$
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	30 (18-67)
Kilo	<i>Ort±Ss</i>	$74,80 \pm 17,23$
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	75 (40-160)
Boy	<i>Ort±Ss</i>	$170,96 \pm 9,39$
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	171 (150-197)
VKİ	Zayıf	18 (4,7)
	Normal	171 (44,5)
	Fazla Kilolu	141 (36,7)
	Obez	49 (12,8)
	Morbid Obez	5 (1,3)
Medeni Durum	Bekâr	194 (50,5)
	Evli	177 (46,1)
	Boşanmış	13 (3,4)

Araştırmaya katılanların kiloları 40 ile 160 kg arasında değişmekte olup; ortalama kilo $74,80 \pm 17,23$ kg'dir.

Katılımcıların boyları 150 ile 197 cm arasında değişmekte olup; ortalama boy $170,96 \pm 9,39$ cm'dir.

Katılımcıların Vücut Kitle İndeksi (VKİ) değerleri incelendiğinde; %4,7'sinin (n=18) zayıf, %44,5'inin (n=171) normal, %36,7'sinin (n=141) fazla kilolu, %12,8'inin (n=49) obez, %1,3'ünün ise (n=5) morbid obez olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılanların medeni durumları incelendiğinde; %50,5'inin (n=194) bekâr, %46,1'inin (n=177) evli, %3,4'ünün ise (n=13) boşanmış olduğu görülmüştür.

Tablo 5. Katılımcılara İlişkin Özelliklerin Dağılımları

		n (%)
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	1 (0,3)
	İlkokul	33 (8,6)
	Ortaokul	36 (9,4)
	Lise	70 (18,2)
	Ön lisans	54 (14,1)
	Lisans	153 (39,8)
	Yüksek Lisans ve Üzeri	37 (9,6)
Çalışma Durumu	Hiç Çalışmamış	27 (7,0)
	Ev Hanımı	23 (6,0)
	Çalışıyor	285 (74,2)
	İşinden Ayrılmış	21 (5,5)
	Emekli	14 (3,6)
	Öğrenci	14 (3,6)
Çocuk Sayısı	Yok	232 (60,4)
	Var	152 (39,6)
	1 Çocuk	38 (25,0)
	2 Çocuk	70 (46,1)
	3 Çocuk	27 (17,8)
	≥4 Çocuk	17 (11,2)
Aile Geliri	Asgari Ücretin Altında	24 (6,3)
	Asgari Ücret	81 (21,1)
	Asgari Ücret ile 2 Katı Arasında	148 (38,5)
	Asgari Ücretin 2 Katı ve Daha Fazla	131 (34,1)

Araştırmaya katılanların eğitim durumları incelendiğinde; %0,3'ünün (n=1) okur-yazar olmadığı, %8,6'sının (n=33) ilkokul, %9,4'ünün (n=36) ortaokul, %18,2'sinin (n=70) lise, %14,1'inin (n=54) ön lisans, %39,8'inin (n=153) lisans, %9,6'sının (n=37) yüksek lisans ve üzeri mezun oldukları görülmüştür.

Katılımcıların çalışma durumları incelendiğinde; %7'si (n=27) hiç çalışmamış, %6'sı (n=23) ev hanımı, %74,2'si (n=285) çalıştığı, %5,5'inin (n=21) işinden ayrıldığı, %3,6'sının (n=14) emekli olduğu, %3,6'sının (n=14) öğrenci oldukları görülmüştür.

Katılımcıların %39,6'sının (n=152) çocuklarının olduğu görülmüştür. Çocuk sayıları incelendiğinde; %25'inin (n=38) 1 çocuk, %46,1'inin (n=70) 2, %17,8'inin (n=27) 3, %11,2'sinin ise (n=17) 4 ve üzeri çocuklarının olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılanların aylık toplam aile gelirleri incelendiğinde; %6,3'ünün (n=24) asgari ücretin altında, %21,1'inin (n=81) asgari ücret, %38,5'inin (n=148) asgari ücret ile 2 katı arasında, %34,1'inin (n=131) asgari ücretin 2 katı ve daha fazla gelirleri olduğu görülmüştür.

Tablo 6. Katılımcılara İlişkin Özelliklerin Dağılımları

		n (%)
Kronik Hastalık	Yok	307 (79,9)
	Var	77 (20,1)
	Hipertansiyon	16 (20,8)
	Astım	13 (16,9)
	Hipotiroidi	11 (14,3)
	Diyabet	7 (9,1)
	Alerjik Rinit	7 (9,1)
	Kalp Rahatsızlıkları	6 (7,8)
	Depresyon	4 (5,2)
	Gastroözofageal Reflü	4 (5,2)
	Kanser	4 (5,2)
	Migren	3 (3,9)
	Hiperlipidemi	3 (3,9)
	Kronik Bronşit	3 (3,9)
	Anksiyete	2 (2,6)
	Ülseratif Kolit	2 (2,6)
	Diğer	15 (19,5)
Kronik Hastalık Sayısı	1 Tane	60 (77,9)
	≥2 Tane	17 (22,1)
İlaç Kullanımı	Yok	321 (83,6)
	Var	63 (16,4)
	1 İlaç	42 (66,7)
	2 İlaç	14 (22,2)
	3 İlaç	3 (4,8)
	≥4 İlaç	4 (6,4)
Düzenli Egzersiz	Yok	233 (60,7)
	Var	151 (39,3)
	Haftada 1-2 Gün	87 (57,6)
	Haftada 3-4 Gün	35 (23,2)
	Haftada 4 Günden Fazla	29 (19,2)
Düzenli Uyku	Yok	153 (39,8)
	Var	231 (60,2)
	Haftada 1-2 Gün	57 (27,7)
	Haftada 3-4 Gün	78 (33,8)
	Haftada 4 Günden Fazla	96 (41,6)

Araştırmaya katılan olguların %20,1'inde (n=77) kronik hastalık olduğu görülmüştür. Katılımcıların kronik hastalıkları incelendiğinde; %20,8'inde (n=16) hipertansiyon, %16,9'unda (n=13) astım, %14,3'ünde (n=11) hipotiroidi, %9,1'inde (n=7) diyabet, %9,1'inde (n=7) alerjik rinit, %7,8'inde (n=6) kalp rahatsızlıkları, %5,2'sinde (n=4) depresyon, %5,2'sinde (n=4) gastroözofageal reflü görülmüştür. Katılımcıların %5,2'sinde (n=4) kanser, %3,9'unda (n=3) migren, %3,9'unda (n=3) hiperlipidemi, %3,9'unda (n=3) bronşit, %2,6'sında (n=2) anksiyete, %2,6'sında (n=2) ülseratif kolit, %19,5'inde ise (n=15) diğer kronik hastalıklar görülmüştür. Olguların %77,9'unda (n=60) 1 tane kronik hastalık gözlenirken, %22,1'inde (n=17) 2 ve üzeri sayıda kronik hastalık gözlenmiştir.

Araştırmaya katılanların %16,4'ünün (n=63) düzenli ilaç kullandığı görülmüştür. Katılımcıların ilaç sayıları incelendiğinde; %66,7'sinin (n=42) 1 ilaç, %22,2'sinin (n=14) 2, %4,8'inin (n=3) 3, %6,4'ünün ise (n=4) 4 ve üzeri ilaç kullandığı görülmüştür.

Katılımcıların %39,3'ü (n=151) düzenli egzersiz yaptıkları görülmüştür. Katılımcıların egzersiz süreleri incelendiğinde; %57,6'sı (n=87) haftada 1-2 gün, %23,2'sinin (n=35) haftada 3-4 gün, %19,2'sinin (n=29) haftada 4 günden fazla egzersiz yaptığı görülmüştür.

Katılımcıların %60,2'sinin (n=231) düzenli uyudukları görülmüştür. Katılımcıların düzenli uyku sayıları incelendiğinde; %27,7'sinin (n=57) haftada 1-2 gün, %33,8'inin (n=78) haftada 3-4 gün, %41,6'sının (n=96) haftada 4 günden fazla düzenli uyudukları görülmüştür.

Tablo 7. Alkol ve Sigaraya İlişkin Özelliklerin Dağılımları

Alkol		n (%)
	Yok	270 (70,3)
	Var	109 (28,4)
	Bırakmış	5 (1,3)
Düzenli Haftada Kullanım	<i>Ort±Ss</i>	2,58±2,47
Miktarı (Bardak)	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	2 (0,5-14)
Özel Günlerde Kullanım	<i>Ort±Ss</i>	2,26±1,23
Miktarı (Bardak)	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	2 (1-10)
Kullanım Süresi (Yıl)	<i>Ort±Ss</i>	9,15±7,32
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	7 (1-40)
Sigara		
	Yok	213 (55,4)
	Var	145 (37,8)
	Bırakmış	26 (6,8)
Günde Kullanım Miktarı	<i>Ort±Ss</i>	15,00±9,00
(Adet)	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	15 (1-60)
Kullanım Süresi (Yıl)	<i>Ort±Ss</i>	12,56±9,51
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	10 (1-50)
Toplam Kullanılan Miktar	<i>Ort±Ss</i>	10,57±13,03
(Paket/yıl)	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	7 (0,10-100)

Araştırmaya katılanların %28,4'ünün (n=109) alkol kullandığı, %1,3'ünün (n=5) bırakmış olduğu görülmüştür. Düzenli alkol kullanan katılımcıların haftada alkol kullanma miktarı 0,5 ile 14 bardak arasında değişmekte olup; ortalama miktar 2,58±2,47 bardaktır. Özel günlerde alkol kullanan katılımcıların miktarları 1 ile 10 bardak arasında değişmekte olup; ortalama 2,26±1,23 bardaktır. Katılımcıların alkol kullanım süreleri 1 ile 40 yıl arasında değişmekte olup; ortalama süre 9,15±7,32 yıldır.

Araştırmaya katılanların %37,8'inin (n=145) sigara kullandığı, %6,8'inin (n=26) bırakmış olduğu, %55,4'ünün (n=213) kullanmadığı görülmüştür. Katılımcıların sigara kullanımları günde 1 ile 60 adet arasında değişmekte olup; ortalama günlük kullanım 15,00±9,00 adettir. Sigara kullanım süreleri 1 ile 50 yıl

arasında değişmekte olup; ortalama süre $12,56 \pm 9,51$ yıldır. Katılımcıların toplam sigara kullanım miktarları 0,10 ile 100 paket/yıl arasında değişmekte olup; ortalama miktar $10,57 \pm 13,03$ paket/yıldır.

Tablo 8. Algılanan Stres Ölçeğine Verilen Yanıtların Dağılımları

	Hiçbir Zaman		Neredeyse Hiçbir Zaman		Bazen		Oldukça Sık		Çok Sık	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?	60	15,6	35	9,1	187	48,7	78	20,3	24	6,3
2. Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?	54	14,1	50	13,0	181	47,1	75	19,5	24	6,3
3. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz?	22	5,7	26	6,8	172	44,8	132	34,4	32	8,3
4. Geçen ay, ne sıklıkta gündelik zorlukların üstesinden başarıyla geldiniz?	47	12,2	158	41,1	149	38,8	17	4,4	13	3,4
5. Geçen ay, hayatınızda ortaya çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkta hissettiniz?	26	6,8	145	37,8	162	42,2	26	6,8	25	6,5
6. Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?	51	13,3	134	34,9	146	38,0	34	8,9	19	4,9
7. Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?	21	5,5	80	20,8	202	52,6	47	12,2	34	8,9
8. Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?	46	12,0	75	19,5	189	49,2	57	14,8	17	4,4
9. Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?	29	7,6	125	32,6	171	44,5	37	9,6	22	5,7
10. Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?	31	8,1	133	34,6	160	41,7	42	10,9	18	4,7
11. Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelenediniz?	30	7,8	38	9,9	179	46,6	106	27,6	31	8,1
12. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta başarmak zorunda olduğunuz şeyleri düşünürken buldunuz?	18	4,7	25	6,5	132	34,4	135	35,2	74	19,3
13. Geçen ay, ne sıklıkta zamanınızı nasıl kullanacağınızı kontrol edebildiniz?	42	10,9	98	25,5	160	41,7	61	15,9	23	6,0
14. Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?	60	15,6	75	19,5	144	37,5	76	19,8	29	7,6

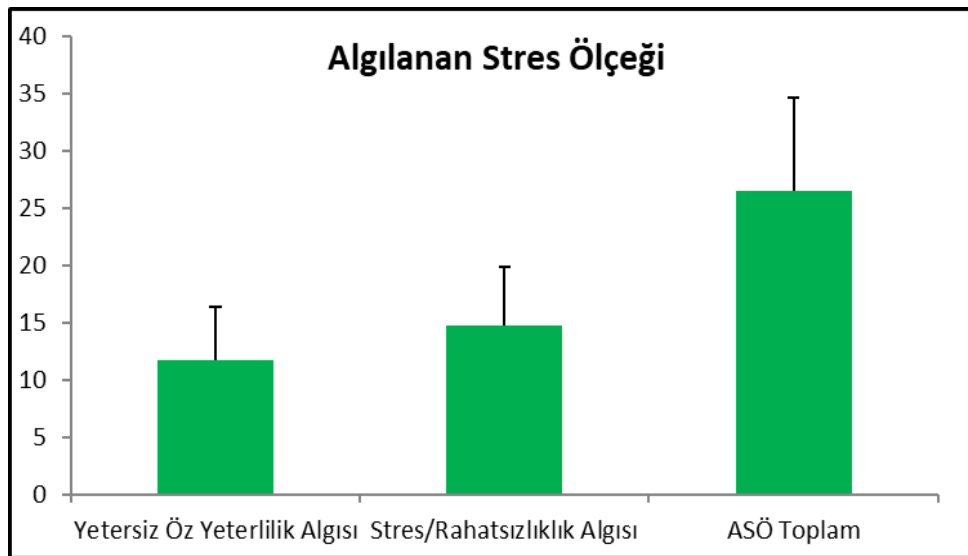
Araştırmaya katılanların Algılanan Stres Ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımları Tablo 8’deki gibidir.

Tablo 9. Algılanan Stres Ölçeği İç Tutarlılıklarının İncelenmesi

ASÖ	Soru Sayısı	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Cronbach’s Alfa
Yetersiz Öz Yeterlik Algısı	7	11,75±4,61	12 (0-28)	0,814
Stres/Rahatsızlık Algısı	7	14,74±5,12	15 (0-28)	0,838
ASÖ Toplam	14	26,49±8,16	27 (0-51)	0,853

Araştırmaya katılan olguların Algılanan Stres Ölçeği “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar 0 ile 28 arasında değişmekte olup, ortalama 11,75±4,61 puan; “Stres/Rahatsızlık Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar 0 ile 28 arasında değişmekte olup, ortalama puan 14,74±5,12 olarak belirlenmiştir. Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar 0 ile 51 arasında değişmekte olup; ortalama puan 26,49±8,16’dır.

Algılanan Stres Ölçeği iç tutarlılıkları incelendiğinde; Yetersiz Öz Yeterlik Algısı alt boyutu için $\alpha=0,814$ olarak, Stres/Rahatsızlık Algısı alt boyutu için $\alpha=0,838$ olup toplam Algılanan Stres Ölçeğinin Cronbach’s Alfa katsayı 0,853’tür. Buna göre ölçeğimizin oldukça yüksek güvenilirlikte olduğunu söyleyebiliriz.



Şekil 1. Algılanan Stres Ölçeği İç Tutarlılıklarının Dağılımı

Tablo 10. Algılanan Stres Ölçeğine Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırılması

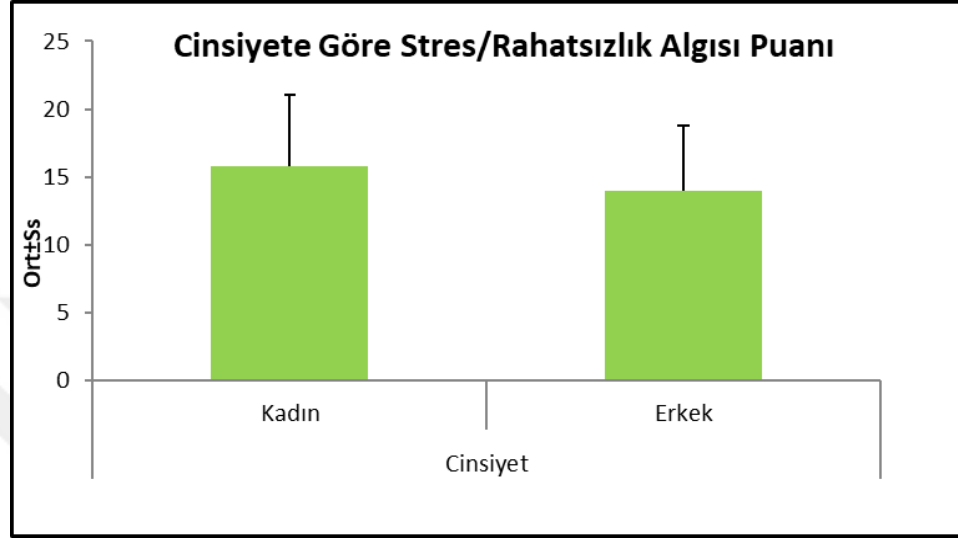
		Yetersiz Öz Yeterlik Algısı		Stres/Rahatsızlık Algısı		ASÖ Toplam	
		<i>Ort±Ss</i>	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	<i>Ort±Ss</i>	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	<i>Ort±Ss</i>	<i>Medyan (Min-Maks)</i>
Cinsiyet	Kadın	12,00±4,55	12 (0-28)	15,75±5,27	16 (3-28)	27,75±8,50	28 (3-51)
	Erkek	11,55±4,66	12 (0-24)	13,94±4,86	14 (0-27)	25,49±7,74	26 (0-48)
<i>p</i>		^a 0,312		^b 0,001**		^b 0,007**	
VKİ	Zayıf	12,72±2,95	13 (7-18)	18,00±4,43	17,5 (7-26)	30,72±6,56	30 (16-44)
	Normal	11,61±4,80	12 (0-28)	14,58±5,25	15 (0-28)	26,19±8,43	27 (0-51)
	Fazla Kilolu	11,59±4,46	11 (0-24)	14,75±4,99	15 (4-27)	26,34±8,10	27 (4-48)
	Obez	12,76±4,83	13 (0-23)	14,10±5,03	14 (2-27)	26,86±7,74	27 (3-43)
	Morbid Obez	7,60±1,82	8 (5-10)	14,80±4,92	15 (9-21)	22,40±6,66	23 (14-31)
<i>p</i>		^c 0,031*		^d 0,083		^d 0,166	
Medeni	Bekâr	11,88±4,54	12 (0-28)	15,46±5,00	15 (3-28)	27,34±8,31	28 (3-51)
Durum	Evli	11,61±4,72	12 (0-24)	13,98±5,18	14 (0-27)	25,59±8,01	26 (0-44)
	Boşanmış	11,77±4,48	10 (6-20)	14,38±5,01	14 (4-25)	26,15±6,78	27 (14-41)
<i>p</i>		^c 0,850		^d 0,020*		^d 0,118	

^aMann Whitney-U Test ^bStudent-t Test ^cKruskal Wallis Test & Dunn-Bonferroni Test ^dOne-Way ANOVA Test & Dunn-Bonferroni test

*p<0,05 **p<0,01

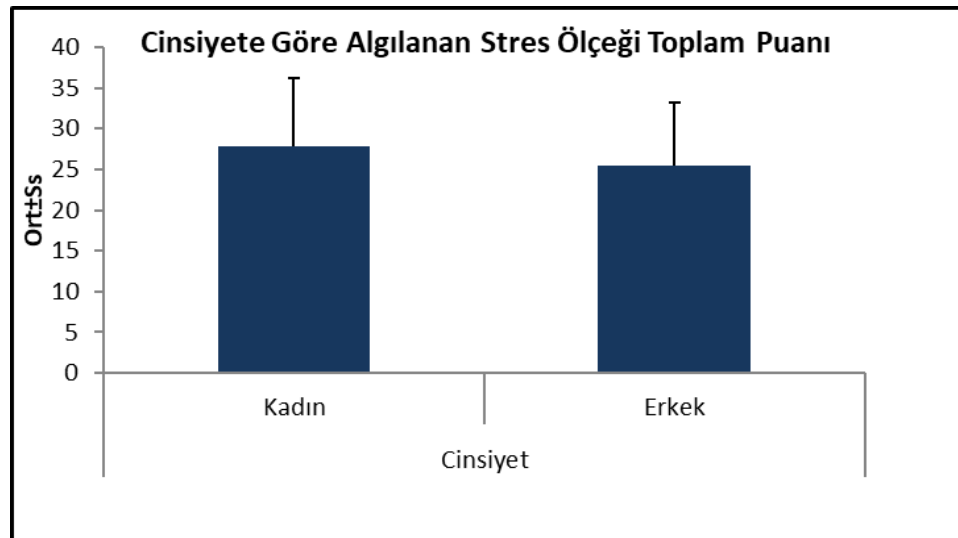
Cinsiyetlere göre;

Kadın katılımcıların “Stres/Rahatsızlık Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar, erkek katılımcılardan anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).



Şekil 2. Cinsiyetlere Göre “Stres/Rahatsızlık Algısı” Alt Boyutu Puanlarının Dağılımı

Kadın katılımcıların Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, erkek katılımcılardan anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

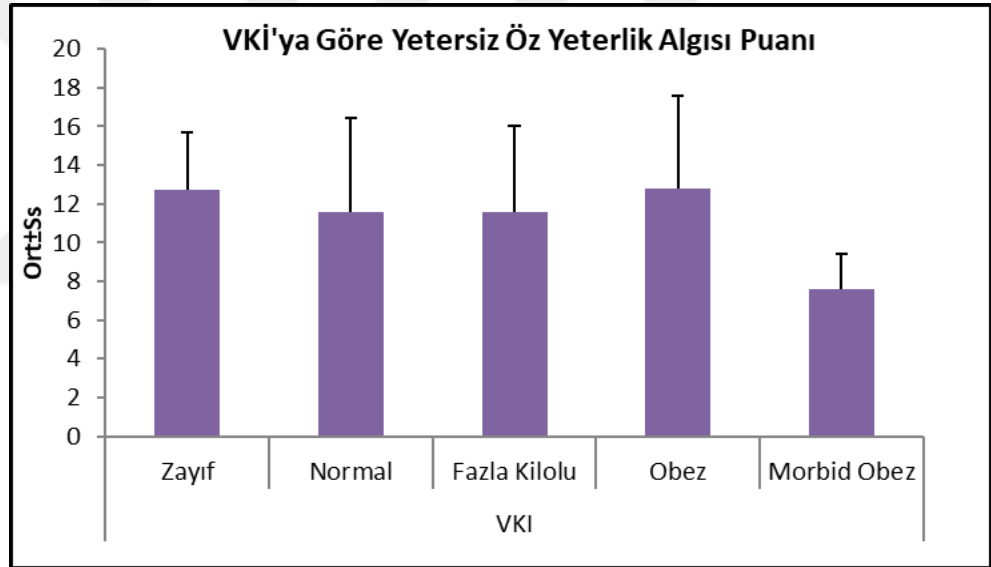


Şekil 3. Cinsiyetlere Göre Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı

Cinsiyetlere göre katılımcıların “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

VKİ değerlerine göre;

VKİ değerlerine göre katılımcıların “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,031$; $p<0,05$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; obez olan katılımcıların Yetersiz Öz Yeterlik Algısı alt boyutundan aldıkları puanlar, morbid obez olan katılımcılardan anlamlı yüksektir ($p=0,015$; $p<0,05$).

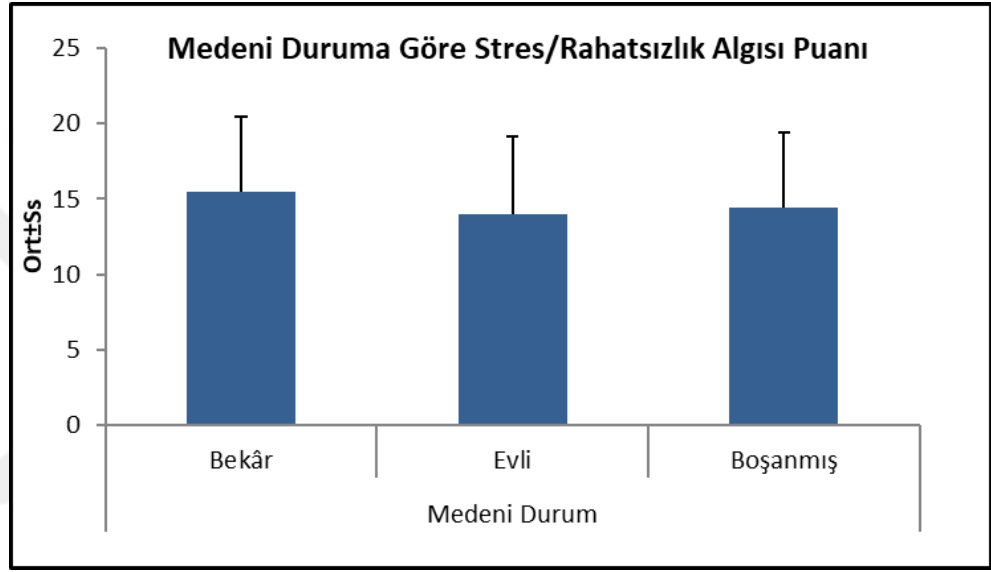


Şekil 4. VKİ Değerlerine Göre “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” Alt Boyutu Puanlarının Dağılımı

VKİ değerlerine göre katılımcıların “Stres/Rahatsızlık Algısı” alt boyutundan ve Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Medeni durumlara göre;

Medeni durumlarına göre katılımcıların “Stres/Rahatsızlık Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,020$; $p<0,05$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; bekar katılımcıların Stres/Rahatsızlık Algısı alt boyutundan aldıkları puanlar evli katılımcılardan anlamlı yüksektir ($p=0,015$; $p<0,05$).



Şekil 5. Medeni Duruma Göre “Stres/Rahatsızlık Algısı” Alt Boyutu Puanlarının Dağılımı

Medeni durumlara göre katılımcıların “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” alt boyutundan ve Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 11. Algılanan Stres Ölçeğine Göre Eğitim Durumu, Çalışma Durumu, Çocuk ve Aile Gelirinin Karşılaştırılması

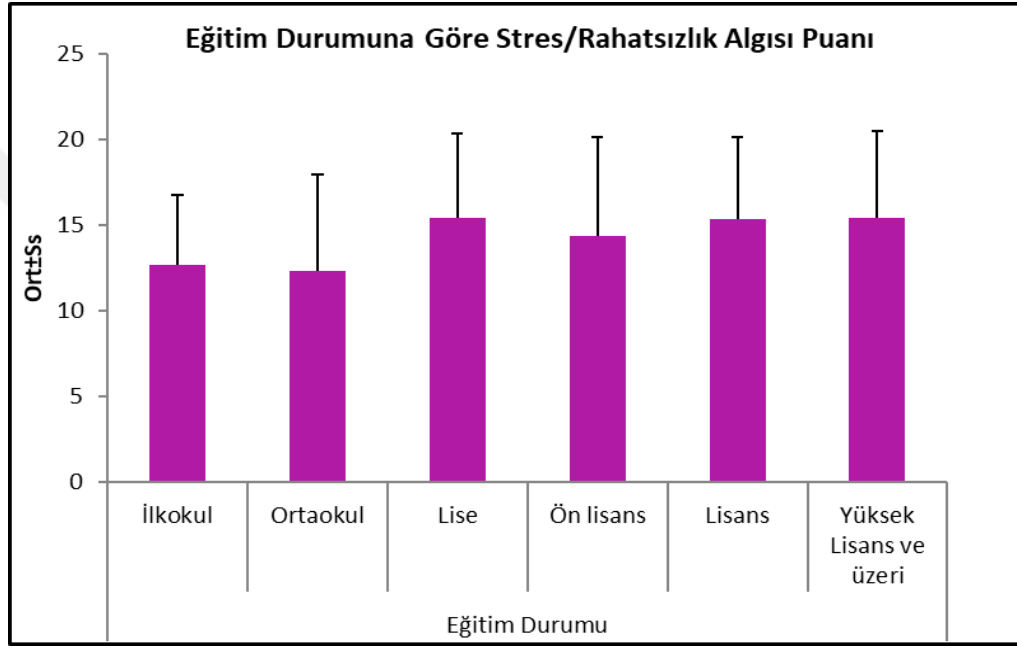
		Yetersiz Öz Yeterlik Algısı		Stres/Rahatsızlık Algısı		ASÖ Toplam	
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Eğitim Durumu	İlkokul	12,12±4,87	11 (3-23)	12,67±4,12	14 (5-21)	24,79±7,53	26 (8-41)
	Ortaokul	12,56±6,12	13 (0-24)	12,33±5,62	12 (2-27)	24,89±8,60	26 (4-44)
	Lise	11,87±4,17	12 (3-24)	15,40±4,99	15,5 (3-26)	27,27±7,30	28 (12-43)
	Ön lisans	12,26±5,05	13 (0-28)	14,41±5,77	14,5 (2-26)	26,67±9,25	27,5 (6-51)
	Lisans	11,44±4,24	12 (0-22)	15,37±4,81	15 (0-27)	26,82±8,20	27 (0-48)
	Yüksek Lisans ve Üzeri	10,97±4,42	10 (2-20)	15,46±5,01	15 (4-28)	26,43±8,12	26 (12-46)
<i>p</i>		^c 0,815		^d 0,003**		^d 0,591	
Çalışma Durumu	Hiç Çalışmamış	13,3±4,97	13 (4-28)	16,48±4,44	16 (4-24)	29,78±8,82	30 (8-51)
	Ev Hanımı	12,17±4,84	11 (6-21)	14,35±4,77	15 (5-23)	26,52±8,51	27 (13-44)
	Çalışıyor	11,49±4,53	12 (0-24)	14,60±5,19	15 (0-28)	26,09±7,97	27 (0-48)
	İşinden Ayrılmış	12,57±5,14	13 (0-22)	16,38±5,52	16 (6-26)	28,95±9,10	28 (6-45)
	Emekli	11,00±5,16	12 (0-20)	11,07±4,23	11 (4-18)	22,07±8,05	24 (4-31)
	Öğrenci	12,79±3,53	14 (7-18)	16,29±3,73	16 (9-22)	29,07±6,08	29,5 (16-38)
<i>p</i>		^c 0,259		^d 0,014*		^d 0,028*	
Çocuk	Yok	11,67±4,54	12 (0-24)	15,26±5,05	15 (2-28)	26,93±8,26	27 (3-48)
	Var	11,88±4,73	12 (0-28)	13,96±5,15	14 (0-26)	25,84±7,97	27 (0-51)
<i>p</i>		^a 0,823		^b 0,015*		^b 0,200	
Aile Geliri	Asgari Ücretin Altında	13,21±3,23	13 (7-22)	16,00±3,06	16 (9-26)	29,21±5,79	30 (16-48)
	Asgari Ücret	12,84±5,28	13 (0-24)	14,31±5,33	14 (3-24)	27,15±8,21	28 (4-44)
	Asgari Ücret ile 2 Katı Arasında	11,94±4,46	12 (0-28)	14,92±5,47	15 (0-27)	26,86±8,60	27 (0-51)
	Asgari Ücretin 2 Katı ve Daha Fazla	10,60±4,32	10 (0-22)	14,59±4,88	15 (3-28)	25,18±7,84	25 (3-46)
<i>p</i>		^c 0,001**		^d 0,510		^d 0,076	

^aMann Whitney-U Test ^bStudent-t Test ^cKruskal Wallis Test & Dunn-Bonferroni Test ^dOne-Way ANOVA Test & Dunn-Bonferroni test

*p<0,05 **p<0,01

Eğitim durumlarına göre;

Eğitim durumlarına göre katılımcıların “Stres/Rahatsızlık Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,003$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; ortaokul mezunu olan katılımcıların “Stres/Rahatsızlık Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar, lise ve lisans mezunu katılımcılardan anlamlı düşüktür ($p=0,047$; $p=0,018$; $p<0,05$).



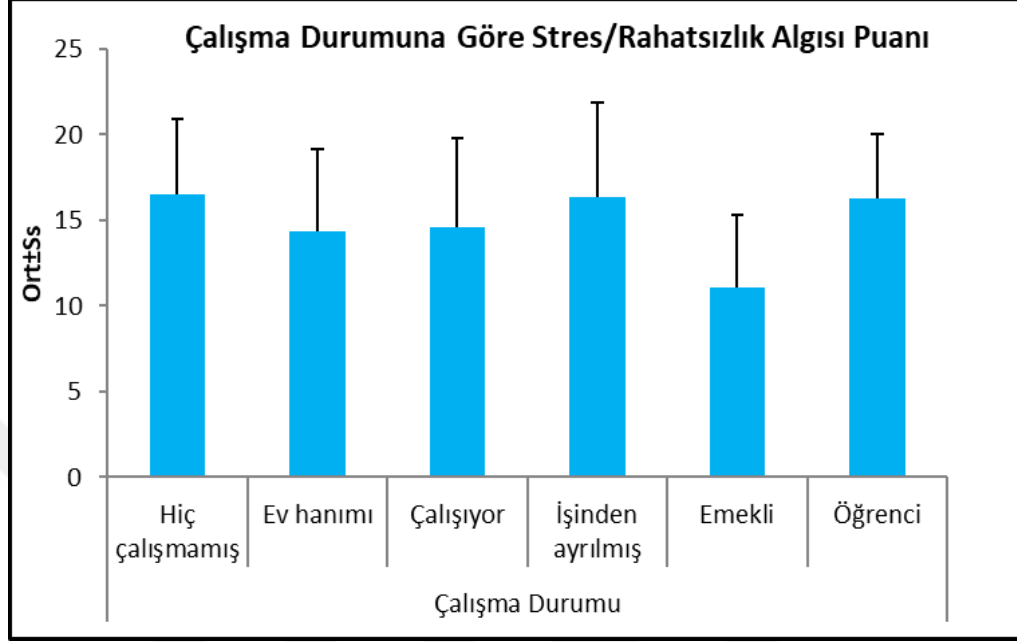
Şekil 6. Eğitim Durumuna Göre “Stres/Rahatsızlık Algısı” Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Eğitim durumlarına göre katılımcıların “Yetersiz Öz Yeterlik” alt boyutundan aldıkları puanlar ve Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Çalışma durumuna göre;

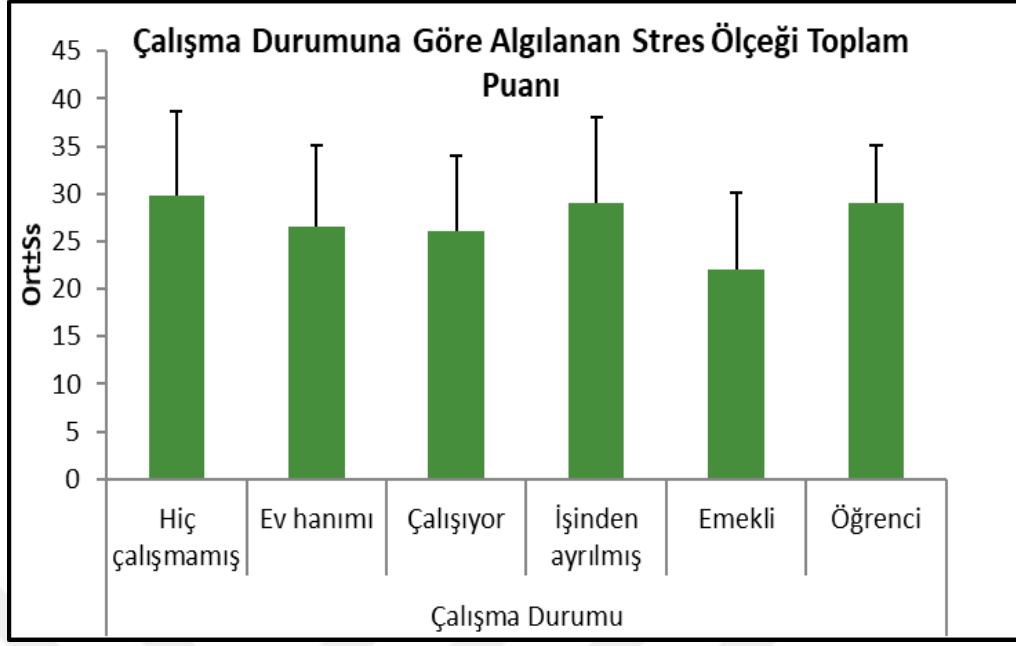
Çalışma durumlarına göre katılımcıların “Stres/Rahatsızlık Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,014$; $p<0,05$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; emekli olan katılımcıların “Stres/Rahatsızlık

Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar hiç çalışmamış ve işinden ayrılmış olanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,019$; $p=0,038$; $p<0,05$).



Şekil 7. Çalışma Durumuna Göre “Stres/Rahatsızlık Algısı” Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Çalışma durumlarına göre katılımcıların Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,028$; $p<0,05$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; hiç çalışmamış katılımcıların ölçekten aldıkları toplam puanlar, emekli olanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,045$; $p<0,05$).

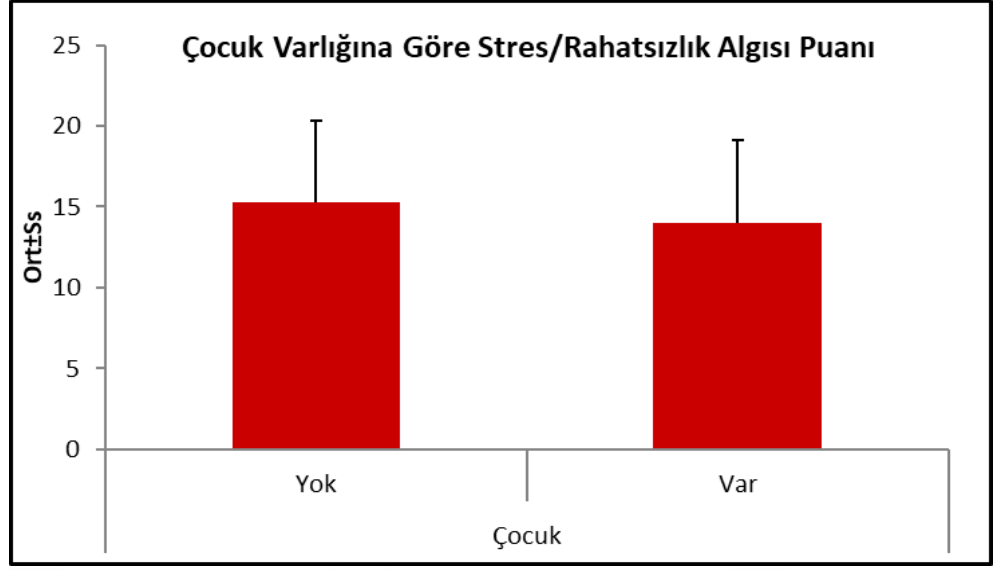


Şekil 8. Çalışma Durumuna Göre Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı

Çalışma durumuna göre katılımcıların “Yetersiz Öz Yeterlik” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çocuk var olmasına göre;

Çocuğu olmayan katılımcıların “Stres/Rahatsızlık Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar, çocuğu olanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,015$; $p<0,05$).

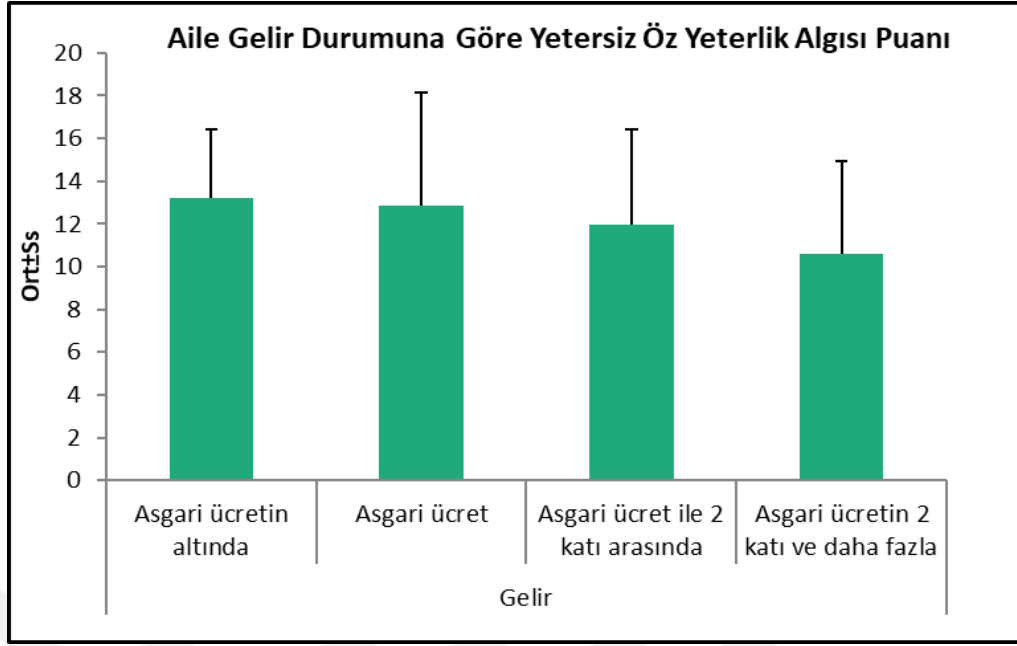


Şekil 9. Çocuk Varlığına Göre “Stres/Rahatsızlık Algısı” Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Çocuk var olmasına göre katılımcıların “Yetersiz Öz Yeterlik” alt boyutundan aldıkları puanlar ve Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Aile gelir durumuna göre;

Aylık toplam aile gelirine göre katılımcıların “Yetersiz Öz Yeterlik” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; aylık toplam aile geliri asgari ücretin 2 katı ve daha fazlası olan katılımcıların “Yetersiz Öz Yeterlik” alt boyutundan aldıkları puanlar, asgari ücret ve asgari ücretin altında olanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,007$; $p=0,020$; $p<0,05$).



Şekil 10. Aile Gelir Durumuna Göre “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Aylık toplam aile gelirine göre katılımcıların “Stres/Rahatsızlık Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar ve Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 12. Algılanan Stres Ölçeğine Göre Kronik Hastalık, İlaç Sayısı, Egzersiz, Uyku, Alkol ve Sigara Durumunun Karşılaştırılması

		Yetersiz Öz Yeterlik Algısı		Stres/Rahatsızlık Algısı		ASÖ Toplam	
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Kronik Hastalık ve Sayısı	Yok	11,75±4,63	12 (0-28)	14,68±5,05	15 (0-27)	26,43±8,02	27 (0-51)
	Var	11,75±4,54	12 (0-22)	15±5,41	15 (2-28)	26,75±8,72	27 (3-46)
	<i>p</i>		^a 0,604		^b 0,625		^b 0,756
	1 Tane	11,62±4,38	12 (0-22)	14,95±5,22	15 (2-28)	26,57±8,60	27 (3-46)
	≥2 Tane	12,24±5,19	14 (3-21)	15,18±6,22	14 (5-26)	27,41±9,39	28 (8-44)
	<i>p</i>		^a 0,604		^b 0,880		^b 0,727
İlaç Kullanımı ve Sayısı	Yok	11,91±4,62	12 (0-28)	14,80±5,01	15 (0-27)	26,70±7,96	27 (0-51)
	Var	10,95±4,51	11 (0-21)	14,48±5,70	14 (2-28)	25,43±9,10	26 (3-46)
	<i>p</i>		^a 0,281		^b 0,649		^b 0,257
	1 İlaç	9,90±3,86	10,5 (0-16)	13,55±5,23	14 (2-25)	23,45±8,39	25,5 (3-41)
	≥2 İlaç	13,05±5,06	14 (3-21)	16,33±6,26	15 (5-28)	29,38±9,37	28 (8-46)
	<i>p</i>		^a 0,012*		^b 0,067		^b 0,014*
Düzenli Egzersiz ve Sayısı	Yok	12,22±4,65	12 (0-28)	15,16±5,14	15 (0-28)	27,38±7,94	28 (0-51)
	Var	11,03±4,46	11 (0-24)	14,10±5,04	14 (3-27)	25,13±8,31	25 (3-48)
	<i>p</i>		^a 0,012*		^b 0,057		^b 0,008**
	Haftada 1-2 Gün	11,98±4,44	12 (0-24)	14,60±5,05	15 (4-27)	26,57±8,05	27 (6-48)
	Haftada 3-4 Gün	9,91±4,61	10 (0-21)	12,86±5,65	14 (3-26)	22,77±9,38	23 (3-45)
	<i>p</i>		^c 0,007**		^d 0,226		^d 0,055
Düzenli Uyku ve Sayısı	Yok	12,78±4,93	13 (0-28)	16,09±5,54	17 (0-28)	28,88±8,79	29 (0-51)
	Var	11,06±4,26	11 (0-24)	13,85±4,62	14 (3-26)	24,92±7,31	26 (3-48)
	<i>p</i>		^a 0,001**		^b 0,001**		^b 0,001**
	Haftada 1-2 Gün	11,42±3,91	11 (2-22)	14,02±4,47	14 (3-26)	25,44±7,15	25 (13-48)
	Haftada 3-4 Gün	11,26±3,94	11 (4-24)	14,24±4,28	14,5 (4-24)	25,50±6,33	26 (14-44)
	<i>p</i>		^c 0,508		^d 0,497		^d 0,391
Alkol	Yok	12,06±4,71	12 (0-28)	14,46±5,08	14,5 (2-27)	26,52±8,15	27 (4-51)
	Var	10,80±4,11	11 (0-22)	15,50±5,13	15 (0-28)	26,30±8,26	27 (0-46)
	Bırakmış	15,60±6,27	16 (7-24)	13,6±6,50	14 (4-20)	29,20±6,87	32 (18-36)
	<i>p</i>		^c 0,031*		^d 0,155		^d 0,737
Sigara	Yok	12,42±4,50	13 (0-28)	14,61±4,80	15 (2-27)	27,03±7,59	27 (6-51)
	Var	10,99±4,68	11 (0-24)	14,97±5,67	15 (0-28)	25,96±8,98	27 (0-48)
	Bırakmış	10,54±4,36	10,5 (3-20)	14,58±4,54	15 (5-25)	25,12±7,71	24 (8-42)
	<i>p</i>		^c 0,009**		^d 0,795		^d 0,320

^aMann Whitney-U Test ^bStudent-t Test ^cKruskal Wallis Test & Dunn-Bonferroni Test ^dOne-Way ANOVA Test & Dunn-Bonferroni test

*p<0,05 **p<0,01

Kronik hastalığa göre;

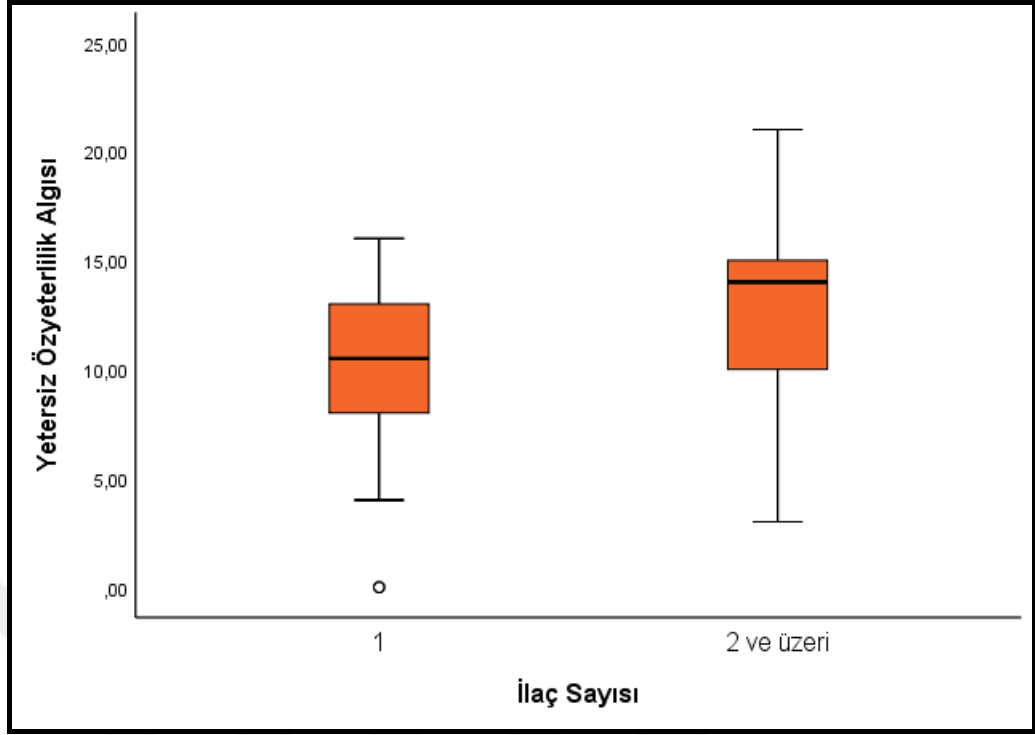
Kronik hastalık varlığına göre katılımcıların “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı”, “Stres/Rahatsızlık Algısı” alt boyutlarından aldıkları puanlar ve Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Kronik hastalık sayısına göre katılımcıların “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı”, “Stres/Rahatsızlık Algısı” alt boyutlarından aldıkları puanlar ve Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

İlaç kullanımına göre;

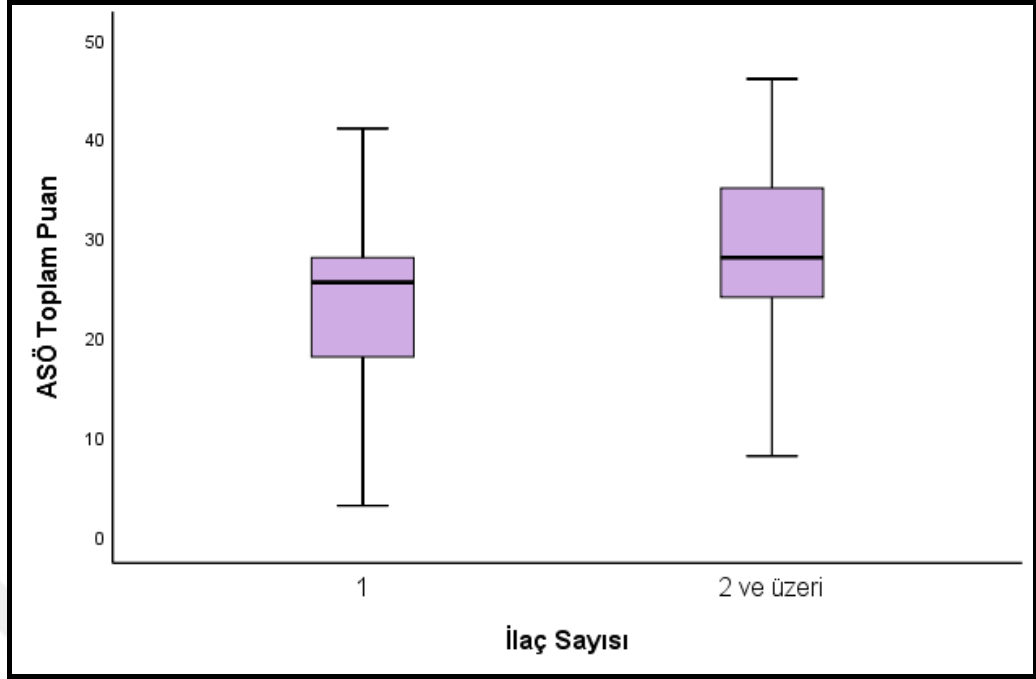
İlaç kullanım varlığına göre katılımcıların “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı”, “Stres/Rahatsızlık Algısı” alt boyutlarından aldıkları puanlar ve Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların 2 ve daha fazla ilaç kullananların “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar, 1 ilaç kullananlardan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır ($p=0,012$; $p<0,05$).



Şekil 11. İlaç Sayısına Göre “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” Alt Boyutu Puanlarının Dağılımı

Katılımcıların 2 ve daha fazla ilaç kullananların Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, 1 ilaç kullananlardan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır ($p=0,014$; $p<0,05$).

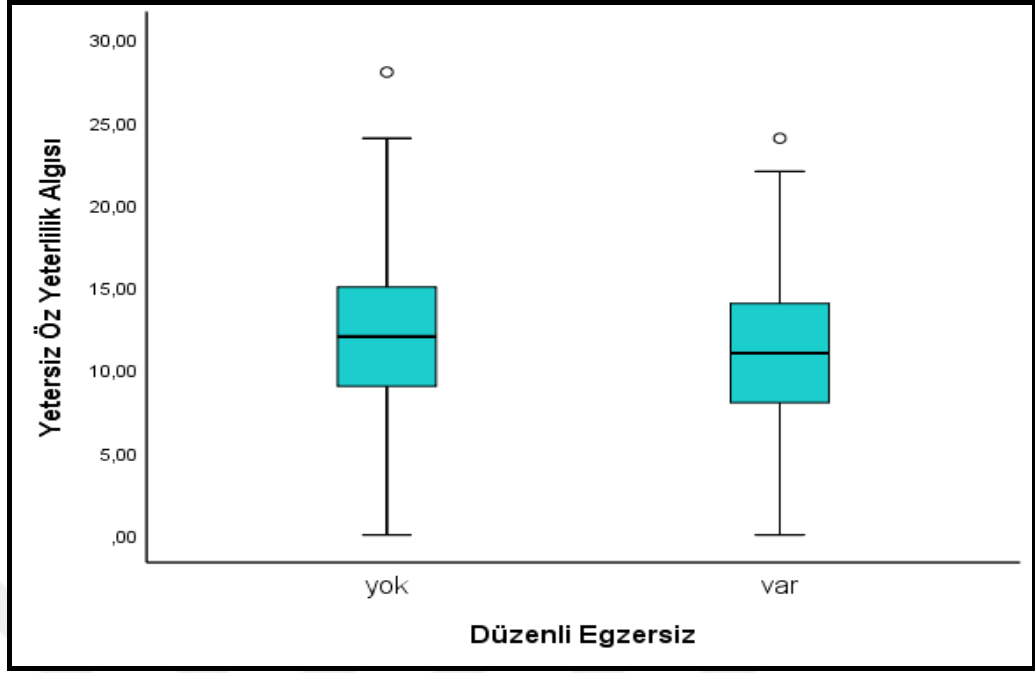


Şekil 12. İlaç Sayısına Göre Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı

İlaç sayısına göre katılımcıların “Stres/Rahatsızlık Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

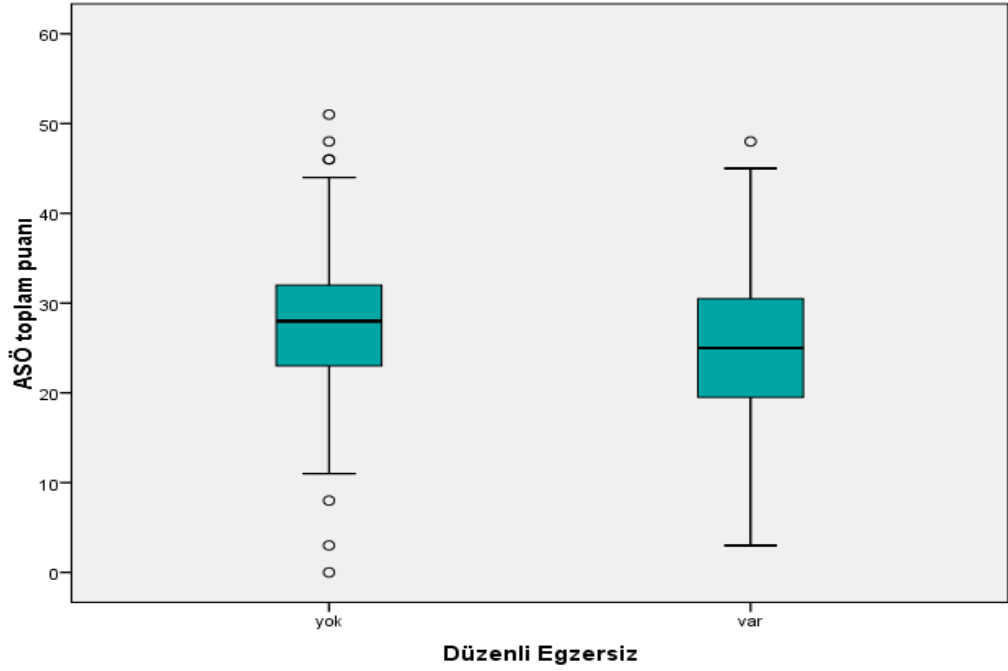
Düzenli egzersiz durumuna göre;

Düzenli egzersiz yapan katılımcıların “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar, yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük saptanmıştır ($p=0,12$; $p<0,05$).



Şekil 13. Düzenli Egzersize Göre “Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı” Alt Boyutu Puanlarının Dağılımı

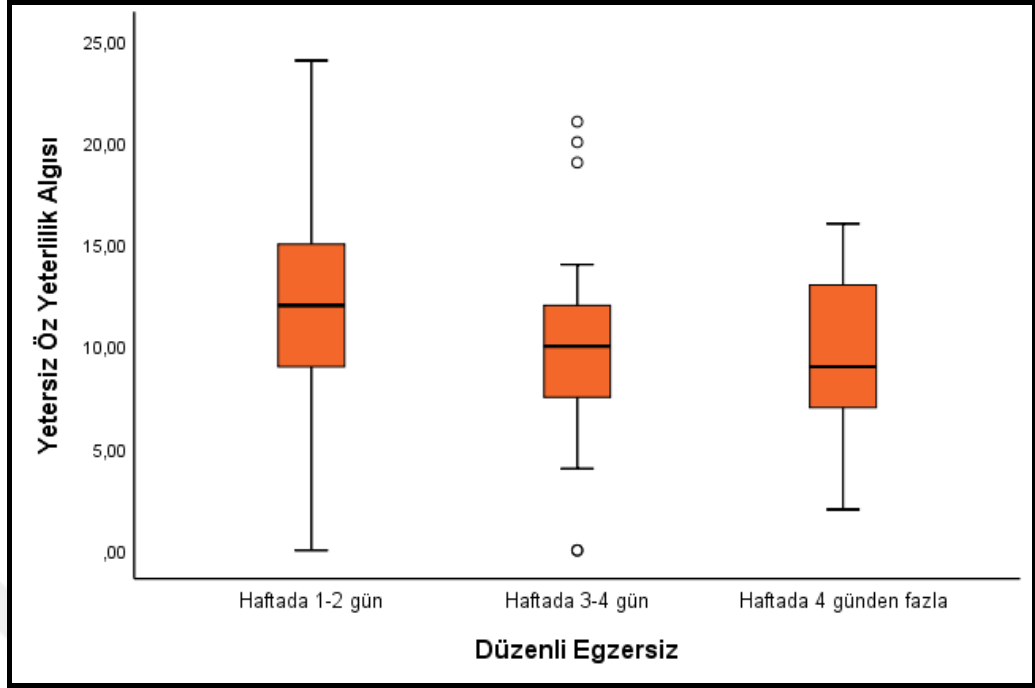
Düzenli egzersiz yapan katılımcıların Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük saptanmıştır ($p=0,008$; $p<0,05$).



Şekil 14. Düzenli Egzersize Göre Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı

Düzenli egzersiz yapma durumunu göre katılımcıların “Stres/Rahatsızlık Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Düzenli egzersiz sayısına göre katılımcıların “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,007$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; haftada 4 günden fazla düzenli egzersiz yapan katılımcıların “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar, haftada 1-2 gün düzenli egzersiz yapanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,027$; $p<0,05$).

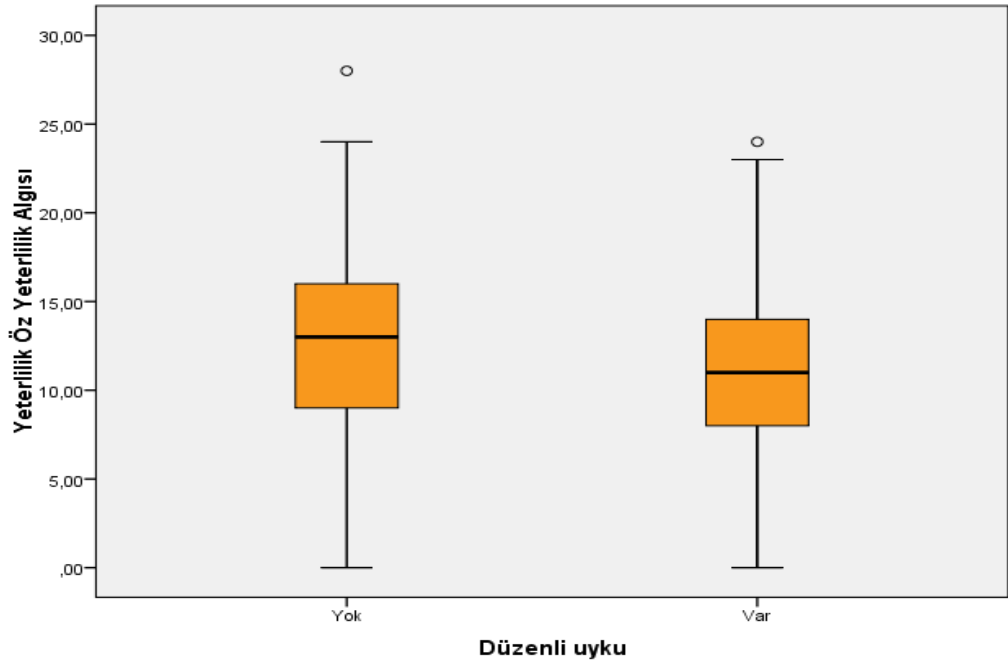


Şekil 15. Düzenli Egzersiz Sayısına Göre “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” Alt Boyutu Puanlarının Dağılımı

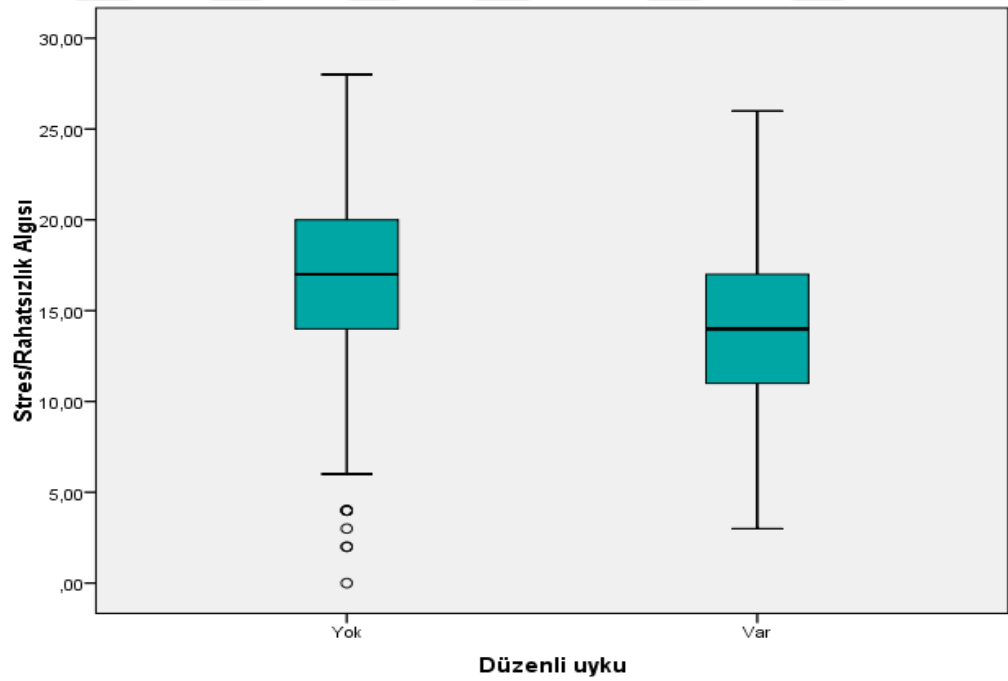
Düzenli egzersiz sayısına göre katılımcıların “Stres/Rahatsızlık Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar ve Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Düzenli uyku durumuna göre;

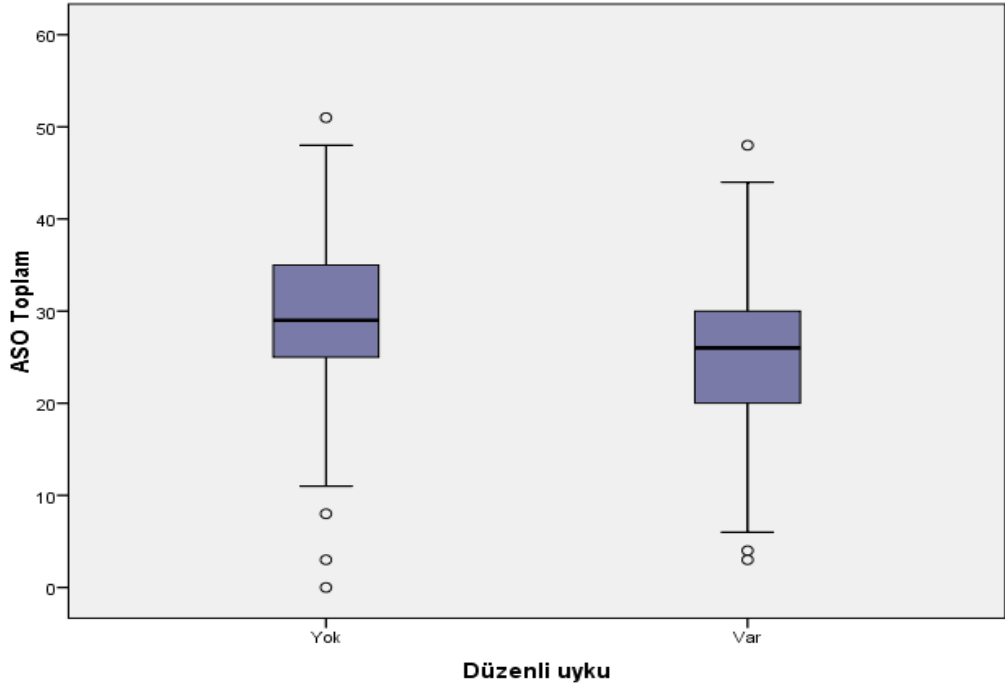
Düzenli uykusu olan katılımcıların “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı”, “Stres/Rahatsızlık Algısı” alt boyutları ve Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).



Şekil 16. Düzenli Uykuya Göre “Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı” Alt Boyutu Puanlarının Dağılımı



Şekil 17. Düzenli Uykuya Göre “Stres/Rahatsızlık Algısı” Alt Boyutu Puanlarının Dağılımı

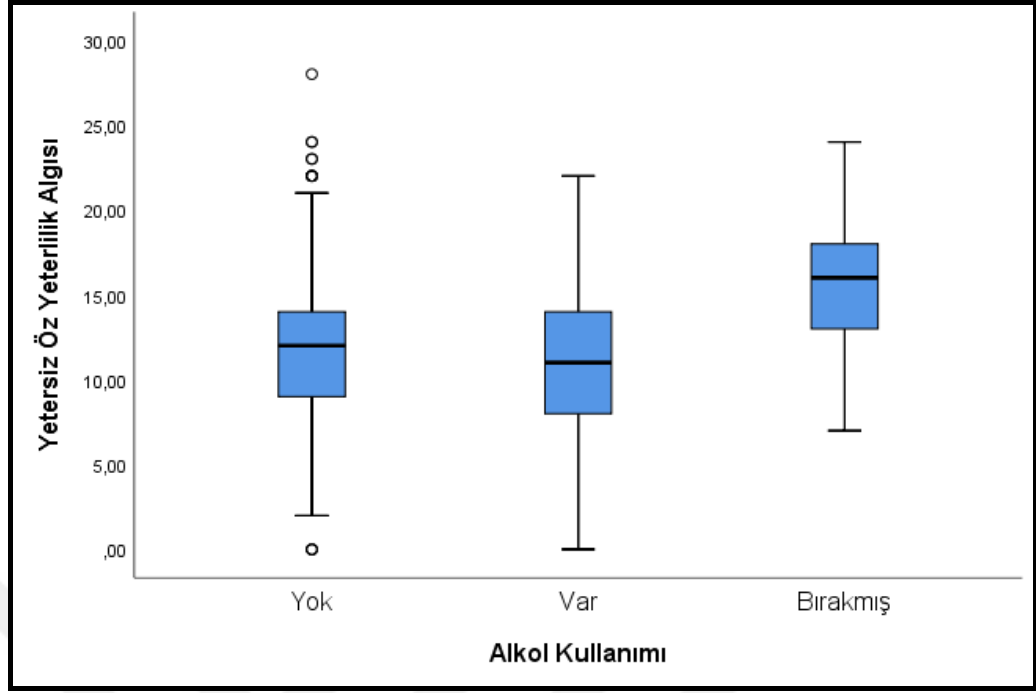


Şekil 18. Düzenli Uykuya Göre Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı

Düzenli uyku sayısına göre katılımcıların “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı”, “Stres/Rahatsızlık Algısı” alt boyutları ve Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Alkol kullanım durumuna göre;

Alkol kullanım durumuna göre katılımcıların “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,031$; $p<0,05$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; alkol kullananların “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar, kullanmayanlardan anlamlı düşüktür. ($p=0,032$; $p<0,05$).

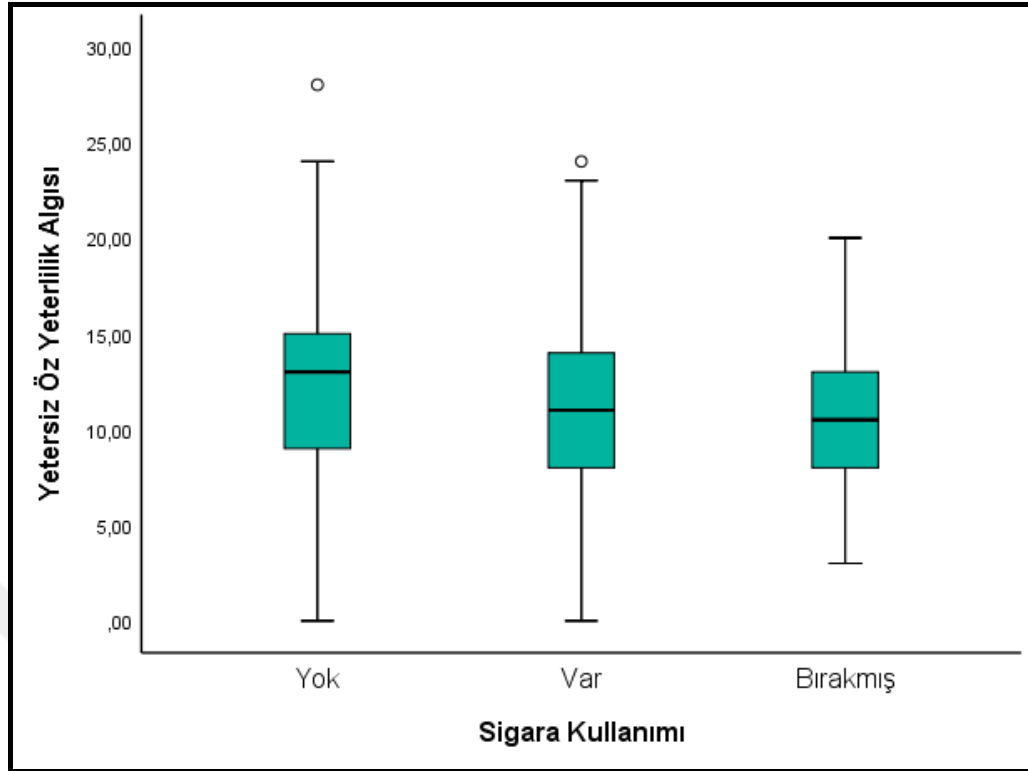


Şekil 19. Alkol Kullanımına Göre “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” Alt Boyutu Puanlarının Dağılımı

Alkol kullanımına göre katılımcıların “Stres/Rahatsızlık Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar ve Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Sigara kullanım durumuna göre;

Sigara kullanım durumuna katılımcıların “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,009$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; sigara kullananların “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar, kullanmayanlardan anlamlı düşüktür. ($p=0,022$; $p<0,05$).



Şekil 20. Sigara Kullanımına Göre “Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı” Alt Boyutu Puanlarının Dağılımı

Sigara kullanımına göre katılımcıların “Stres/Rahatsızlık Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar ve Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 13. Algılanan Stres Ölçeğine Göre Yaş ve Tüketilen Sigara Miktarlarının Karşılaştırılması

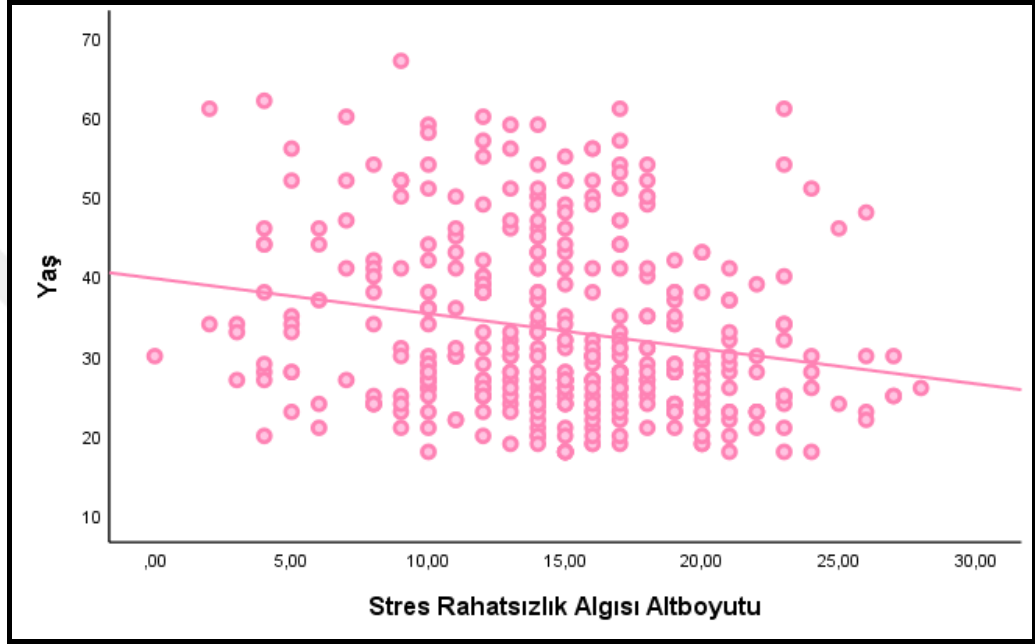
Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı			Stres/Rahatsızlık Algısı	ASÖ Toplam
Yaş	<i>r</i>	-0,061	-0,213	-0,166
	<i>p</i>	0,230	0,000**	0,001**
Toplam Sigara (Paket/yıl)	<i>r</i>	-0,114	-0,144	-0,147
	<i>p</i>	0,137	0,061	0,055
Günlük Sigara (Adet)	<i>r</i>	-0,078	-0,018	-0,038
	<i>p</i>	0,350	0,830	0,649

r: Spearman Correlation Test

** $p<0,01$

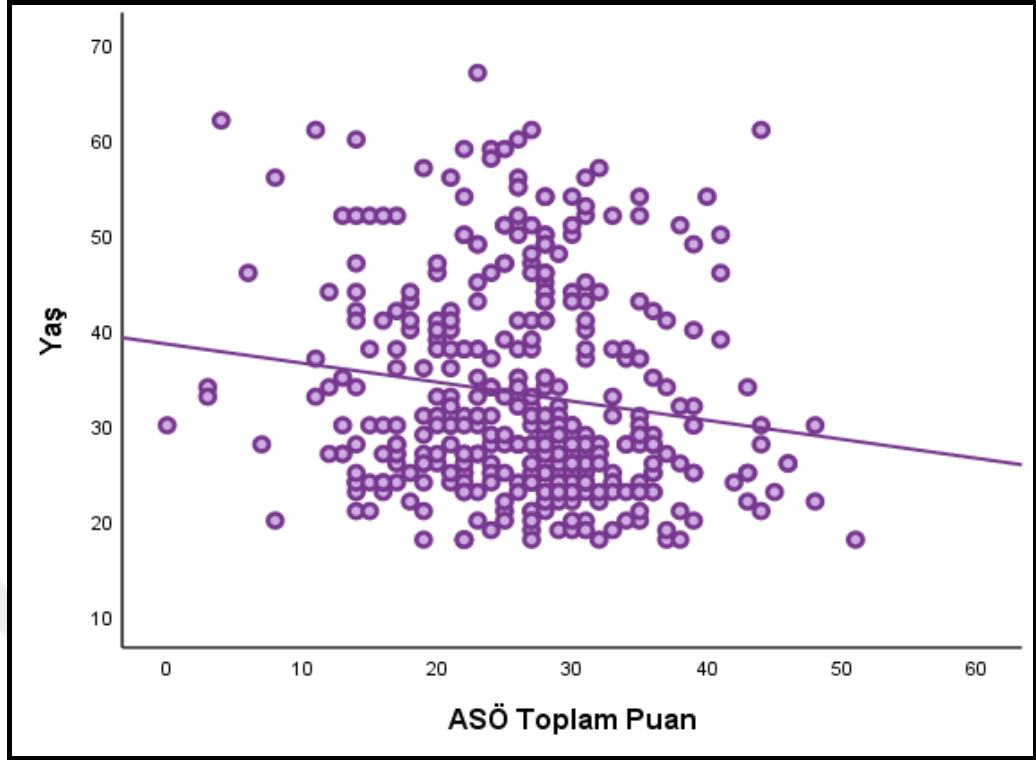
Yaşlara göre;

Katılımcıların yaşları ile “Stres/Rahatsızlık Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü (Yaş arttıkça Stres/Rahatsızlık Algısı puanı azalır.) istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ($r=-0,213$; $p=0,001$; $p<0,01$).



Şekil 21. Stres/Rahatsızlık Algısı Alt Boyutu Puanları ile Yaşların Korelasyon Grafiği

Katılımcıların yaşları ile Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında negatif yönlü (Yaş arttıkça Algılanan Stres Ölçeği puanı azalır.) istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ($r=-0,166$; $p=0,001$; $p<0,01$).



Şekil 22. Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puanı ile Yaşların Korelasyon Grafiği

Katılımcıların yaşları ile “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Toplam sigara tüketimine göre;

Katılımcıların toplam tükettikleri sigara miktarı (paket/yıl) ile “Yetersiz Öz Yeterlik Algısı”, “Stres/Rahatsızlık Algısı” alt boyutlarından aldıkları puanlar ve Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermemektedir ($p>0,05$).

Günlük sigara tüketimine göre;

Sigara içen katılımcıların günlük tükettikleri sigara sayısı ile “Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı”, “Stres/Rahatsızlık Algısı” alt boyutlarından aldıkları puanlar ve Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 14. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine Verilen Yanıtların Dağılımları

		n (%)
İlk Sigaranızı Uyandıktan Ne Kadar Sonra İçersiniz?	Uyandıktan Sonraki İlk	26 (17,8)
	Beş Dakika İçinde	
	6-30 Dakika İçinde	46 (31,5)
	31-60 Dakika	26 (17,8)
	Bir Saatten Fazla	48 (32,9)
Sigara İçmenin Yasak Olduğu Örneğin; Otobüs, Hastane, Sinema Gibi Yerlerde Bu Yasağa Uymakta Zorlanıyor Musunuz?	Hayır	123 (84,2)
	Evet	23 (15,8)
İçmeden Duramayacağınız, Diğer Bir Deyişle Vazgeçemeyeceğiniz Sigara Hangisidir?	Sabah İttiğim İlk Sigara	47 (32,2)
	Diğer Herhangi Biri	99 (67,8)
Günde Kaç Adet Sigara İçiyorsunuz?	10 Adet veya Daha Az	53 (36,3)
	11-20	68 (46,6)
	21-30	16 (11,0)
	31 veya Daha Fazlası	9 (6,2)
Sabah Uyanmayı İzleyen İlk Saatlerde, Günün Diğer Saatlerine Göre Daha Sık Sigara İçer Misiniz?	Hayır	91 (62,3)
	Evet	55 (37,7)
Günün Büyük Bölümünü Yatakta Geçirecek Kadar Hasta Olduğunuzda Bile Sigara İçer Misiniz?	Hayır	98 (67,1)
	Evet	48 (32,9)

Araştırmaya katılanların “İlk sigaranızı uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?” sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %17,8’inin (n=26) uyandıktan sonraki ilk beş dakika içinde, %31,5’inin (n=46) 6-30 dakika içinde, %17,8’ine (n=26) 31-60 dakika, %32,9’unun (n=48) bir saatten fazla cevabını verdikleri görülmüştür.

Katılımcıların “Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?” sorusuna %15,8’i (n=23) evet dediği görülmüştür.

Katılımcıların %32,2’si (n=47) “İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?” sorusuna sabah içtiği ilk sigara yanıtını, %67,8’i (n=99) diğer herhangi biri yanıtını vermiştir.

Katılımcıların “Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %36,3’ü (n=53) 10 adet veya daha az, %46,6’sı (n=68) 11-

20 adet, %11'i (n=16) 21 ile 30 adet arasında, %6,2'si (n=9) 31 veya daha fazlası cevabını vermişlerdir.

Katılımcıların "Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?" sorusuna %37,7'si (n=55) evet yanıtını vermiştir.

Katılımcıların "Günün büyük bölümünü yatakta geçirecek kadar hasta olduğunuzda bile sigara içer misiniz?" sorusuna %32,9'u (n=48) evet yanıtını vermiştir.

Tablo 15. Aktif Sigara Kullanıcılarının Nikotin Bağımlılık Düzeyleri

		n (%)
FNBT Puan	<i>Ort±Ss</i>	3,40±2,53
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3 (0-9)
	Çok Düşük	56 (38,4)
	Düşük	47 (32,2)
	Orta	11 (7,5)
	Yüksek	21 (14,4)
	Çok Yüksek	11 (7,5)

Araştırmaya katılanların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinden aldıkları toplam puanlar 0 ile 9 arasında değişmekte olup; ortalama puan 3,40±2,53'tür.

Katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi dereceleri incelendiğinde; %38,4'ü (n=56) çok düşük, %32,2'si (n=47) düşük, %7,5'i (n=11) orta, %14,4'ü (n=21) yüksek, %7,5'i (n=11) çok yüksek derecede oldukları görülmüştür.

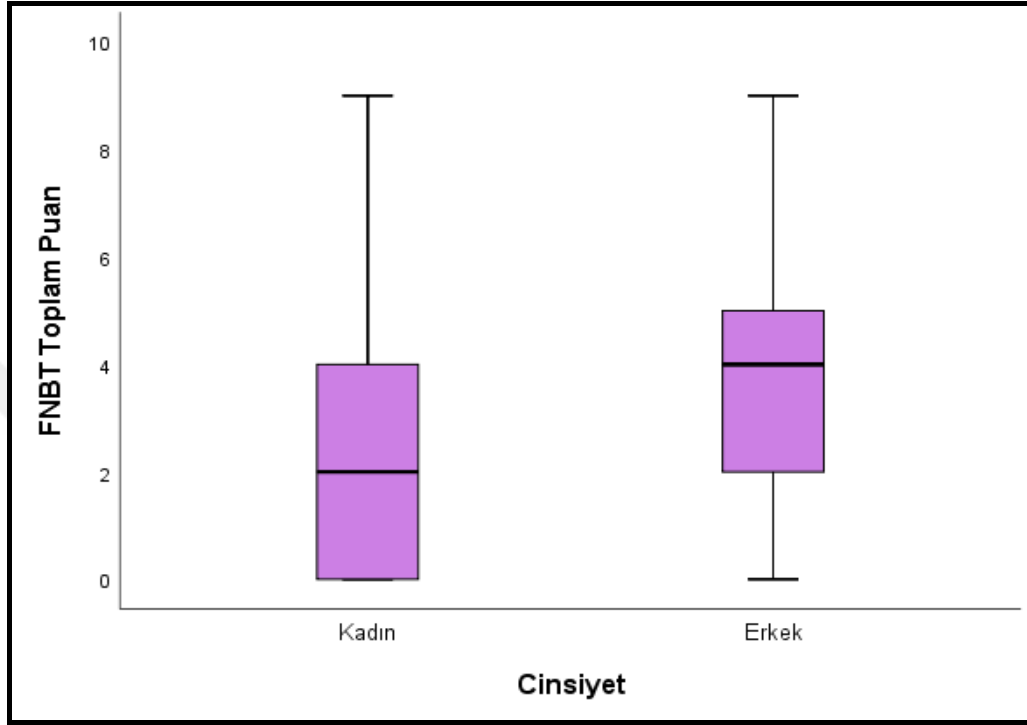
Tablo 16. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırılması

		FNB T Puan		p
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	
Cinsiyet	Kadın	2,78±2,52	2 (0-9)	^a 0,015*
	Erkek	3,76±2,48	4 (0-9)	
VKİ	Zayıf	2,88±2,17	2,5 (0-7)	^c 0,445
	Normal	3,03±2,40	3 (0-9)	
	Fazla Kilolu	3,75±2,72	4 (0-9)	
	Obez	3,86±2,51	3,5 (0-9)	
	Morbid Obez	5,00±0,00	5 (5-5)	
Medeni	Bekâr	3,01±2,57	3 (0-9)	^c 0,092
Durum	Evli	3,84±2,33	4 (0-9)	
	Boşanmış	4,10±3,00	3,5 (0-9)	
Eğitim	İlkokul	5,50±2,81	6 (2-8)	^c 0,132
Durumu	Ortaokul	4,40±2,44	4,5 (0-9)	
	Lise	3,31±2,78	3,5 (0-9)	
	Ön Lisans	3,36±2,24	3 (0-7)	
	Lisans	2,94±2,44	3 (0-9)	
	Yüksek Lisans ve Üzeri	2,92±2,14	3 (0-7)	
Çalışma	Hiç Çalışmamış	1,50±1,91	1 (0-4)	^c 0,430
Durumu	Ev Hanımı	3,33±3,06	4 (0-6)	
	Çalışıyor	3,44±2,51	3 (0-9)	
	İşinden Ayrılmış	3,60±3,36	3 (0-8)	
	Emekli	5,33±2,08	6 (3-7)	
	Öğrenci	2,25±2,63	2 (0-5)	
Çocuk	Yok	3,23±2,52	3 (0-9)	^a 0,277
	Var	3,70±2,55	3 (0-9)	
Aile Geliri	Asgari Ücretin Altında	4,43±3,41	4 (0-9)	^c 0,706
	Asgari Ücret	3,16±2,60	3 (0-9)	
	Asgari Ücret ile 2 Katı			
	Arasında	3,30±2,61	3 (0-9)	
	Asgari Ücretin 2 Katı ve Daha Fazla	3,54±2,30	3,5 (0-9)	

^aMann Whitney-U Test ^cKruskal Wallis Test

*p<0,05

Erkek katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinden aldıkları toplam puanlar, kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır ($p=0,015$; $p<0,05$).



Şekil 23. Cinsiyetlere Göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinden Aldıkları Toplam Puanların Dağılımı

Katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinden aldıkları toplam puanlar; VKİ, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, çocuk varlığı ve toplam aile gelirine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 17. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırılması

		FNBT Puan		p
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	
Kronik Hastalık	Yok	3,32±2,57	3 (0-9)	^a 0,348
	Var	3,74±2,38	4 (0-8)	
Kronik Hastalık Sayısı	1 Tane	3,50±2,37	3,5 (0-8)	^a 0,243
	≥2 Tane	4,80±2,39	6 (1-7)	
İlaç Kullanımı	Yok	3,28±2,53	3 (0-9)	^a 0,479
	Var	4,1±2,49	4 (0-8)	
İlaç Sayısı	1 İlaç	3,93±2,28	4 (0-8)	^a 0,479
	≥2 İlaç	4,50±3,14	6 (0-7)	
Düzenli Egzersiz	Yok	3,63±2,55	4 (0-9)	^a 0,158
	Var	3,05±2,49	3 (0-9)	
Düzenli Egzersiz Sayısı	Haftada 1-2 Gün	3,59±2,52	3 (0-9)	^a 0,059
	Haftada 3-4 Gün	2,78±2,73	2 (0-7)	
	Haftada 4 Günden Fazla	1,69±1,70	1 (0-5)	
Düzenli Uyku	Yok	3,69±2,56	3,5 (0-9)	^a 0,215
	Var	3,17±2,5	3 (0-9)	
Düzenli Uyku Sayısı	Haftada 1-2 Gün	3,29±2,34	3,5 (0-8)	^a 0,222
	Haftada 3-4 Gün	3,95±2,88	4 (0-9)	
	Haftada 4 Günden Fazla	2,66±2,36	2 (0-9)	
Alkol	Yok	2,93±2,24	3 (0-9)	^a 0,054
	Var	3,85±2,76	4 (0-9)	
	•Bırakmış	5,75±2,22	5 (4-9)	

^aMann Whitney-U Test ^cKruskal Wallis Test

*p<0,05

•Gözlem sayısı yetersiz olduğundan dahil edilmemiştir

Katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinden aldıkları toplam puanlar; kronik hastalık durumu ve sayısı, ilaç kullanımı ve sayısı, düzenli egzersiz ve sayısı, düzenli uyku ve sayısı ve alkol kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

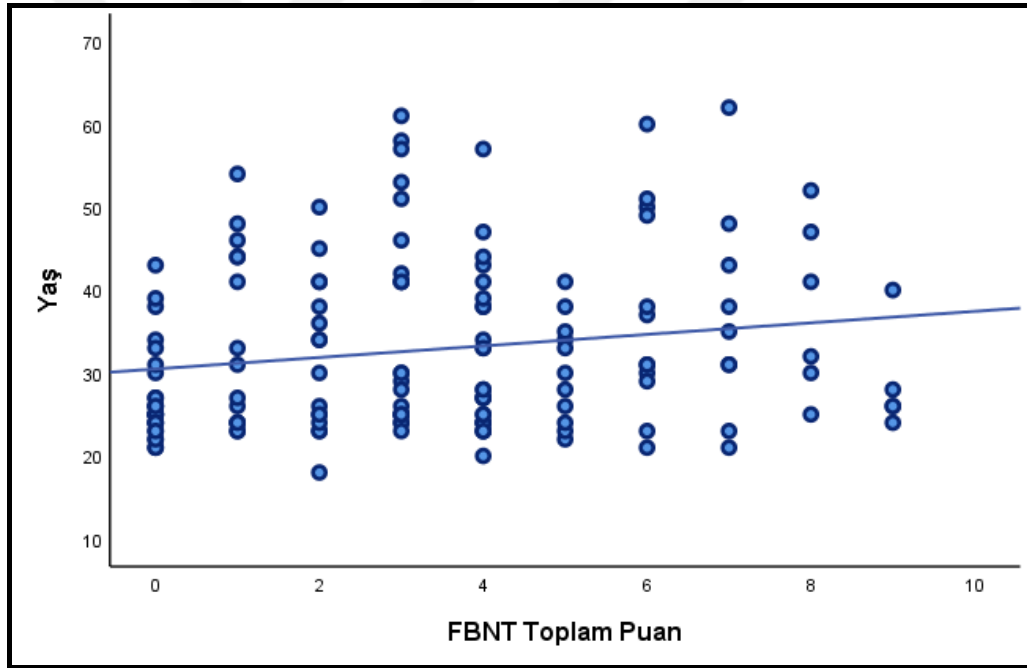
Tablo 18. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile Yaşların İlişkisi

		FNBT Puan
Yaş	r	0,189
	p	0,022*

r: Spearman Correlation Test

* $p < 0,05$

Katılımcıların yaşları ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinden aldıkları toplam puanlar arasında pozitif yönlü (Yaş arttıkça Fagerström Nikotin Bağımlılık Test puanı artar.) istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ($r = -0,166$; $p = 0,001$; $p < 0,01$).



Şekil 24. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile Yaşların Korelasyon Grafiği

Tablo 19. Algılanan Stres Ölçeği ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi İlişkisi

Yetersiz Öz Yeterlik Algısı			Stres/Rahatsızlık Algısı	ASÖ Toplam
FNBT Puan	<i>r</i>	0,024	0,013	0,018
	<i>p</i>	0,773	0,877	0,825

r: Spearman Correlation Test

Katılımcıların Algılanan Stres Ölçeği alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinden aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermemektedir ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda sigara kullananların Algılanan Stres Ölçeği toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Warner ve ark.'nın çalışmasında sigara kullananlarda bağımlılık düzeyi yüksek ve üzeri olanların bağımlılık düzeyi orta ve altında olanlara kıyasla ASÖ toplam puan ortalamaları anlamlı yüksek bulunmuştur (99). Banazadeh ve ark.'nın İran'da Kerman Tıp Bilimleri Üniversitesi öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada algılanan stres ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (100). Bialożyty'nin 216 kişiyi dahil ettiği tez çalışmasında algılanan stres ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında herhangi anlamlı bir ilişki bulunmamış ve bu sonuç araştırmanın sınırlılıklarına bağlanmıştır (101). Genel literatüre bakıldığında yüksek algılanan strese sahip kişilerin nikotin bağımlılık düzeylerinin yüksek olmasında; kişilerin sigarayı stres algısını bastırıcı bir araç olarak görmeleri ve nikotinin ödül yolağını aktivite etmesi sonucu salgılanan dopaminin etkisi ile gelen mutluluk ve rahatlama hissinin stres azaltıcı etkiyle bağdaştırılmasının etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda sigara kullanan ve sigarayı bırakmış kişilerde toplam tüketilen sigara miktarı (paket/yıl) ile ASÖ toplam puan ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ayrıca sigara kullananlarda günlük tüketilen sigara sayısı ile ASÖ toplam puan ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Stubbs ve ark.'nın 41 ülkeden 217 bin 561 kişinin dahil olduğu çalışmasında artan algılanan stres düzeyi, günlük sigara içenler arasında yoğun sigara içme (günde ≥ 30 sigara) ile anlamlı ilişkili bulunmuştur (102). Ng ve Jeffery'nin 26 işyerinde 12 bin 110 kişinin dahil olduğu çalışmasında sigara içenler arasında günde tüketilen sigara sayısı algılanan stresle ilişkili saptanmamıştır (103). Algılanan stres sigaraya başlamada kolaylaştırıcı bir etken olabilir fakat sigaranın zamanla artan miktarlarda tüketilmesinin en önemli nedenlerinin başında sigara kullanımıyla sayıca artmış nikotinik reseptörler sonucu kişide oluşturduğu fizyolojik bağımlılık olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların sigara kullanma durumu ile ASÖ toplam puan ortalaması ve stres/rahatsızlık algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, sigara kullananların yetersiz öz yeterlik algısı kullanmayanlardan anlamlı düşük bulunmuştur. Tüfekçi ve Türktemiz'in Konya'da 18-65 yaş arası 443 katılımcının dahil olduğu çalışmasında bizim çalışmamızla uyumlu olarak sigara kullanma durumu ile ASÖ toplam puan ortalaması ve stres/rahatsızlık algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Aynı araştırmada bizim çalışmamıza karşıt olarak sigara kullananların yetersiz öz yeterlik algısı kullanmayanlardan anlamlı yüksek bulunmuştur (104). Koçak'ın beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada ASÖ toplam puan ve alt boyutlarında sigara kullanma durumuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır (105). Naquin ve Gilbert'in üniversite öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada halen sigara içenlerin ASÖ toplam puan ortalaması hiç sigara içmemiş olanlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur (106). Çeşitli çalışmalardaki bu farklı sonuçlar algılanan stresin sigara kullanım durumunda tek başına etkili olmadığı; yaş, cinsiyet, çalışma durumu gibi çeşitli faktörlerin de etkili olabileceği ile açıklanabilir.

Çalışma sonuçları arasındaki farklılıkların temelinde çalışma gruplarının sosyodemografik özellikleri, yaşam koşulları ve alışkanlıklarının değişkenlik göstermesinden kaynaklandığı kanaatindeyiz.

Çalışmamızda yaş ile ASÖ toplam puan ve stres/rahatsızlık algısı arasında negatif yönlü (Yaş arttıkça algılanan stres ve stres/rahatsızlık algısı azalır.) istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır. Matuska ve ark.'nın çalışmasında 51-60 yaş kategorisindeki düşüş dışında yaşla birlikte ASÖ toplam puan ortalamalarının azaldığı bulunmuştur. Bu durum orta yaşlı yetişkinlerin tipik olarak kariyerlerinin zirvesinde ve işyerinde yoğun olmaları ayrıca çocuklara ve bazen de yaşlanan ebeveynlerine bakmaları ile açıklanmıştır (107). Yine bizim çalışmamız ile uyumlu olarak Bak ve ark.'nın Danimarka'da yapmış oldukları çalışmada insanlar yaşlandıkça algılanan stresin azaldığı bulunmuştur (108). Genç yaşlarda stres algısının daha yüksek olmasında; gençlerdeki akademik kaygılar, gelecek kaygısı, ebeveyn ve çevre baskısının etkili olduğunu düşünebiliriz.

Çalışmamızda kadınların ASÖ toplam puan ortalaması ve stres/rahatsızlık algıları erkeklerden anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır. Literatürlerde bizim

çalışmamız ile uyumlu olarak birçok çalışmada kadınların algılanan stres düzeyleri erkeklere göre daha yüksek saptanmıştır (107–110). Kadınların erkeklere göre daha yüksek stres algısına sahip olmasında; günümüzde yaşam içinde kadınlar için artan roller (iş hayatı, ev işleri, çocuk bakım vb.), yaşanan hormonal değişiklikler (doğum, lohusalık, menopoz gibi) ve kadınların ataerkil toplumda karşılaştıkları zorluklar ile ilgili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların VKİ değerleri ile ASÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, obez olan katılımcıların yetersiz öz yeterlik algısı morbid obez olan katılımcılardan anlamlı yüksek saptanmıştır. Mumcu N. ve Mumcu H.E.’nin Hitit Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi 2018-2019 Eğitim-Öğretim dönemindeki öğrencilerde yaptığı çalışmada VKİ ile ASÖ toplam puan ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (111). Barrington ve ark.’nın 33 işyerinde 621 katılımcıyla yaptığı çalışmada VKİ ile algılanan stres arasında ilişki bulunmamıştır (112). Nguyen-Rodriguez ark.’nın adölesan dönemindeki 517 öğrenciyi dahil ettiği çalışmada algılanan stres ile duygusal yeme davranışı arasında pozitif korelasyon görülmesine karşın VKİ statüsünde değiştirici bir etkisinin olmadığı saptanmıştır (113). Bu çalışmaların aksine Tenk ve ark.’nın 17 çalışmayı dahil ettiği meta-analizde ise algılanan stres ile VKİ arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (114). Çalışmamızdaki obez ve morbid obez olan katılımcıların yetersiz öz yeterlik algılarında anlamlı fark olmasında; çalışmamızdaki morbid obez olan katılımcı sayısının çok az olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların medeni durumu ile ASÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, bekar katılımcıların stres/rahatsızlık algısı evli katılımcılardan anlamlı yüksek saptanmıştır. Bizim çalışmamız ile uyumlu olarak Matuska ve ark.’nın, Bak ve ark.’nın yaptığı çalışmalarda bekar veya boşanmışların ASÖ toplam puan ortalaması evli olanlara göre yüksek görülmüş fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (107,108). Evlilerin bekarlara göre daha düşük stres algısına sahip olmasında; yakın sosyal ilişkilerin kişinin sağlığı üzerindeki olumlu etkilerinin neden olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda çocuk sahibi olma durumu ile ASÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, çocuğu olmayan katılımcıların stres/rahatsızlık algısı çocuğu olanlardan anlamlı yüksek bulunmuştur. Zinurova ve DeHart'ın 1128 asistan eczacının dahil olduğu çalışmasında çocuğu olanların ASÖ toplam puan ortalaması çocuğu olmayanlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur (115). Kızıldağ'ın özel bir hastanenin cerrahi kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinde yaptığı çalışmada ASÖ toplam puan ve alt boyutlarında çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır (116). Çeşitli çalışmalardaki bu farklı sonuçlar çocuk sahibi olma durumunun beklenildiği gibi ek sorumluluklar getirmesinden dolayı bazı kişilerde algılanan stres düzeyini arttırdığı; evlilik ve çocukla beraber sağlanan sosyal desteğin bazı kişilerde strese karşı olumlu etkilerinin olduğu ile açıklanabilir.

Çalışmamızda genel literatürden farklı olarak eğitim durumu ile ASÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, ortaokul mezunu olan katılımcıların stres/rahatsızlık algısı lise ve lisans mezunu katılımcılardan anlamlı düşük bulunmuştur. Benzer şekilde Kızıldağ'ın çalışmasında ASÖ toplam puan ve alt boyutlarında eğitim durumuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır (116). Literatür ile uyumlu olarak Matuska ve ark.'nın çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça ASÖ toplam puan ortalamalarının azaldığı (istatistiksel olarak anlamlı olmayan) görülmekle birlikte yüksek lisans mezunu katılımcıların algılanan stres düzeyleri lisans mezunu katılımcılardan anlamlı düşük bulunmuştur (107). Benzer şekilde Tudoran I. ve Tudoran R.'nin Romanya'da 928 yetişkinin katılımcı olduğu çalışmasında eğitim düzeyi ile ASÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif yönlü (Eğitim düzeyi arttıkça algılanan stres azalır.) istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır (117). Genel literatüre bakıldığında kişilerin eğitim seviyesi arttıkça algılanan stres düzeylerinin azalmasında; eğitimle birlikte gelir durumunun yükselmesi, çalışma koşullarının iyileşmesi dolayısıyla yaşam kalitesinin artmasının etkili olduğunu düşünebiliriz.

Çalışmamızda emekli olanların ASÖ toplam puan ortalamaları hiç çalışmamış olanlardan, yine emekli olanların stres/rahatsızlık algıları hiç çalışmamış ve işinden ayrılmış olanlardan anlamlı düşük saptanmıştır. Literatürde bizim çalışmamız ile uyumlu olarak Bak ve ark.'nın çalışmasında çalışmayanların algılanan stres düzeyleri

Çalışanlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur (108). Benzer şekilde Shah ve ark.'nın COVID-19 pandemisi sırasında küresel bir popülasyonda depresyon, anksiyete ve stresin yaygınlığını araştıran çalışmasında çalışmayanların algılanan stres düzeyleri çalışanlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur (118). Literatürde bizim çalışmamızdan farklı olarak Matuska ve ark.'nın çalışmasında çalışmayan katılımcıların (Emekli, işsiz, evle ilgilenen grup birlikte alınmıştır.) diğer grupların her birinden (yarı zamanlı, tam zamanlı çalışan, ğrenci) anlamlı düşük algılanan strese sahip olduğu bulunmuştur (107). Bu sonuçta katılımcıların çalışma durumlarına göre farklı gruplandırılmasının etkili olduğu düşünülebilir. alışmayanların alışanlara göre daha yüksek stres algısına sahip olmasında; düzenli gelir yokluğu, gelecek kaygısı ve yaşam koşullarının zorluğunun etkili olduğunu düşünebiliriz.

Çalışmamızda katılımcıların aylık toplam aile geliri arttıķa AS toplam puan ortalamalarının azaldığı görülmüş fakat istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ayrıca aylık toplam aile geliri asgari ücretin 2 katı ve daha fazlası olan katılımcıların yetersiz öz yeterlik algısı asgari ücret ve asgari ücretin altında olanlardan anlamlı düşük saptanmıştır. Literatürde çalışmamızla benzer sonuçlar gösteren yayınlar mevcuttur. Tudoran I. ve Tudoran R.'nin Romanya'da yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeyine benzer şekilde gelir düzeyi ile AS toplam puan ortalamaları arasında negatif yönlü (Gelir düzeyi arttıķa algılanan stres azalır.) istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır (117). Kızıldağ'ın Türkiye'de yapmış olduğu çalışmada katılımcılar gelir durumlarına göre incelendiğinde geliri giderinden az olanların AS toplam puan ortalamaları geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanlardan anlamlı yüksek saptanmıştır. Aynı çalışmada geliri giderinden az olan katılımcıların yetersiz öz yeterlik algıları da geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanlardan anlamlı yüksek bulunmuştur (116). Matuska ve ark.'nın Amerika'da yapmış olduğu çalışmada 81.000 ila 150.000 ABD doları arası kazanan katılımcıların 40.000 ABD dolarından az kazanan katılımcılara göre algılanan stres düzeyleri anlamlı düşük bulunmuştur (107). Kişilerin gelir düzeyi arttıķa algılanan stres düzeylerinin azalmasında; ekonomik imkanların daha iyi beslenme, sağlık, eğitim şartlarına ulaşmayı kolaylaştırması ve kişiye daha geniş olanaklar sağlamasının etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda genel literatürden farklı olarak kronik hastalık varlığı ve sayısı ile ASÖ toplam puan ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Literatür ile uyumlu olarak Çalışkan ve ark.'nın Eskişehir'de, Deleş ve Kaytez'in Trabzon'da üniversite öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmalarda kronik hastalığı olanların algılanan stres düzeyleri kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur (109,119). Benzer şekilde Kızıldağ'ın sağlık profesyonellerinde yaptığı çalışmada kronik hastalığı olanların ASÖ toplam puan ortalaması ve stres/rahatsızlık algıları kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur (116). Kronik hastalığı olan kişilerin daha yüksek stres algısına sahip olmasında; sürekli tedavi ve takip gerekliliği, düzenli ilaç kullanım zorunluluğu ve hastalığa bağlı oluşan şikayetlerin etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda düzenli ilaç kullanım varlığı ile ASÖ toplam puan ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, 2 ve daha fazla düzenli ilaç kullananların ASÖ toplam puan ortalaması ve yetersiz öz yeterlik algıları 1 ilaç kullananlardan anlamlı yüksek saptanmıştır. Çalışkan ve ark.'nın çalışmasında düzenli ilaç kullanım varlığı ile algılanan stres düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (109). Nillni ve ark.'nın Amerika'da 3346 kadının katılımcı olduğu prospektif kohort çalışmasında düzenli ilaç kullananların daha yüksek algılanan stres düzeylerine sahip olduğu saptanmıştır (120). Düzenli ilaç kullanımı olan ve daha fazla sayıda düzenli ilaç kullanan kişilerin daha yüksek stres algısına sahip olmasında; ilaç kullanımını gerektiren kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanım zorluğu ve ilaç yan etkisi varlığının etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda düzenli egzersiz yapan katılımcıların ASÖ toplam puan ortalaması ve yetersiz öz yeterlik algıları yapmayanlardan anlamlı düşük bulunmuştur. Ayrıca haftada 4 günden fazla düzenli egzersiz yapan katılımcıların yetersiz öz yeterlik algıları haftada 1-2 gün düzenli egzersiz yapanlardan anlamlı düşük saptanmıştır. Çalışmamızla uyumlu olarak Barrington ve ark.'nın çalışmasında daha yüksek algılanan stres düzeyleri daha düşük fiziksel aktivite ve yürüme ile anlamlı ilişkili saptanmıştır (112). Benzer şekilde Nillni ve ark.'nın çalışmasında spor yapma sıklığı (saat/hafta) yüksek olanların daha düşük algılanan stres düzeylerine sahip olduğu görülmüştür (120). Mumcu N. ve Mumcu H.E.'nin çalışmasında aktif olarak lisanslı spor yapanların ASÖ toplam puan ortalaması,

yetersiz öz yeterlik algısı ve stres/rahatsızlık algıları yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük bulunmuştur. Aynı çalışmada kendi çalışmamızla benzer şekilde katılımcıların ASÖ toplam puan ortalaması, yetersiz öz yeterlik algısı ve stres/rahatsızlık algıları ile spor yapma sıklığı (gün/hafta) arasında istatistiksel olarak anlamlı, doğrusal, negatif yönlü ve zayıf bir ilişki saptanmıştır (111). Düzenli egzersiz yapan ve egzersiz sıklığı yüksek olan kişilerin daha düşük stres algısına sahip olmasında; egzersiz sırasında mutluluk verici hormonların (endorfin, dopamin, serotonin gibi) salgılarının artmasının, egzersizin kişiye öz güven, öz yeterlik ve zindelik vermesinin etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda düzenli uykusu olan katılımcıların ASÖ toplam puan ortalaması, yetersiz öz yeterlik algısı ve stres/rahatsızlık algıları olmayanlardan anlamlı düşük bulunmuştur. Literatürde bizim çalışmamız ile uyumlu olarak Çalışkan ve ark.'nın çalışmasında uyku düzeni ve kalitesi kötü olanlarda algılanan stres düzeyi istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (109). Benzer şekilde Prather ve ark.'nın Amerika'da 299 katılımcının dahil olduğu çalışmasında daha düşük uyku kalitesi daha yüksek algılanan stres düzeyleri ile anlamlı ilişkili bulunmuştur (121). Charles ve ark.'nın 430 polis memuru ile yapmış olduğu çalışmada ise daha yüksek algılanan stres düzeyleri daha kısa uyku süresi ve erkek katılımcılarda daha düşük uyku kalitesi ile anlamlı ilişkili bulunmuştur (122). Uyku düzeni ve kalitesi kötü olan kişilerin daha yüksek stres algısına sahip olması ve bunun tersinin de geçerli olmasında; uykunun dinlendirici özellikte olmasının, vücudun yetersiz uykuya stres hormonlarının salgısını artırarak tepki vermesinin ve stresin uyku düzeni ve kalitesi ile hem neden hem de sonuç ilişkisi içerisinde olmasının etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda alkol kullanımı ile ASÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, alkol kullananların yetersiz öz yeterlik algıları alkol kullanmayanlardan anlamlı düşük bulunmuştur. Kızıldağ'ın çalışmasında ASÖ toplam puan ve alt boyutlarında alkol kullanma durumuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır (116). Cole ve ark.'nın 6.747 yetişkin erkeğin dahil olduğu çalışmasında alkol kullananların algılanan stres düzeyleri alkol kullanmayanlardan anlamlı yüksek bulunmuştur (123). Çeşitli çalışmalardaki bu farklı sonuçlar algılanan stresin alkol kullanım durumunda tek başına etkili olmadığı;

yaş, cinsiyet, çalışma durumu gibi çeşitli faktörlerin de etkili olabileceği ile açıklanabilir.

Çalışmamızda yaş ile FNBT toplam puan ortalaması arasında pozitif yönlü (Yaş arttıkça Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi toplam puanı artar.) istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır. Saha ve ark.'nın Hindistan'da 128 tütün kullanıcısının katılımcı olduğu çalışmasında FNBT toplam puan ortalamasının yaşla birlikte kademeli ve anlamlı olarak arttığı ve en yüksek puan ortalamasının yaşlı gruba (>60 yaş) ait tütün kullanıcıları arasında olduğu bulunmuştur (124). Sayın'ın Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniğine başvuran 179 hastayı dahil ettiği çalışmasında 45 yaş ve üzeri katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyleri 18-44 yaş arası kişilerden anlamlı yüksek bulunmuştur (125). Yaş arttıkça nikotin bağımlılık düzeylerinin artmasında; yaşla birlikte toplam tüketilen sigara miktarı ve kullanım süresinin artmasının etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda erkeklerin FNBT toplam puan ortalamaları kadınlardan anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır. Saha ve ark.'nın çalışmasında FNBT toplam puan ortalamaları erkeklerde kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmaksızın daha yüksek bulunmuştur (124). Aksakal ve ark.'nın Adana Tekel Sigara Fabrikası çalışanlarında yapmış olduğu çalışmada erkek işçilerde çok yüksek düzeyde sigara bağımlılığı oranı kadın işçilere göre anlamlı yüksek bulunmuştur (126). Erkeklerin kadınlara göre daha yüksek nikotin bağımlılık düzeylerine sahip olmasında; erkeklerin kadınlara oranla daha erken yaşta sigaraya başlaması, daha fazla miktarda sigara tüketmesi ve erkekler arasında sigara kullanım yaygınlığının daha yüksek olmasının etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinden aldıkları toplam puanlarda; VKİ, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, çocuk varlığı, aile geliri, kronik hastalık durumu ve sayısı, ilaç kullanımı ve sayısı, düzenli egzersiz ve sayısı, düzenli uyku ve sayısı ve alkol kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Nikotin bağımlılık düzeyinin bağımlı olduğu değişkenlerin ortaya konması ve bu değişkenlerle ilişkisinin netleştirilmesi için daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda yüksek algılanan stres ile nikotin bağımlılık düzeyi, sigara tüketim miktarı ve sigara kullanım durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu değişkenlerde stresin ön planda olduğu düşünülmesine karşın yaş, cinsiyet, düzenli egzersiz yapma durumu gibi çeşitli faktörlerin de başlı başına etkili olabileceği öngörülmektedir.

Sigara kullanımı dünyada ve ülkemizde erken ölümlerin önlenabilir en önemli nedenidir. Aynı zamanda kullanım yaygınlığı ve pasif içicilikle birlikte önemli bir halk sağlığı problemi olan sigara kullanımı ile sağlık sisteminin her basamağında mücadele edilmesi gerekir. Hekimin herhangi bir nedenle polikliniğe başvuran hastayla sigarayı bırakma konusunda iki dakikalık kısa bir görüşme yapmasının bile hiç önermemesine göre sigara bırakma oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış sağladığı görülmüştür. Bu bağlamda hekimler küçük tavsiyelerin dahi etkili olduğunu bilerek her defasında sigara bırakmayı önermede istekli olmalıdırlar.

Türkiye’de okula kayıtlı 13-15 yaş arası öğrencilerde sigarayı deneyenler %28 (erkeklerde %32,9, kızlarda %23), mevcut sigara içenler %7,7’dir (erkeklerde %9,9, kızlarda %5,3). Sigara kullanmaya ergenlik çağında başlayanlar sigara bağımlılığı açısından yüksek risk taşımaktadır. Bu nedenle gençlerin sigaraya başlamalarını engellemek için aile danışma ve gençlik merkezleri yaygınlaştırılmalı, gençlerin sosyalleşme imkanları genişletilmeli ve öğrencilere küçük yaşlarda hobiler edindirilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2021: Addressing new and emerging products. World Health Organization; 2021.
2. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. OECD Publishing; 2021.
3. Freund KM, Belanger AJ, D'Agostino RB, Kannel WB. The health risks of smoking the framingham study: 34 years of follow-up. *Annals of Epidemiology*. 1993;3(4):417–24.
4. World Health Organization. Tobacco [Internet]. 2021. Erişim: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (Erişim tarihi 10.04.2022).
5. Clark MM, Warren BA, Hagen PT, Johnson BD, Jenkins SM, Werneburg BL, et al. Stress Level, Health Behaviors, and Quality of Life in Employees Joining a Wellness Center. *American Journal of Health Promotion*. 2011;26(1):21–5.
6. Marin M-F, Lord C, Andrews J, Juster R-P, Sindi S, Arsenault-Lapierre G, et al. Chronic stress, cognitive functioning and mental health. *Neurobiology of Learning and Memory*. 2011;96(4):583–95.
7. Cadet JL. Epigenetics of stress, addiction, and resilience: therapeutic implications. *Molecular Neurobiology*. 2016;53(1):545–60.
8. Heishman S. Behavioral and cognitive effects of smoking: relationship to nicotine addiction. *Nicotine & Tobacco Research*. 1999;1(sup2):143–7.
9. Seydioğulları M. Dünyada ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları. Karadağ M, Bilgiç H (eds). Tütün ve Tütün Kontrolü içinde. Toraks Kitapları; 2010. sf. 3–20.
10. Güzel A. Tütün bitkisi ve farmakolojik özellikleri; gerçekten şeytan otu mu? Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2016;4(1):22–6.
11. Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü. Dünya tütünsüz günü 31 Mayıs 2021 [Internet]. 2021. Erişim: <https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/haberler/31-mayis-dunya-tutunsuz-gunu-28052021> (Erişim tarihi 22.04.2022).
12. Koç Y. Atatürk’ün millileştirmeleri ve devletleştirmeleri, günümüzün özelleştirmeleri. Türk-İş Eğitim Yayınları; 2000.
13. The World Bank. DataBank - World Development Indicators [Internet]. 2022. Erişim: <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?dsid=2&series=SH.PR.V.SMOK#> (Erişim tarihi 29.04.2022).
14. World Health Organisation. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, fourth edition. World Health Organization; 2021.
15. Global Adult Tobacco Survey. The GATS Atlas. CDC Foundation; 2015.
16. Global Youth Tobacco Survey. GYTS Fact Sheet Turkey 2017. Public Health Institution of Turkey; 2017.

17. Elders MJ, Perry CL, Eriksen MP, Giovino GA. The report of the Surgeon General: preventing tobacco use among young people. *American Journal of Public Health*. 1994;84(4):543–7.
18. Global Adult Tobacco Survey. GATS Fact Sheet Turkey 2016. Public Health Institution of Turkey; 2016.
19. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. 2014.
20. Woloshin S, Schwartz LM, Welch HG. The risk of death by age, sex, and smoking status in the United States: putting health risks in context. *Journal of the National Cancer Institute*. 2008;100(12):845–53.
21. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2020 - All cancers [Internet]. 2020. Erişim: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf> (Erişim tarihi 03.05.2022).
22. Lee PN, Forey BA, Coombs KJ. Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence in the 1900s relating smoking to lung cancer. *BMC Cancer*. 2012;12(1):1–90.
23. Gandini S, Botteri E, Iodice S, Boniol M, Lowenfels AB, Maisonneuve P, et al. Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *International journal of cancer*. 2008;122(1):155–64.
24. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco smoke and involuntary smoking. Vol. 83. World Health Organization; 2004.
25. Burns DM. Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2003;46(1):11–29.
26. Chen Z, Boreham J. Smoking and cardiovascular disease. In: *Seminars in Vascular Medicine*. Thieme Medical Publishers; 2002. p. 243–52.
27. McElduff P, Dobson A, Beaglehole R, Jackson R. Rapid reduction in coronary risk for those who quit cigarette smoking. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 1998;22(7):787–91.
28. Honjo K, Iso H, Tsugane S, Tamakoshi A, Satoh H, Tajima K, et al. The effects of smoking and smoking cessation on mortality from cardiovascular disease among Japanese: pooled analysis of three large-scale cohort studies in Japan. *Tobacco Control*. 2010;19(1):50–7.
29. Zuo L, He F, Sergakis GG, Koozehchian MS, Stimpfl JN, Rong Y, et al. Interrelated role of cigarette smoking, oxidative stress, and immune response in COPD and corresponding treatments. *American Journal of Physiology-Lung Cellular and Molecular Physiology*. 2014;307(3):L205–18.
30. Marsh S, Aldington S, Shirtcliffe P, Weatherall M, Beasley R. Smoking and COPD: what really are the risks? *European Respiratory Journal*. 2006;28(4):883–4.
31. Venkatesan P. GOLD report: 2022 update. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2022;10(2):e20.
32. Pan B, Jin X, Jun L, Qiu S, Zheng Q, Pan M. The relationship between smoking and stroke: a meta-analysis. *Medicine*. 2019;98(12).
33. Uncu Y. Kadın Sağlığı, Gebelik, İnfertilite ve Tütün. In: Karadağ M, Bilgiç H, editors. *Tütün ve Tütün Kontrolü*. Toraks Kitapları; 2010. p. 224–37.
34. Rakel RE, Houston T. Nikotin Bağımlılığı. Saatçi E (çev. ed.). Rakel RE, Rakel DP (eds). *Rakel Aile Hekimliği içinde*. 9. Baskı. Güneş Tıp Kitabevleri; 2019. sf. 1133–51.

35. Gursoy ST, Soyer MT, Ocek Z, Ciceklioglu M, Aksu F. Why are Turkish children at risk of exposure to environmental tobacco smoke in their homes? *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2008;9(3):467–72.
36. Yakut N. Covid-19 salgını döneminde sigara bağımlılığı tedavisine ara verilen hastaların değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi; 2021.
37. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. World Health Organization; 2013.
38. Kanit L, Keser A. Tütün Bağımlılığının Biyofizyolojisi. In: Karadağ M, Bilgiç H, editors. Tütün ve Tütün Kontrolü. Toraks Kitapları; 2010. p. 141–56.
39. Kaya E, Akpınar D, Akpınar H. Bağımlılığın patofizyolojisi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi.* 2019;6(3):166–70.
40. Marlow SP, Stoller JK. Smoking cessation. *Respiratory Care.* 2003;48(12):1238–56.
41. Bozkurt N, Bozkurt AI. Nikotin bağımlılığını belirlemede Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin (FBNT) değerlendirilmesi ve nikotin bağımlılığı için yeni bir test oluşturulması. *Pamukkale Tıp Dergisi.* 2016;(1):45–51.
42. Creamer MR, Wang TW, Babb S, Cullen KA, Day H, Willis G, et al. Tobacco product use and cessation indicators among adults — United States, 2018. Vol. 68, Morbidity and mortality weekly report. Centers for Disease Control and Prevention; 2019.
43. World Health Organization. MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic. World Health Organization; 2008.
44. T.C. Sağlık Bakanlığı. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2018-2023). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2018.
45. Öztürk Ö. Sağlık çalışanları ve sigara. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi.* 2009;16(4):32–8.
46. Kawakami M, Nakamura S, Fumimoto H, Takizawa J, Baba M. Relation between smoking status of physicians and their enthusiasm to offer smoking cessation advice. *Internal Medicine.* 1997;36(3):162–5.
47. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013;(5).
48. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Sigara Bırakma Hizmetleri [Internet]. 2022. Erişim: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimliliklamucadele-haberler/sigara-birakma-hizmetleri.html> (Erişim tarihi 15.05.2022).
49. Keten HS, Kahraman H, Üçer H, Çelik M, Sucaklı MH, Ersoy Ö. Aile hekimlerinin sigara bağımlılığı tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi.* 2014;18(2):58–62.
50. Jaén CR, Benowitz NL, Curry SJ, Parsippany NJ, Kottke TE, Mermelstein RJ, et al. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. *American Journal of Preventive Medicine.* 2008;35(2):158–76.
51. Bakkevig O, Steine S, Hafenbrädl K von, Lærum E. Smoking cessation A comparative, randomised study between management in general practice and the behavioural programme

- SmokEnders. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2000;18(4):247–51.
52. Kocakaya D, Şenol H, Aslan S, Çırakoğlu AM, Çakır M, Telci H, ve ark. Sigara bırakma polikliniğine başvuran bireylerde tedavi başarısını etkileyen faktörler. *Bağımlılık Dergisi*. 23(1):1.
53. Wilkes S. The use of bupropion SR in cigarette smoking cessation. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2008;3(1):45.
54. Howes S, Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Hong B, Lindson N. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020;(4).
55. Nides M, Oncken C, Gonzales D, Rennard S, Watsky EJ, Anziano R, et al. Smoking cessation with varenicline, a selective $\alpha 4\beta 2$ nicotinic receptor partial agonist: results from a 7-week, randomized, placebo-and bupropion-controlled trial with 1-year follow-up. *Archives of Internal Medicine*. 2006;166(15):1561–8.
56. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;(5).
57. Chang P-H, Chiang C-H, Ho W-C, Wu P-Z, Tsai J-S, Guo F-R. Combination therapy of varenicline with nicotine replacement therapy is better than varenicline alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1–8.
58. Vogeler T, McClain C, Evoy KE. Combination bupropion SR and varenicline for smoking cessation: a systematic review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2016;42(2):129–39.
59. Selye H. Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*. 1950;1(4667):1383.
60. Fink G. Stress: Concepts, Definition and History. In: *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. Elsevier; 2017.
61. Michie S. Causes and management of stress at work. *Occupational and Environmental Medicine*. 2002;59(1):67–72.
62. Nikčević A V, Caselli G, Green D, Spada MM. Negative recurrent thinking as a moderator of the relationship between perceived stress and depressive symptoms. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2014;32(4):248–56.
63. Russell G, Lightman S. The human stress response. *Nature Reviews Endocrinology*. 2019;15(9):525–34.
64. Baron KG, Reid KJ. Circadian misalignment and health. *International Review of Psychiatry*. 2014;26(2):139–54.
65. Miller GE, Cohen S, Ritchey AK. Chronic psychological stress and the regulation of pro-inflammatory cytokines: a glucocorticoid-resistance model. *Health Psychology*. 2002;21(6):531.
66. Balcı A. Çalışanlarda stres kaynakları, stresle başa çıkma yöntemleri ve sağlık sektörü. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi; 2014.
67. Mayer EA. The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. *Gut*. 2000;47(6):861–9.
68. Kimyai-Asadi A, Usman A. The role of psychological stress in skin disease. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*. 2001;5(2):140–5.

69. Reiche EMV, Nunes SOV, Morimoto HK. Stress, depression, the immune system, and cancer. *The Lancet Oncology*. 2004;5(10):617–25.
70. Antonova L, Aronson K, Mueller CR. Stress and breast cancer: from epidemiology to molecular biology. *Breast Cancer Research*. 2011;13(2):1–15.
71. Krantz DS, McCeney MK. Effects of psychological and social factors on organic disease: a critical assessment of research on coronary heart disease. *Annual Review of Psychology*. 2002;53(1):341–69.
72. Kivimäki M, Virtanen M, Elovainio M, Kouvonen A, Väänänen A, Vahtera J. Work stress in the etiology of coronary heart disease—a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2006;32(6):431–42.
73. Hammen C. Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005;1:293–319.
74. Van Praag HM, de Kloet ER, Van Os J. Stress, the brain and depression. Cambridge University Press; 2004.
75. Roy-Byrne PP, Geraci M, Uhde TW. Life events and the onset of panic disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 1986;143(11).
76. Taylor S. Etiology of obsessions and compulsions: a meta-analysis and narrative review of twin studies. *Clinical Psychology Review*. 2011;31(8):1361–72.
77. Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, Geller DA. Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*. 2014;15(6):410–24.
78. Adams TG, Kelmendi B, Brake CA, Gruner P, Badour CL, Pittenger C. The role of stress in the pathogenesis and maintenance of obsessive-compulsive disorder. *Chronic Stress*. 2018;2:1–11.
79. Lotfi S, Başçılar M. Travma sonrası stres bozukluğu ve sosyal hizmet. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;(3):275–86.
80. Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic stress disorder. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2012;3:2–9.
81. Çelik M, Tepe M. Stres ve motivasyon ilişkisi: kadın sağlık çalışanları örneği. *Al Farabi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*. 2021;6(1):43–61.
82. Buhelt L, Pisinger C, Andreasen A. Smoking and stress in the general population in Denmark. *Tobacco Prevention & Cessation*. 2021;7(April):1–9.
83. Gök S. Çalışma yaşamının önemli bir sorunu: örgütsel stres. *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2009;27(2):429–48.
84. Soori H, Rahimi M, Mohseni H. Association between job stress and work-related injuries: a case-control. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2006;1(3):53–8.
85. Mosadeghrad AM. Occupational stress and turnover intention: implications for nursing management. *International Journal of Health Policy and Management*. 2013;1(2):169.
86. Özel Y, Bay Karabulut A. Günlük yaşam ve stres yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. 2018;1(1):48–56.
87. McGuigan FJ, Lehrer PM. Progressive Relaxation. In: Lehrer PM, Woolfolk RL, editors. *Principles and Practice of Stress Management*. Guilford Publications; 2021.

88. Kapucu S, Yılmaz Kütmeç C. Kronik hastalıklarda progresif gevşeme egzersizlerinin yararı. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi. 2018;32(2):111–4.
89. McCallie MS, Blum CM, Hood CJ. Progressive muscle relaxation. Journal of Human Behavior in The Social Environment. 2006;13(3):51–66.
90. Kassymova K, Kosherbayeva N, Sangilbayev S, Schachl H. Stress management techniques for students. Advances in Social Science, Education and Humanities Research. 2018;198:47–56.
91. Yu B, Funk M, Hu J, Wang Q, Feijs L. Biofeedback for everyday stress management: a systematic review. Frontiers in ICT. 2018;5:23.
92. İlgöz M. Stres kaynakları, sonuçları ve stresle mücadele. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi; 2014.
93. Hatice K. Örgütlerde stres kaynakları ve stres yönetimi. Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2015;(29):37–44.
94. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior. 1983;24(4):385–96.
95. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenirlik ve geçerlik analizi. New/Yeni Symposium Journal. 2013;51(3):132–40.
96. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström K-O. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. British Journal of Addiction. 1991;86(9):1119–27.
97. Uysal MA, Kadakal F, Karsidag C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuberculosis and Thorax. 2004;52(2):115–21.
98. Demirbaş N, Kutlu R. Sigaranın akciğer yaşı ve solunum fonksiyon testleri üzerine olan etkisi. Cukurova Medical Journal. 2018;43(1):155–63.
99. Warner DO, Patten CA, Ames SC, Offord K, Schroeder D. Smoking behavior and perceived stress in cigarette smokers undergoing elective surgery. The Journal of the American Society of Anesthesiologists. 2004;100(5):1125–37.
100. Banazadeh N, Sabahi A, Ziaadini H, Jalali-Khalilabadi A, Banazadeh M. The relationship between extrinsic and intrinsic religious orientation with perceived stress and cigarette addiction among university students. Addiction & Health. 2019;11(2):73.
101. Bialożyty D. Smoking and Stress: An Analysis of Nicotine Dependence on Perceived Stress Moderated by Social Support and Mitigating Stress through Coping Strategies between Smokers and Non-Smokers. Thesis, State University of New York; 2020.
102. Stubbs B, Veronese N, Vancampfort D, Prina AM, Lin P-Y, Tseng P-T, et al. Perceived stress and smoking across 41 countries: a global perspective across Europe, Africa, Asia and the Americas. Scientific Reports. 2017;7(1):1–8.
103. Ng DM, Jeffery RW. Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults. Health Psychology. 2003;22(6):638.
104. Tüfekci N, Türkteviz H. COVID-19 salgını döneminde bireylerdeki davranış

- değişikliklerinin incelenmesi. Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi. 2021;56(2):560–78.
105. Koçak M. Beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinin yaşam kaliteleri ile stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Bozok Üniversitesi; 2019.
106. Naquin MR, Gilbert GG. College students' smoking behavior, perceived stress, and coping styles. *Journal of Drug Education*. 1996;26(4):367–76.
107. Matuska K, Bass J, Schmitt JS. Life balance and perceived stress: predictors and demographic profile. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 2013;33(3):146–58.
108. Bak CK, Tanggaard Andersen P, Bacher I, Draghiciu Bancila D. The association between socio-demographic characteristics and perceived stress among residents in a deprived neighbourhood in Denmark. *The European Journal of Public Health*. 2012;22(6):787–92.
109. Çalışkan S, Aydoğan S, Işıklı B, Metintaş S, Yenilmez F, Yenilmez Ç. Üniversite öğrencilerinde algılanan stres düzeyi ve ilişkili olabilecek faktörlerin değerlendirilmesi. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*. 2018;3(2):40–9.
110. Hamad R, Fernald LCH, Karlan DS, Zinman J. Social and economic correlates of depressive symptoms and perceived stress in South African adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2008;62(6):538–44.
111. Mumcu N, Mumcu HE. Sporun stres ve mutluluk üzerine etkileri. *Akademisyen Kitabevi A.Ş.*; 2019.
112. Barrington WE, Ceballos RM, Bishop SK, McGregor BA, Beresford SAA. Perceived stress, behavior, and body mass index among adults participating in a worksite obesity prevention program, Seattle, 2005–2007. *Preventing Chronic Disease*. 2012;9.
113. Nguyen-Rodriguez ST, Chou C-P, Unger JB, Spruijt-Metz D. BMI as a moderator of perceived stress and emotional eating in adolescents. *Eating Behaviors*. 2008;9(2):238–46.
114. Tenk J, Mátrai P, Hegyi P, Rostás I, Garami A, Szabó I, et al. Perceived stress correlates with visceral obesity and lipid parameters of the metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 2018;95:63–73.
115. Zinurova E, DeHart R. Perceived stress, stressors, and coping mechanisms among PGY1 pharmacy residents. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2018;82(7).
116. Kızıldağ S. Özel bir hastanenin cerrahi kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinde algılanan stres düzeyinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi; 2018.
117. Tudoran I, Tudoran R. Assessment of perceived stress, socio-demographic and economic characteristics in Romanian adults. *Acta Medica Transilvanica*. 2013;2(2):177–80.
118. Shah SMA, Mohammad D, Qureshi MFH, Abbas MZ, Aleem S. Prevalence, psychological responses and associated correlates of depression, anxiety and stress in a global population, during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *Community Mental Health Journal*. 2021;57(1):101–10.
119. Deleş B, Kaytez N. Çocuk gelişimi lisans öğrencilerinin stres düzeylerinin sağlık algısı üzerine etkisinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;9(4):365–73.

120. Nillni YI, Wesselink AK, Hatch EE, Mikkelsen EM, Gradus JL, Rothman KJ, et al. Mental health, psychotropic medication use, and menstrual cycle characteristics. *Clinical Epidemiology*. 2018;10:1073.
121. Prather AA, Bogdan R, Hariri PAR. Impact of sleep quality on amygdala reactivity, negative affect, and perceived stress. *Psychosomatic Medicine*. 2013;75(4):350.
122. Charles LE, Slaven JE, Mnatsakanova A, Ma C, Violanti JM, Fekedulegn D, et al. Association of perceived stress with sleep duration and sleep quality in police officers. *International Journal of Emergency Mental Health*. 2011;13(4):229.
123. Cole G, Tucker L, Friedman GM. Relationships among measures of alcohol drinking behavior, life-events and perceived stress. *Psychological Reports*. 1990;67(2):587–91.
124. Saha I, Islam K, Paul B, Som TK. Nicotine dependence and its correlates among the adult tobacco users in a slum of Burdwan district, West Bengal, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2017;6(4):813.
125. Sayın E. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve bırakma yöntemlerinin etkinliği. Uzmanlık Tezi, Ufuk Üniversitesi; 2013.
126. Aksakal A, Khorshid L. Adana Tekel Sigara Fabrikasında çalışan bireylerin sigara içme ve nikotin bağımlılıklarının incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*. 2006;7(2):57–64.