

T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, SAĞLIK İNANCI VE SAĞLIK  
ARAMA DAVRANIŞININ SİGARAYI BIRAKMA NİYETİ  
ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**Sait SÖYLER**

**DOKTORA TEZİ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**Danışman**

**Doç. Dr. Mehmet YORULMAZ**

**KONYA-2022**

T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, SAĞLIK İNANCI VE SAĞLIK  
ARAMA DAVRANIŞININ SİGARAYI BIRAKMA NİYETİ  
ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**Sait SÖYLER**

**DOKTORA TEZİ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**Danışman**

**Doç. Dr. Mehmet YORULMAZ**

**KONYA-2022**

## ÖNSÖZ

Bu araştırma her aşamasıyla büyük bir özveri, yoğun ve uzun süren çabalar neticesinde ortaya çıkmıştır. Bu süreçte pek çok hocamın ve arkadaşımın fikirlerine ve önerilerine başvurduğum ve bu kıymetli bireylerin desteği ile araştırmayı sonuçlandırabildim. Bu çerçevede öncelikle araştırmanın gerçekleştirilmesinde kıymetli katkılarını hiçbir zaman esirgemeyen saygıdeğer danışmanım Doç. Dr. Mehmet YORULMAZ'a ve tez izleme komitesinde yer alarak araştırmanın her aşamasında zamanlarını ve bilgilerini paylaşmaktan imtina etmeyen saygıdeğer Prof. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK ve Doç. Dr. Nur Feyzal KESEN hocalarıma teşekkür ederim. Araştırma süreci boyunca desteğini sürekli olarak hissettiğim mesai arkadaşım ve aile dostum Doğançan ÇAVMAK'a ve lisans eğitimimden başlayarak bugüne kadar her konuda değerli fikirlerine başvurduğum Dr. Ramazan KIRAÇ'a teşekkür ederim. Bu vesile ile akademik gelişim sürecime katkı sağlamış olan ve burada isimlerine yer veremediğim hocalarıma, öğrencilerime ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Araştırmanın veri toplama aşamasında desteklerini esirgemeyen öğrencilerime ve arkadaşlarıma teşekkür ederim. Ayrıca veri toplama sürecine katılarak araştırmanın örneklemini oluşturan katılımcılara teşekkür ederim.

Yaşamının büyük bir kısmını ailemiz için vatanından uzakta geçiren ve bugünlere gelmemde çok büyük bir pay sahibi olan sevgili babam Cuma SÖYLER'e ve her türlü zorluğa rağmen sevgisini her zaman hissettiğim sevgili annem Sevim SÖYLER'e teşekkür ederim. Varlıklarıyla bizleri her zaman çok mutlu etmiş olan kardeşlerim Beste SÖYLER ve Belinda SÖYLER'e teşekkür ederim.

Son olarak her zorlukta yanımda olan, her güzelliği benimle paylaşan, akademik çabalarımı her zaman destekleyen ve bu araştırma sürecinde kendisine ayırmam gereken zamanlardan çaldığım, çok sevdiğim eşim Yasenya SÖYLER'e teşekkür ederim.

Araştırmanın literatüre katkı sağlamasını ve gelecek araştırmalar için bir referans noktası olmasını dilerim.

**Sait SÖYLER**

# İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR.....	v
ÖZET.....	vii
SUMMARY .....	viii
<b>1.GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
1.2.Bağımlılık.....	8
1.2.1.Bağımlılık Türleri.....	9
1.2.2.Bağımlılık Konusuna Yaklaşımlar.....	15
1.2.3.Bağımlılıkta Risk Faktörleri .....	19
1.2.4.Bağımlılık Süreci .....	23
1.3.Tütün Bağımlılığı .....	24
1.3.1.Tütün Bağımlılığı Süreci .....	34
1.4.Sağlık Okuryazarlığı.....	35
1.4.1.Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri .....	40
1.4.2.Düşük Sağlık Okuryazarlığının Sonuçları .....	43
1.5.Sağlık Arama Davranışı .....	47
1.5.1.Geleneksel Sağlık Arama Davranışı .....	52
1.5.2.Çevrimiçi Sağlık Arama Davranışı.....	60
1.5.3.Profesyonel Sağlık Arama Davranışı.....	66
1.6.Sağlık İnanç Modeli ve Boyutları .....	71
1.6.1.Sağlık Davranışı.....	71
1.6.2.Sağlık İnanç Modeli.....	74
1.6.3.Sağlık İnanç Modelinin Boyutları.....	78
<b>2.GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>86</b>
2.1.Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri.....	86
2.2.Araştırmanın Önemi .....	86
2.3.Araştırmanın Tasarımı.....	87
2.4.Araştırmanın Etik Boyutu .....	88
2.5.Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	88
2.6.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları .....	90
2.6.1.Sağlık İnanç Modeline Göre Sigara Bırakma Ölçeği .....	90
2.6.2.Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği .....	93
2.6.3.Sağlık Arama Davranışı Ölçeği .....	93

2.6.4.Sigarayı Bırakma Niyeti Ölçeği.....	93
2.6.5.Sigarayı Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği.....	94
2.7.Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler .....	94
2.8.Araştırmanın Sınırlılıkları .....	95
<b>3.BULGULAR.....</b>	<b>96</b>
3.1.Sigarayı Bırakma Niyeti Ölçeğinin Geliştirilmesi .....	96
3.1.1.Literatür Taraması, İçerik ve Kapsam Geçerliliği .....	96
3.1.2.Yapı Geçerliliği.....	99
3.1.3.Ölçüt Bağıntılı Geçerlilik.....	103
3.1.4.İçsel Tutarlılık.....	103
3.2.Saha Araştırması Bulgularının Değerlendirilmesi.....	104
3.2.1.Genel Bilgiler Arasındaki İlişkilere İlişkin Analizler.....	107
3.2.2.Genel Bilgiler ile Sigarayı Bırakma Niyeti Analizleri.....	119
3.2.3.Sigarayı Bırakma Niyeti ile Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık İnancı ve Sağlık Arama Davranışı Arasındaki İlişkiler .....	123
<b>4.TARTIŞMA .....</b>	<b>127</b>
4.1.Sigarayı Bırakma Niyeti Ölçeği .....	127
4.2.Demografik Bilgiler ile Sigara Kullanmaya İlişkin Genel Bilgiler.....	128
4.3.Demografik ve Genel Bilgilere Göre Sigarayı Bırakma Niyetinin Değerlendirilmesi .....	136
4.4.Sigarayı Bırakma Niyeti ile Sigarayı Bırakmaya İlişkin Sağlık İnancı, Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Arama Davranışı İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	139
<b>5.SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>146</b>
<b>6.KAYNAKLAR .....</b>	<b>151</b>
<b>7.EKLER.....</b>	<b>170</b>
EK-A: Anket Formu .....	170
<b>8.TURNITIN RAPORU.....</b>	<b>174</b>

## SİMGELER VE KISALTMALAR

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**AFA:** Açımlayıcı Faktör Analizi

**AIDS:** Acquired Immune Deficiency Syndrome

**AMOS:** Analysis of Moment Structures

**ANOVA:** Analysis of Variance

**ASAM:** American Society of Addiction Medicine

**CDC:** Centers for Disease Control and Prevention

**DALY:** Disability-Adjusted Life Year

**DB:** Dünya Bankası

**DFA:** Doğrulayıcı Faktör Analizi

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**HIV:** Human Immunodeficiency Virus

**HSGM:** Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

**ICD:** International Classification of Diseases

**KMO:** Kaiser-Meyer-Olkin

**KOAH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

**OECD:** Organisation for Economic Co-operation and Development

**SADÖ:** Sağlık Arama Davranışı Ölçeği

**SBBÖÖ:** Sigarayı Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği

**SBNÖ:** Sigarayı Bırakma Niyeti Ölçeği

**SİM:** Sağlık İnanç Modeli

**SİMGSBÖ:** Sağlık İnanç Modeline Göre Sigara Bırakma Ölçeği

**SOYÖ:** Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences

**TUIK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**WHO:** World Health Organization

**YEDAM:** Yeşilay Danışmanlık Merkezi



## ÖZET

T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

### Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık İnancı ve Sağlık Arama Davranışının Sigarayı Bırakma Niyeti Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

Sait SÖYLER  
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

DOKTORA TEZİ/KONYA-2022

Bu araştırmanın amacı öncelikle Sigarayı Bırakma Niyeti Ölçeği'nin geliştirilmesi ve ardından sigara kullanan bireylerde sağlık okuryazarlığı, sağlık inancı ve sağlık arama davranışının sigarayı bırakma niyeti üzerindeki etkisinin incelenmesidir. Araştırmada aynı zamanda demografik bilgilere göre sigara kullanımına ilişkin genel bilgilerin incelenmesi ve demografik ve sigara kullanımına ilişkin genel bilgilere göre sigarayı bırakma niyetinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Araştırmanın birinci aşamasında SBNÖ'nün geliştirilmesi sürecinde toplam 497 kişi dahil edilmiş, ölçek geliştirmenin ardından saha araştırmasına geçilmiştir. Araştırmanın çalışma evrenini 15 yaş üzeri sigara kullanan bireyler oluşturmaktadır. Araştırmada kolayda, amaçlı ve kartopu örnekleme yöntemleri bir arada kullanılmıştır. Veri toplama sürecinin ardından toplam 1042 kişiye ulaşılmıştır. Veri toplama süreci sonucunda araştırmadan dışlanma kriterlerini sağlayan anketlerin çıkarılması neticesinde toplam 925 katılımcı araştırmaya dahil edilmiştir. Veri analizi SPSS ve AMOS 20.0 paket programlarında gerçekleştirilmiştir. Araştırmada öncelikle "Sigarayı Bırakma Niyeti Ölçeği"nin geçerlilik ve güvenilirliğine yönelik analizler gerçekleştirilmiştir. Araştırma katılımcılarının demografik bilgileri ve sigara kullandıklarına ilişkin bilgiler tanımlayıcı istatistiklerle hesaplanmıştır. Araştırma verilerine ilişkin basıklık ve çarpıklık değerlerinin incelenmesi neticesinde verilerin normal dağıldığı tespit edilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde ki-kare testi, ikili grupların ölçümsel verilere ilişkin ortalamalarının farklılık analizinde t testi, ikiden fazla gruplu değişkenlerin ölçümsel verilere ilişkin ortalamalarının farklılık analizinde tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Ölçümsel verilerin birbirleri ile ilişkisi pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiş ve sonrasında çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analizler neticesinde "Sigarayı Bırakma Niyeti Ölçeği"nin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların daha önce bırakma denemesine, sigaraya başlama yaşlarına, günlük kullandıkları sigara miktarına, toplam sigara kullandıkları süreye, gelir düzeyine ve Covid-19 geçirme durumuna göre sigarayı bırakma niyetlerinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Sigarayı bırakma niyeti ile hem sağlık inancı hem de sağlık arama davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sigarayı bırakma niyeti ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki ise istatistiksel olarak anlamlı değildir. Gerçekleştirilen çoklu doğrusal regresyon analizine göre sigarayı bırakma niyeti varyansındaki değişimin %31'i sağlık arama davranışı ve sağlık inanç modeli değişkenleri tarafından açıklanmaktadır. Araştırma sonuçları doğrultusunda bir takım önerilere yer verilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık Arama Davranışı; Sağlık İnanç Modeli; Sağlık Okuryazarlığı; Sigarayı Bırakma Niyeti



## SUMMARY

REPUBLIC OF TURKEY  
SELÇUK UNIVERSITY  
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

### **Investigation of the Effect of Health Literacy, Health Belief, and Health Seeking Behavior on Intention to Quit Smoking**

**Sait SÖYLER**

**Department of Healthcare Management**

**PhD THESIS/KONYA-2022**

The aim of this study is to first develop the Intention to Quit Smoking Scale and then to examine the effect of health literacy, health belief and health seeking behavior on the intention to quit smoking in individuals who smoke. It is also aimed to examine the general information about smoking according to demographic information and to examine the intention to quit smoking according to demographic and general information about smoking. A questionnaire form was used as data collection tool in the research. In the first stage of the research, a total of 497 people were included in the development of the IQSS, and field research was started after the scale development. The study population of the research consists of smokers over the age of 15. In the research, convenience, purposeful and snowball sampling methods were used together. A total of 1042 people were contacted. As a result of removing the questionnaires that met the exclusion criteria from the study, a total of 925 participants were included in the study. Data analysis was carried out using SPSS and AMOS 20.0 package programs. In the research, first of all, analyzes were carried out for the validity and reliability of the "Intention to Quit Smoking Scale". Then, demographic information and smoking characteristics of the participants were calculated with descriptive statistics. As a result of examining the kurtosis and skewness values of the data, it was determined that the data were normally distributed. Chi-square test was used in the analysis of the relationships between categorical variables, t-test was used in the difference analysis of the means of the paired groups, and one-way analysis of variance was used in the difference analysis of the means of more than two groups regarding the measurement data. Relationships between continuous variables were evaluated with Pearson correlation analysis and then multiple linear regression analysis was performed. As a result of the analyses, it was determined that the "Intention to Quit Smoking Scale" is a valid and reliable scale. In addition, it was determined that there was a statistically significant difference in the intention to quit smoking according to the participants' previous attempts to quit, the age at which they started smoking, the amount of cigarettes they use daily, the total time they smoked, their income level and their Covid-19 status. It has been determined that there is a statistically significant relationship between the intention to quit smoking and both health belief and health seeking behavior. The relationship between the intention to quit smoking and health literacy is not statistically significant. According to the multiple linear regression analysis performed, 31% of the variation in the variance of intention to quit smoking is explained by the variables of health seeking behavior and health belief model. In line with the results of the research, some suggestions were made.

**Keywords:** Health Seeking Behavior; Health Belief Model; Health Literacy; Intention to Quit Smoking

## 1.GİRİŞ

Bireylerin ve toplumların sağlık statüsünü etkileyen çok sayıda etken vardır. Geniş bir çerçevede ele alındığında; yaşanan yer, çevre koşulları, genetik faktörler, gelir ve eğitim düzeyi, aile ve arkadaşlarla ilişkiler gibi faktörler sağlık statüsü üzerinde ciddi etkilere sahiptir. Bunların yanı sıra sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmeti kullanımı da bu noktada önem arz eden faktörler arasında yer almaktadır. Bireyler bu faktörlerin bir kısmını kontrol altına alabilirken, bir kısmı ise kontrol edilemeyen faktörler arasında yer almaktadır (WHO 2017).

Mullner (2009)'a göre sağlık statüsünün belirleyicileri birbirlerinden ayrı olarak düşünülmemesi gereken, birbirleri ile entegre çeşitli faktörlerden oluşmaktadır. Bu faktörler sağlığı çeşitli düzeylerde etkileyen bakteriler gibi mikro faktörlerden sosyo-ekonomik durum gibi makro faktörlere kadar uzanabilmektedir. Mullner (2009) bu faktörleri biyolojik belirleyiciler, çevresel belirleyiciler, sosyal belirleyiciler ve davranışsal belirleyiciler olarak sınıflandırmaktadır. Mikroorganizmaların birtakım hastalıklara neden olabildiği bilinmektedir. Bu hastalıkların bazılarına ilişkin tedaviler geliştirilmişken, yeni hastalıklar da ortaya çıkmaya devam etmektedir. Mikroorganizmaların yanı sıra biyolojik faktörler arasında önemli rol oynayan bir faktör de genetikdir (Mullner 2009). Öte yandan sağlığın sosyal belirleyicileri gelir ve sosyal koruma, eğitim düzeyi, işsizlik ve iş güvenliği, çalışma koşulları, gıda güvenliği; barınma, temel ihtiyaçlar ve çevre, erken çocukluk dönemi gelişimi, sosyal içerme ve ayrımcılıkla ilgili konular, uygun kalitede ve ekonomik olarak karşılanabilir sağlık hizmetlerine erişim gibi çok geniş çaplı faktörleri içermektedir. Bilinenin aksine, sosyal belirleyicilerin sağlık durumu üzerinde sağlık hizmetleri veya yaşam biçimi tercihlerinden daha yüksek derecede etkili olduğu ifade edilmektedir (WHO 2021a). Bu faktörlerin yanı sıra hava, su ve toprağın kalitesi de toplumun ve gelecek nesillerin sağlığı üzerinde etkili olmaktadır. Bu alanda yaşanan kirlenme ve kimyasallara uzun süreli maruziyet birçok hastalıkla ilişkilidir. Bu faktörler genel olarak çevre koşullarına atıfta bulunmaktadır (Mullner 2009). Sağlık statüsünü etkileyen davranışsal faktörler de bulunmaktadır. Bu davranışlar sağlık statüsünü veya ölüm oranlarını etkileyebilen, bireyler tarafından gerçekleştirilen eylemlerdir. Bu eylemler kasıtlı veya kasıtsız olarak gerçekleştirilebilmekte, sağlık durumunu iyileştirebilmekte veya kötüleştirebilmektedir. Sağlık davranışları olarak ifade

edilebilen bu eylemler sigara ve uyuşturucu madde kullanımı, beslenme, fiziksel aktivite, uyku, riskli cinsel davranışlar, sağlık arama davranışları, medikal tedaviye bağlı kalma vb. şeklinde ön plana çıkmaktadır. Bu davranışların hastalık riski ve sağlık durumu ile ilişkili olduğu uzun zamandır kabul edilmektedir (Short ve Mollborn 2015, Institute of Medicine 2001). Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) sigara ve alkol tüketimi, düzensiz beslenme ve fiziksel hareketsizlik gibi davranışların ölümler içerisinde %40'lık bir orandan sorumlu olduğu belirtilmekte, teorik olarak bu davranışlarda oluşturulan değişiklikler ile bu ölümlerin bir kısmının önlenilebileceği ifade edilmektedir (Mullner 2009).

Sigara kullanımı erken ölümlere sebep olan hastalıkların birçoğunda ve küresel çapta önlenilebilir ölüm nedenleri açısından en önemli risk faktörlerinden biri olarak öne çıkmaktadır (OECD/WHO 2020). Gerçekleştirilen bir araştırmada sigara kullanımının hem genel mortaliteyi hem de orta-ileri yaşa özgü mortaliteyi önemli ölçüde artırdığı tespit edilmiştir (Doll ve ark 2004). Sigara kullanıldığında esasında, sigaranın içeriğindeki çok sayıda toksik madde vücuda alınmaktadır ve bu maddelerin neredeyse tüm vücut üzerinde etkisinin olduğu bilinmektedir. Bunun yanı sıra, sigara kullanmayan bireylerin de pasif sigara dumanına maruz kalmaları neticesinde birçok sağlık problemi ile karşı karşıya kaldıkları ifade edilmektedir (Rodgman ve Perfetti 2013, Drope ve ark 2018).

Sigara kullanımı sağlık açısından en önde gelen riskli davranışlar arasında yer almaktadır. Sağlık statüsü üzerinde olumsuz etkisi olan bu davranışın önüne geçilebilmesi için küresel çapta mücadele verilmekte, bir takım önlemler alınmaktadır. Buna rağmen, sigara kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan ve önlenilebilir nitelikte olan hastalıklar nedeniyle insanlar ölmeye devam etmekte, hastalık yükü artmakta, hem bireysel düzeyde, hem aile düzeyinde hem de toplumsal ve küresel çapta büyük bir mali yük ortaya çıkmaktadır. Ayrıca sigaranın; sigaraya yapılan harcamalar nedeniyle yoksulluğun etkilerini artırdığı bilinmekte (Efroymsen ve ark 2001), aynı zamanda sigaranın sebep olduğu sağlık problemleri ve ölümler nedeniyle sağlık harcamalarının artmasına ve ekonomik bir yüke de yol açtığı ifade edilmektedir (Drope ve ark 2018). Bu nedenle sigara kullanımı davranışının değiştirilmesi ve insanların bu bağımlılıktan kurtulmalarına yardımcı olunması gerektiği yadsınamaz bir gerçektir.

Sigara, tütünün fabrikalarda çeşitli kimyasallar eklenerek ve paketlenerek üretildiği, yakılarak tüketilen (smoking) bir türüdür. Bu tez çalışması kapsamında tütünün fabrika üretimi olan sigara türüne odaklanılmıştır. Bu kapsamda çalışmanın genelinde sigara ve tütün kelimeleri aynı anlama gelecek şekilde kullanılmıştır. Çalışmanın örneklemini oluşturan bireyler tütünün ticari niteliği olan, fabrikada üretilen sigara formunu kullanan bireylerdir.

Gelişmiş ülkelerde sigara kullanımının, yirminci yüzyılın başlarında hızla arttıktan sonra, aynı yüzyılın sonlarına doğru sigara ile ilişkili problemlere kamuoyu ilgisinin ve farkındalığının artması ve bir takım sigara önleme uygulamalarının yürürlüğe konmasının ardından azaldığı ifade edilmektedir. Öte yandan aynı dönemde düşük ve orta gelirli ülkelerde sigara kullanımının artış göstermeye devam ettiği, dünya genelindeki sigara kullanımı nedeniyle ölümlerin büyük bir kısmının düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşandığı görülmektedir (WHO 2009, Öztoprak ve Günay 2013, Li 2018).

Dünya üzerinde bir milyardan fazla insan sigara kullanmaktadır. Sigara içen bireylerin çoğunluğu ise Hindistan, Çin, Endonezya gibi Asya ülkelerinde yaşamaktadır. Türkiye'nin de aralarında bulunduğu on ülkede sigara içen bireyler, toplam sigara içen nüfusun üçte ikisini oluşturmaktadır (WHO 2008).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tütün bağımlılığını bir "epidemi" olarak tanımlamaktadır. DSÖ'ye göre tütün, kullanıcılarının yarısını öldürmektedir. Her yıl 7 milyondan fazla insan direkt olarak tütün kullandığı için, 1,2 milyon insan ise kullanmamasına rağmen pasif içicilik nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Öte yandan tütün kullanımının ve tütün kullanımının neden olduğu hastalıkların ortaya çıkardığı maliyet hem sağlık sistemlerine hem de bireylere finansal yük getirmektedir. Bununla beraber beşeri sermayede de büyük kayıplar yaşanmaktadır (WHO 2020).

Türkiye 2008 yılında sigara tüketiminde Avrupa'da üçüncü ve dünya ülkeleri arasında yedinci sırada yer almıştır. Bu durum da ülkemizde sigara kullanımının ciddi bir problem olmaya devam ettiğini göstermiştir (Sağlık Bakanlığı 2008). Her ne kadar sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde çok sayıda adım atılmış ve DSÖ tarafından önerilen M-POWER politika paketindeki stratejiler başarıyla uygulanmış olsa da,

Ülkemizde tütün kullanımı yıllara göre dalgalanma göstermekte ve yaklaşık %25-30 seviyesinde gerçekleşmektedir (Sağlık Bakanlığı 2018).

19 Mayıs 2008 tarihinden itibaren uygulanan Tütün rnlerinin Zararlarının nlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun'da yapılan değişikliklerle beraber Türkiye'de sigarayla mücadele kapsamında, özellikle de pasif içiciliğin önlemesini hedefleyen tedbirler alınmıştır (Akdağ 2012).

Türkiye'de 2019-2023 yıllarını kapsayan Onbirinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da bağımlılıkla mücadele konusu yer almaktadır. Kalkınma planında yer alan *"Bağımlılıkla mücadele alanında yürütülen sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştırılacak, bu alandaki faaliyetlerin etkinliği periyodik olarak izlenecektir"* ifadesi ile sağlık hizmetlerinde bağımlılıkla mücadele konusundaki hizmetlere erişimin artırılması, bu alandaki uygulamaların da periyodik olarak değerlendirilmesi ve etkinliğinin izlenmesi uygulamalarının gerçekleştirileceği ifade edilmektedir (Kalkınma Planı 2019).

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği rgt-Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) lkeleri incelendiğinde Türkiye'nin en çok sigara kullanıcısına sahip ülkeler arasında yer aldığı görülmektedir. 2016 yılı itibariyle Türkiye'de 15 yaş ve üzeri bireylerde sigara kullanım oranı %26,5'tir. Türkiye'de tütün bağımlılığı ile mücadele çerçevesinde gerçekleştirilen çabalar neticesinde sigara kullanımı 2006 yılında %33,4 iken, 2012 yılında bu oran %23,8'e getirilebilmiştir. Ancak bu yılın ardından sigara kullanımında yeniden bir artış yaşandığı ve kullanım oranlarının dönemsel olarak dalgalandığı görülmektedir (OECD 2021a).

Görüldüğü gibi, sigara kullanımı ülkemizde alınan tedbirler ve gerçekleştirilen uygulamalara rağmen hala önemli bir problemdir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'yla beraber tütün ve sigara ile mücadele konusunda ciddi bir yol alınmış olsa da, henüz istenilen başarı sağlanamamıştır. Bu nedenle sigarayla mücadele kapsamında bireylerin sigarayı bırakmaya yönelik niyetini etkileyen faktörlerin incelenmesinin önem arz edebileceği düşünülmektedir. Bu faktörlerden bir tanesi de sağlık okuryazarlığıdır. Araştırma kapsamında bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin sigarayı bırakma niyetleri ile ilişkisi incelenmiştir. Sağlık okuryazarlığı bireylerin bilgiye erişimi, bilgileri anlama durumları, değer biçme ve uygulamaları olmak üzere

dört boyuttan oluşmaktadır. Bu çerçevede bireylerin sağlık okuryazarlıklarının sigarayı bırakma niyetleri ile ilişkili olabileceği öngörülmektedir. Öte yandan sigara bırakmaya yönelik sağlık inancı da modele eklenmiş ve sigara bırakmaya ilişkin algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan bariyerler ve eyleme geçiriciler alt boyutlarının sigarayı bırakma niyeti ile ilişkili olabileceği değerlendirilmiştir.

Sigara kullanıcıları tütünle ilişkili tehlikelerin farkında olduklarında sigarayı bırakmaya niyetlenmektedirler. Ancak sigara bırakmada profesyonel bir yardım almayan bireylerin sadece %4'ü sigarayı bırakmada başarılı olabilmektedirler. Profesyonel bir sigara bıraktırma yardımı alan bireylerin sigarayı bırakmada başarı şansı iki katına çıkmaktadır (WHO 2020). Bu noktada sigarayı bırakma niyeti ile sağlık arama davranışının da ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle modelde sigara kullanımında kişilerin sağlık inancına, sağlık okuryazarlıklarına ve sağlık arama davranışlarına birlikte yer verilmesi gereği ortaya çıkmıştır.

Sağlık arama davranışı bir sağlık sorununa sahip olduğunu düşünen bireylerin bu sorunlarına uygun bir çare bulmak amacıyla üstlendikleri eylemler olarak tanımlanabilir (Musinguzi ve ark 2018). Çeşitli farklı tanımları olsa da sağlık davranışı genel olarak bireylerin sağlıklarını korumak ve geliştirmek için gerçekleştirdikleri davranışlar bütünü olarak tanımlanmaktadır (Zaybak ve Fadiloğlu 2004, Şen ve ark 2017). Sigara kullanımı da bu anlamda potansiyel olarak sağlık sorunlarına yol açtığı bilinen bir davranıştır ve sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından kullanımının sonlandırılması önem arz etmektedir.

Sağlık davranışlarını açıklayan çok sayıda model bulunmaktadır. Bu modeller kişilerin sağlıkla ilgili davranışlarının ve bu davranışlarının ardında yatan dinamiklerin açıklanması çabaları neticesinde geliştirilmiştir (Önder 2014). Çeşitli araştırmalarda farklı modeller kullanılabilir. Ancak sağlık inanç modeli "sağlık davranışlarını etkileyen faktörleri, medikal davranışları ve semptom yönetimini anlamak için kullanılan en eski, belki de en çok kullanılan model" olarak ifade edilmektedir (Rohleder 2012). Bununla beraber halk sağlığı hemşireliği alanında yapılan doktora tezlerinde en çok kullanılan modelin sağlık inanç modeli olduğu tespit edilmiştir (Bahar ve ark 2020). Diğer bir araştırmada ise meme kanseri erken tanı davranışlarına ilişkin araştırmalarda en sık kullanılan modelin sağlık inanç modeli olduğu ifade

edilmektedir (Ersin ve Bahar 2012). Bir başka araştırmada güvenli cinsel davranışları açıklamak için de en sık kullanılan modelin sağlık inanç modeli olduğu belirtilmiştir (Cankardaş ve Tosun 2016).

Sağlık inanç modelinin zaman içerisinde kullanımı ve düzenlenmesiyle beraber alt boyutlarında; algılanan duyarlılık, algılanan ciddiye, algılanan yararlar, algılanan engeller, eyleme geçiriciler, öz-etkililik ve sağlık motivasyonu gibi boyutlar yer almaktadır (Ceylan 2017). Grldğu gibi sağlık problemlerinin nlenmesine yönelik olarak farklı alanlarda sağlık davranışlarının incelendiği araştırmalarda sağlık inanç modeli sıklıkla kullanılmış ve kullanılmaya devam edilmektedir.

Son dönemde dünya genelinde en önemli önlenebilir ölüm nedenlerinden biri olan sigara kullanımında da sağlık inanç modelinin tek başına veya diğer modellerle birlikte kullanılmaya başlandığı görülmektedir. Uluslararası literatürde sağlık inancı modelinin bu tür çalışmalarda kullanımı yaklaşık yarım yüzyıl öncesine kadar dayandırılabilir. Ülkemizde ise bu alandaki çalışmaların son dönemde yapıldığı görülmektedir. Ancak bu çalışmalar henüz çok yenidir ve bir kısmı metodolojik araştırmalardır. Bir araştırmada osteoporoz hastalığında sigara kullanımına ilişkin sağlık inanç modeli leği geliştirilmesi amaçlanmıştır (Kalkim ve ark 2018). Diğer bir araştırmada ise gebe kadınlarda sigara kullanımında sağlık inanç modeli aracılığı ile sağlık davranışları değerlendirilirken, sağlık inanç modelinin “sigara ieme gibi sağlıkla ilgili olumsuz davranışları önlemek ve değiştirmek amacıyla” kullanılması önerilmektedir (Tuncay Yılmaz ve ark 2019). Bu anlamda bu çalışmada sağlık inanç modeli, ülkemizde henüz yeni yeni kullanılmaya başlandığı bir alanda; sigarayı bırakma niyeti çerçevesinde kullanılmıştır.

Sağlık davranışlarıyla ilişkili olan bir diğer etken sağlık okuryazarlığıdır. Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk olarak 1974 yılında kullanılırken, DSÖ’ye göre sağlık okuryazarlığı sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, bireylerin sağlık bilgisine erişebilmesi, bilgiyi anlayabilmesi ve kullanabilmesine ilişkin beceriler olarak tanımlanmaktadır. DSÖ aynı zamanda düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin riskli sağlık davranışlarıyla, daha düşük sağlıkla, düşük öz kontrol ve artan sağlık harcamalarıyla ilişkili olduğunu belirtmektedir. Riskli sağlık davranışlarının en önemlilerinden bir tanesi de sigara kullanımınıdır (Kickbusch ve ark 2013).

Bu bağlamda bu araştırmanın gerçekleştirilmesi sigara kullanıcılarında sağlık inancı ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin tespit edilmesi ve bu değişkenlerin sigarayı bırakma niyeti ile ilişkisinin ortaya konması açısından önem arz etmektedir. Ayrıca sigara kullanıcılarının sağlık arama davranışlarının tespit edilmesi, sigara ile mücadelede oluşturulan hizmet ağından bireylerin maksimum düzeyde faydalanabilmesini olanaklı kılacaktır. Zira sigara kullanımı neticesinde bireylerde yüksek derecede nikotin bağımlılığı oluşabilmektedir ve bu durumda bireylere tıbbi destek sunulması sigarayı bırakma başarısı üzerinde önemli bir etkidir. Araştırmanın sonuçlarının; sigara kullanan bireylerin sağlık inançlarının, sağlık arama davranışlarının, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve sigarayı bırakma niyetlerinin anlaşılması ve sağlık inancı, sağlık okuryazarlığı ve sağlık arama davranışının sigarayı bırakma niyeti üzerindeki etkisinin ortaya konması açısından önem arz edeceği değerlendirilmektedir. Böylelikle tütün bağımlılığıyla mücadele noktasında geliştirilen politikaların desteklenmesi ve daha yüksek bir başarı yakalanmasının olanaklı olabileceği tahmin edilmektedir. Ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde sigara kullanan bireylerde sağlık inancı ve genel sağlık okuryazarlığını ölçerek sigarayı bırakma niyeti ile ilişkisini ölçen bir çalışmanın daha önce yapılmadığı görülmektedir. Bu açıdan araştırmanın özgün bir araştırma olma özelliği gösterdiği ve elde edilen sonuçların sigara kullanımıyla mücadele uygulamaları açısından kullanılabilir politikalar geliştirilmesine yardımcı olabileceği değerlendirilmektedir.

Bu araştırmanın birincil amacı sigara kullanan bireylerin sigarayı bırakmaya yönelik sağlık inançları, sağlık okuryazarlıkları ve sağlık arama davranışlarının sigarayı bırakma niyeti ile ilişkisinin belirlenmesidir. Literatürde sigarayı bırakma niyeti ile ilgili bir ölçek yer almadığından dolayı birincil amacın gerçekleştirilebilmesi için “Sigarayı Bırakma Niyeti Ölçeği (SBNÖ)”nin geliştirilmesi de amaçlanmıştır. Araştırma kapsamında ayrıca katılımcılara ilişkin bir takım genel bilgiler ile sigara kullanımlarına ilişkin genel özelliklerinin değerlendirilmesi; katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, sigaraya başlama yaşı, günlük olarak kullandıkları sigara miktarı, sigara kullandıkları toplam süre, ailede sigara kullanımının olup olmaması, daha önce sigarayı bırakma denemesi, kronik hastalık durumu, gelir durumu ve Covid-19 geçirme durumu değişkenleri ile sigarayı bırakma niyeti ilişkisinin incelenmesi de amaçlanmaktadır.



## 1.2.Bağımlılık

Bağımlılık konusu, üzerinde yıllardır çalışılan bir konu olagelmıştır. Özellikle bağımlılığın ahlaki bir zayıflıktan öte, bir sağlık sorunu olup olmadığı tartışılmakta olsa da, bağımlılığın “bireylerin beyinlerinde bir takım değişikliklere sebep olan bir hastalık” olduğu fikri üzerinde oldukça yol alınmıştır. Bu noktada bağımlılığa ilişkin damgalamaya yönelik düşüncelerin ortadan kaldırılması için daha çok çaba sarf edilmesi gerektiği açıktır. Zira bağımlılık ile mücadele bireylerin sadece çeşitli maddeleri kullanarak mutlu olma duygusuna karşı direnebilmesi olarak düşünülmemelidir. Burada madde kullanımına ilişkin olarak ortaya çıkan ödül-ceza sisteminin anlaşılması önem arz etmektedir. Madde kullanımı neticesinde ortaya çıkan mutluluk ödül sisteminin bir parçası iken, madde kullanılmadığında yaşanan tolere edilemeyecek kadar yüksek derecede stres ve mutsuzluk ise ceza sisteminin bir parçasıdır. Hatta çoğu zaman madde kullanımı bir ödülün ziyade, cezanın yani mutsuzluğun ve stresin azaltılması ve bir rahatlama sağlanması amacıyla gerçekleştirilmektedir. Bu nedenle madde kullanımı çoğu zaman beyinde gerçekleşen bu süreci bir denge içerisinde sürdürmek için devam ettirilmektedir. Bu durum, her aşaması bireylerin iradesine karşı bir meydan okuma olarak düşünülebilecek bir bilgisayar oyununa benzetilmektedir. Bireyin kontrolü zaman içerisinde azaltmakta, oyunda istemediği bir yönde ilerlemektedir. Böylece, bağımlı bireyler bilinçli olarak bağımlılık yapıcı maddeden uzak durmak isteseler bile, kendilerini sürekli bu isteğin tersine hareket ederken ve nüks (relapse) döngüsünün içerisinde bulmaktadırlar (National Institute on Drug Abuse 2016).

American Society of Addiction Medicine (ASAM) bağımlılığı; beyin, genetik, çevre ve bireyin yaşantısı arasındaki karmaşık etkileşimleri içeren tedavi edilebilir kronik bir hastalık olarak tanımlamaktadır. Bağımlı bireyler zararlı sonuçlarına rağmen bu maddeleri kullanır veya davranışlarını sürdürür. Bağımlılığın önlenmesi ve tedavi edilmesinde başarı olasılığı genellikle ancak diğer kronik hastalıklar kadardır (ASAM 2019). Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması El Kitabı'nın 11. Versiyonuna (International Classification of Diseases-11/ICD-11) göre madde kullanımına ve bağımlılık davranışlarına bağlı bozukluklar; “ilaçlar da dâhil olmak üzere ağırlıklı olarak psikoaktif maddelerin kullanımı veya belirli tekrarlayan

ödüllendirici ve pekiştirici davranışların bir sonucu olarak gelişen zihinsel ve davranışsal bozukluklar” olarak tanımlanmaktadır (ICD 2022a).

Bağımlılık yapan davranışlara bağlı bozukluklar ise; “bağımlılık yaratan maddelerin kullanımı dışındaki tekrarlayan ödüllendirici davranışların bir sonucu olarak gelişen, sıkıntı veya kişisel işlevlere müdahale ile ilişkili tanınabilir ve klinik olarak anlamlı sendromlardır. Bağımlılık yapan davranışlardan kaynaklanan bozukluklar, hem çevrimiçi hem de çevrimdışı davranışları içerebilen kumar oynama bozukluğunu ve oyun oynama bozukluğunu içerir” şeklinde tanımlanmaktadır (ICD 2022b).

Bir hastalık olarak ele alınan bağımlılık, bir takım karakteristik belirtileri olan ve tedavi edilmediği takdirde öngörülebilir bir prognozu olan, patolojik bir süreç olarak ifade edilmektedir. Bağımlılık hastalığının, beynin duygusal, bilişsel ve sosyal davranışları kontrol etmekten sorumlu alanlarını bozduğu bilinmektedir. Bu tıbbi bağımlılık modelinin kabul edilmesi, bağımlılık tıbbi alanının, genetik ve çevresel faktörlerden etkilenen diğer kronik hastalıklar gibi görülmesine olanak sağlamıştır. Bugün artık bağımlılık tıbbi, bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmektedir (Smith 2012). Bu noktada bağımlılık türlerine ve günümüze kadar geçen süreçte bağımlılığa ilişkin yaklaşımlara ve modellere yer verilmesi, bağımlılık konusunun daha iyi anlaşılması açısından önem arz etmektedir.

### **1.2.1.Bağımlılık Türleri**

Bağımlılık bozuklukları iki genel sınıflandırmaya ayrılabilir. Bunlardan ilki madde kullanımı ile ilgili olan ve alkol, uyuşturucu madde, tütün vb. maddelerin kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan bağımlılıklardır. İkinci grupta ise madde kullanımına ilişkin olmayan ya da davranışsal olarak isimlendirilen bağımlılıklar yer almaktadır. Bu gruptaki bağımlılıklar ise patolojik kumar bağımlılığı, çalma hastalığı (kleptomani), yangın çıkarma hastalığı (piromani), alışveriş bağımlılığı, kompulsif cinsel davranışlar, kompulsif egzersiz, işkoliklik, internet bağımlılığı vb. bağımlılıklar olarak ifade edilebilmektedir (Sadoff ve ark 2015).

## **Madde bağımlılığı**

Madde kullanım bozuklukları yasal ve yasal olmayan maddelerin kötüye kullanılmasını da içeren farklı durumları kapsamaktadır. Madde kötüye kullanımı bir maddenin, ortaya çıkardığı olumsuz etkilere rağmen, sürekli ve uygun olmayan şekilde 12 aydan daha uzun süre kullanımı olarak tanımlanmaktadır. Bağımlılık ise kötüye kullanılan maddeye kompulsif ve uygunsuz şekilde bağlı olunması (dependence) olarak ifade edilmektedir. Burada ifade edilen terimlerin uygun olmayan şekillerde kullanılabilirdiği bilinmektedir. Bu nedenle psikolojik ve fiziksel bağımlılık (dependence) kavramlarının da kısaca açıklanması gerekmektedir. Fiziksel bağımlılık, fiziksel tolerans durumu olarak ifade edilmektedir. Bu da aynı düzeyde haz alabilmek için gittikçe daha fazla dozlarda madde kullanımına ihtiyaç duyulması ya da aynı doz madde kullanımının gittikçe daha az haz vermesi olarak ifade edilebilir. Bu kapsamda madde kullanımının aniden bırakılmasıyla ortaya çıkabilen çekilme belirtileri de yer almaktadır. Psikolojik bağımlılık ise maddeye duyulan isteğin duygusal ve davranışsal semptomlarını içermektedir. Burada kompulsif madde-arama (drug-seeking), biriktirme ve maddeleri sadece duygusal ve mental olarak haz duymak (öfori-euphoria) için kullanma gibi durumlar değerlendirilebilmektedir. Sonuç olarak genel anlamda madde bağımlılığı, sürekli madde kötüye kullanımı, kompulsif kullanım davranışları, tolerans gelişimi ve kesilme ile birlikte ortaya çıkan yoksunluk belirtileri olarak tanımlanmaktadır. Kötüye kullanılan madde sayısı çok fazladır ve liste sürekli olarak büyümektedir. Alkol, reçeteli ilaçlar, opiyatlar, esrar, kokain, halüsinojenler, ecstasy, inhalanlar, amfetaminler ve fensiklidin bu kapsamda değerlendirilmektedir. Nikotin de genellikle listeye dahil edilirken, kafein genellikle bu listenin dışında tutulmaktadır (Eagle 2012).

Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM)'ne göre madde bağımlılığı vücudun fonksiyonlarında bir takım olumsuzluklara sebep olabilen maddelerin kullanılması ve madde kullanımından zarar görüldüğü halde bu maddelerin kullanımının sonlandırılmaması olarak tanımlanmaktadır. Madde bağımlısı kişiler ilgili maddeyi kullanmadıklarında yoksunluk belirtileri yaşamakta, zamanla maddeyi daha sık ve daha yüksek dozlarda kullanmaktadırlar (YEDAM 2021).

Madde bağımlılığının çok çeşitli tanımları olsa da, bağımlı kişilere özgü faktörlerle ilgili olarak genel bir fikir birliğine varıldığı ifade edilmektedir. Tanımlar

tipik olarak takıntılı bir madde arama eylemini, alınan madde miktarında zamanla artışı ve maddenin bırakılması nedeniyle oluşan olumsuz duygu durumunu içermektedir (Mead 2010).

Madde bağımlılığı ya da başka bir ifade ile madde kullanım bozukluğu, bireylerin beyinlerini ve davranışlarını etkileyen ve yasal veya yasadışı bir uyuşturucu veya ilacın kullanımının kontrol edilememesine yol açan bir hastalıktır. Madde bağımlılığı bir maddenin sosyal ortamlarda eğlence amacıyla denemesi ile başlayabilmektedir ve bazı insanlar için daha sık kullanım söz konusu olmaktadır. Diğer bazı kişilerde ise özellikle opioid kullanımında madde bağımlılığı, reçeteli ilaçlara maruz kalmakla veya ilacı reçete eden bir arkadaş veya akrabadan ilaç almakla başlayabilmektedir. Bağımlılık riski ve ne kadar hızlı bağımlı hale gelinebileceği kullanılan maddeye göre değişebilmektedir. Opioid ağrı kesiciler gibi bazı ilaçlar diğerlerinden daha yüksek risk taşımakta ve bağımlılığa daha çabuk neden olmaktadır (Mayo Clinic 2017).

Madde bağımlılığının semptomları çoğunlukla kullanılan maddeye, kullanım süresine ve kullanım sürecinde ortaya çıkan tolerans düzeyine bağlı olarak değişebilmektedir. Bu noktada ortaya çıkan belirtiler fiziksel, davranışsal ya da psikolojik belirtiler olarak sınıflandırılabilir. Bu noktada bağımlıların yemek yemek ya da yürümek gibi basit işlevleri gerçekleştirmede dahi problemlerle karşılaşmalarına neden olabilecek motor işlevlerinde bozukluklar ortaya çıkabilmektedir. Deri üzerinde madde kullanımı nedeniyle ortaya çıkan iğne izleri, çürükler, döküntü ve kabuklanma gibi belirtiler; aşırı terleme veya kötü beslenme ile ilgili olabilecek kötü görüntüler de ortaya çıkabilmektedir. Söz konusu davranışlar olduğunda, gözlemlenen davranışların önceki davranış şekilleri ile karşılaştırılması önem arz etmektedir. Bu davranışlarda değişiklik, madde kullanımı noktasında ipucu verebilir. Davranış değişikliği mevcutsa; demans, delirium, metabolik ya da psikiyatrik bozuklukların göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Psikolojik semptomlar arasında reddetme (denial) ve rasyonalizasyon madde kullanıcılarında gözlemlenebilen en yaygın savunma mekanizmalarıdır (DeWit ve ark 2017). Bağımlılığa işaret eden belirti ve semptomlar arasında maddeye ilişkin tolerans, maddeyi aramak ve kullanmak için harcanan zamanın artması; bozulan kişisel ilişkiler, işe devamsızlık, işin kaybedilmesi, trafikte sürüş bozukluğu ile ilgili problemler, maddeye bağlı hastalık ve yaralanmalar gibi

olumsuz durumlara rağmen maddenin kullanılmaya devam edilmesi gibi durumlar yer almaktadır (Eagle 2012). Tabii burada birçok farklı maddenin ortaya çıkarabildiği zehirlenme gibi durumlarda farklı belirtilerin ortaya çıkabileceğini de ifade etmek gerekmektedir. Madde bağımlılığında ortaya çıkan semptomların genel bir çerçevesi Tablo 1.1’de yer almaktadır.

Tablo 1.1. Madde bağımlılığında ortaya çıkabilen semptomlar.

#### Davranışsal Semptomlar

- Direkt göz temasının çok az olması ya da hiç olmaması
- Bozulmuş ya da azalmış bilinç düzeyi
- Konuşma bozukluğu
- Tutsuz ya da yüksek sesle konuşma
- Ruh hali değişiklikleri
- Paranoid düşünceler
- Sanrı, halüsinasyonlar veya yanılsamalar

#### Fiziksel Semptomlar

- Kan basıncı, nabız ve solunumun artması ya da azalması
- Koordinasyonun bozulması
- Dengenin bozulması
- Göz bebeğinin büyümesi ya da küçülmesi
- Aşırı düzenlilik ya da aşırı dağınıklık

#### Psikolojik Semptomlar

- Reddetme (denial)
- Rasyonalizasyon

Kaynak: DeWit ve ark 2017

Bağımlılıkların teşhisinde, kullanılan maddenin 12 aydan daha uzun sürede tekrarlayan ve sürekli kullanımın mevcut olması, birçok yaşamsal gerekliliğin karşılanmasında güçlükler, olumuz etkilere rağmen kullanımın devam etmesi gibi kriterler yer almaktadır. Burada depresyon ve kronik ağrı gibi altta yatan sebeplerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Zira böyle durumlarda hastalar maddenin verdiği haz/öfori hissinden ziyade, rahatsızlıklarını gidermek için madde kullanımına başvurabilmektedir. Bu kriterler ile gerçekleştirilen teşhisin ardından tedavi sürecinde çeşitli yaklaşımlar benimsenmektedir. Bazen hastanede yatışla beraber detoksifikasyon terapileri, psikoterapi, davranış terapisi vb. yöntemler bir arada kullanılabilir. Bu yaklaşımlar bireylerin ihtiyaçlarına ve madde kullanım özelliklerine göre uyarlanmalıdır. Uygun tedavi ile beraber madde bağımlılıklarından kurtulmak mümkündür. Relapsın yoğun olarak gerçekleştiği madde bağımlılıklarında dahi, relapsın ardından tekrar iyileşme durumuna geçiş sağlanabilmektedir (Eagle 2012).

## Davranışsal bağımlılıklar

Tarihsel olarak davranışsal bağımlılıklar ve bu bağımlılıklara yönelik tedaviler hem toplumlar hem de sağlık profesyonelleri tarafından göz ardı edilmiş, genellikle ilgi madde bağımlılıkları üzerine yoğunlaşmıştır (Sun ve ark 2012). Tarihte uzun zamanlar boyunca bağımlılık kavramı alkol ya da başka bir maddenin kullanımı üzerinde kontrolün kaybedilmesi şeklinde açıklanmıştır. Ancak bilimdeki ilerlemeler ve deneysel araştırmalar neticesinde bağımlılığın sadece psikoaktif maddelerin kullanılmasıyla değil, bu maddelerin kullanılmadığı durumlarda da ortaya çıkabileceği ortaya konulmuştur. Bu kapsamda birçok kurum ve kuruluşun bağımlılık tanımlarında davranışsal bağımlılıklara da yer vermeye başlanmıştır (Giordano 2022). Davranışsal bağımlılıklar ICD-11’de de kendisine yer bulmuştur. Buna göre, yukarıda da yer verilen tanımda “ilaçlar da dâhil olmak üzere ağırlıklı olarak psikoaktif maddelerin kullanımı veya belirli tekrarlayan ödüllendirici ve pekiştirici davranışların bir sonucu olarak gelişen zihinsel ve davranışsal bozukluklar” şeklinde hem madde bağımlılıklarına hem de davranışsal bağımlılıklara yer verilmiştir (ICD 2022a).

Araştırmalar ve klinik deneyimler ekstrem şekilde gerçekleştirilen davranışların, aktivitenin doğasından bağımsız olarak, önemli problemlere yol açabildiğini ortaya koymuştur. Bireylerin internet kullanımı, alışveriş yapması ya da bilgisayar oyunları oynaması gibi davranışları olağan durumlardır. Ancak bu davranışların aşırı, tekrarlayıcı ve problematik olarak gerçekleştirilmesi sonucunda madde bağımlılığına benzer durumlar ortaya çıkabilmektedir. Bu benzerlikler fenomenolojik olarak (aşırma, tolerans ve geri çekilme), doğal öykü açısından (başlangıç, kroniklik ve tekrarlayan seyir), komorbidite açısından, genetik örtüşme ve nörobiyolojik mekanizmalar ile tedaviye yanıt açısından mevcut olabilmektedir. Bu davranışların sıklığı ve süresi arttıkça psikolojik sıkıntıya ve hatta bazen fiziksel bozulmaya yol açabileceği gibi sosyal, finansal ve mesleki işlevselliğin azalmasına da neden olabilmektedir (Grant ve ark 2010, Petry 2016).

Çeşitli problemlerli davranışların, davranışsal bağımlılığa yol açabileceği ifade edilmektedir. Davranışsal bağımlılıklar; kumar bağımlılığı, online oyun bağımlılığı, internet bağımlılığı, problemlerli mesajlaşma ve mail kullanımı, kleptomani olarak ifade edilen çalma bağımlılığı, bronzlaşma bağımlılığı, iş bağımlılığı, sosyal ağ (social networking) bağımlılığı, yeme bağımlılığı, seks bağımlılığı, pornografi ve siber-seks

bağımlılıkları, intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme (non-suicidal self-injury), aşk bağımlılığı, kompulsif alışveriş bağımlılığı, egzersiz bağımlılığı gibi çok geniş bir yelpazede değerlendirilebilmektedir. Doğal olarak, her bir bağımlılık için teşhiste kullanılan kriterler ve tedavi yaklaşımları ilgili bağımlılığa özgü olmaktadır (Rosenberg ve Feder 2014, Ascher ve Levounis 2015, Giordano 2022). Ancak davranışsal bağımlılığa ilişkin genel semptomlar; davranışı sürekli olarak gerçekleştirme ihtiyacı, davranışı planlanandan daha uzun süre ve daha sık gerçekleştirmek, zamanın çoğunu ilgili davranışı gerçekleştirmek için harcamak; davranışı kontrol altına alma, bırakma ya da azaltma yönünde başarısız girişimler; iş ve aile yaşantısı ile akademik başarının olumsuz etkilenmesi, aynı etkiyi sağlamak için davranışın sıklığını ve miktarın artırmak, davranış gerçekleştirilmediğinde kişinin gergin, huzursuz ve sıkıntılı hissetmesi olarak belirtilmektedir (Şenel 2020).

Davranışsal bağımlılıklar, madde bağımlılıklarında da kullanılan farmakolojik ve psiko-sosyal tedavilere olumlu yanıt verebilmektedir. Madde bağımlılıklarında kullanılan birçok yöntemin davranışsal bağımlılıkların tedavisinde de başarıyla kullanıldığı ifade edilmektedir (Grant ve ark 2010).

Günümüzde hem madde bağımlılıkları hem de davranışsal bağımlılıklar halk sağlığını oldukça yüksek düzeyde tehdit etmektedir. Hem madde bağımlılıkları hem de madde kullanımına bağlı olmayan bağımlılıklar bireysel düzeyde sağlıklı olma halini olumsuz etkilemekte, bireyleri günlük yaşamın gerekliliklerini karşılayamaz hale getirmekte, iş ve aile yaşamında problemlere neden olmaktadır. Bağımlılıklar bireylerin iradesini köreltmekte, muhakeme yeteneğini bozabilmekte ve çeşitli suçlara bulaşılmasına sebep olabilmektedir. Maddi kazanç sağlanan çalışma yaşamının sürdürülmesini olanaksız hale getirmekte ve ekonomik kayıplara sebep olabilmekte, bağımlılığa bağlı olarak ortaya çıkan sağlık sorunları nedeniyle yüksek sağlık harcamalarına yol açabilmektedir. Daha geniş düzeyde ise suçların artması ile toplum bundan zarar görebilmektedir. Ayrıca sağlıklı ve yetişmiş insangücünün işgücü sahasından çekilmesiyle beraber ekonomik refah kaybı yaşanabilmektedir. Bağımlılıkla mücadele konusunda çeşitli çabaların ve maddi kaynakların sarf edilmesine sebep olabilmekte, bu anlamda farklı alanlara yöneltilebilecek kaynakların israf edilmesine yol açabilmektedir. Dolayısıyla bağımlılıklar çeşitli sektörlerin, işbirliği içerisinde mücadele etmesi gereken, hem bireysel hem de toplumsal ölçüde

çeşitli problemlere sebep olabilen sağlık sorunları olarak ifade edilebilir. Bu nedenle hem madde bağımlılıklarının hem de madde dışı bağımlılıkların ele alınması ve önlenmesinde çaba gösterilmesi önem arz etmektedir.

### **1.2.2.Bağımlılık Konusuna Yaklaşımlar**

Son yüzyılda bağımlılığa ilişkin yaklaşımlar temelde iki farklı açıdan ele alınmış ve kutuplaştırılmıştır. İlk modelde bağımlılık, bağımlıların sorumlu tutulduğu ve buna göre yargılandığı ahlaki bir başarısızlık olarak öne çıkmaktadır. İkinci model olan hastalık modelinde ise bağımlılık, bireylerin kronik madde kullanımına yanıt olarak ortaya çıkan, bağımlıların üzerinde seçim şanslarının ve kontrollerinin olmadığı bir beyin hastalığı olarak görülmektedir (Pickard ve ark 2015). Ahlaki model bireylerin bağımlılığa yakalanmasında, değişim arayışında veya değişim arayışının başarısızlığa uğramasında kendilerinin sorumlu olduğunu iddia etmektedir. Bu yaklaşıma göre değişimin başarısız olması veya bağımlı olunan maddeye tekrar başlama (relapse) durumu iradenin zayıf olmasından kaynaklanmaktadır. Burada örtük olarak, bağımlı bireylerin istedikleri veya gerekli ahlak yapısına sahip oldukları takdirde problemlerinin üstesinden gelmek için yeterli kapasiteye sahip oldukları kabul edilmektedir. Ancak bu bakış açısı genellikle kurbanın suçlanması mentalitesini yansıtmaktadır. Ahlaki modelin aksine hastalık modeli; bağımlılığın bireyin genetik veya fizyolojik durumundan kaynaklanan, altta yatan bir hastalık süreci ile ilişkili olduğunu savunmaktadır. Madde kullanımının tamamen sonlandırılması başarılmazsa, çekilen ıstırapın ilerleyici olduğu ifade edilmektedir. Nasıl ki bir diyabet hastası şeker yeme isteğine karşı bir direnç göstermek zorundaysa, bağımlı bireyin de tüm bağımlılık yapıcı maddelere karşı direnç göstermesi gerekmektedir (Dimeff ve ark 1999). Görüldüğü gibi, bağımlılık konusunda, bağımlılığa yakalanma ve bağımlılıktan kurtulma noktasında sorumluluğun kimde olduğuna ilişkin öne sürülen düşünceler, bağımlılık yaklaşımlarını şekillendirmektedir. Bu yaklaşımlar ise toplumun bağımlılığa ve bağımlı bireye bakış açısını ve tedavi sürecini etkilemektedir. Bu nedenle burada bağımlılık yaklaşımlarının temel olarak ele alınması önem arz etmektedir.



## Bağımlılık modelleri

Brickman ve ark (1982) tarafından ileri sürülen dört model, bağımlılığa yakalanma ve çözüm noktasında sorumluluğun kime ait olduğuna ilişkin bakış açılarına göre farklı yaklaşımlar içermesi nedeniyle bağımlılık yaklaşımlarının açıklanmasında önem arz eden bir model olagelmıştır. Bu modeller, bağımlılığa yakalanma ve çözüm noktasında sorumlulukların kime ait olduğuna yönelik farklı bakış açılarını olanaklı kılmaktadır. Burada yer alan ahlaki (moral) model, bağımlılığa yakalanan bireylerin hem bağımlılığa yakalanmalarında hem de bunun çözümünde sorumlu olduğunu savunmaktadır. Bu modele göre bağımlı bireyler ahlaki olarak zayıf, iradesi güçsüz olan bireylerdir ve bağımlılıktan kurtulmak da kendilerine bağlıdır. Literatürde bu modeli savunan az sayıda çalışma vardır. Aydınlanma (enlightenment) modeli ise insanların problemi daha yüksek bir güce aktararak çözmesini gerekli kılan bir modeldir. Sadece daha yüksek bir güç bağımlılık problemini tedavi edebilir. Bu nedenle kişinin daha yüksek bir ruhsal varlık ile ilişki kurması ve bu ruhsal varlığın problemi çözmesi gerekmektedir (Skewes ve Gonzales 2013). Bu anlamda aydınlanma modeli, problemin sorumlusu olarak bağımlı kişiyi görmekteyse de, kişinin problemin çözümü için daha yüksek bir güce başvurması gerektiğini öne sürmekte, bireyden salt bir irade gücüyle problemi çözmesini beklememektedir.

Medikal hastalık modeli, problemdeki suçu bağımlı kişiye yükleyen ahlaki model ve aydınlanma modeline karşılık olarak geliştirilmiştir. Bu modelde bağımlı kişi ne bağımlılığın gelişmesinden ne de çözümünden sorumludur. Medikal hastalık modeli bağımlılık için biyolojik/genetik bir yatkınlığın olduğunu savunmaktadır ve bunu ilerleyici bir hastalık olarak görmektedir. Ancak bu modelin açıklayamadığı konu, bazı bağımlıların tıbbi bir tedavi olmadan iyileşmesidir (Skewes ve Gonzales 2013). Hastalık modeli bağımlılık davranışlarının kavramsallaştırılmasına yönelik ilk modern model olarak ön plana çıkmaktadır. Zira ampirik olarak ileri sürülen ilk modeldir (Blume ve ark 2013). Hastalık modeli bağımlılığı belirli semptomları ve seyri olan, tedavi gerektiren fizyolojik bir hastalık olarak görmektedir. Zira hastalık modeli bağımlılığı bir hastalık olarak görürken, bu modelin savunucuları bağımlılık süreci ve tedaviyi tanımlamak için tıbbi terminolojiyi kullanmaktadırlar. Sağlık hizmetlerinin provizyonunda terminolojik olarak terapi (therapy) yerine tedavi (treatment) kelimesi

kullanılmakta, çare arayan bireyler müşteri olarak değil, hasta olarak tanımlanmaktadır. Hastalığın ciddiyeti genellikle tolerans ve çekilme belirtileri olarak bilinen fizyolojik belirtilerin ilerlemesi ile belirlenmektedir. Ayrıca bağımlılıkta madde kullanımına ilişkin aşırı istek ve kontrol kaybı da önem arz eden konular olmaktadır. Bağımlılık araştırmalarının ve tedavilerinin gelişmesinde hastalık modelinin önemli katkıları olmuştur. Öncelikle bu modelin benimsenmesi ile beraber bireylere şefkatli bir sağlık bakımı sunulması ve tedavi hizmetlerine erişimin geliştirilmesi mümkün olmuştur. Dahası, bağımlılıkla ilgili biyolojik sürecin anlaşılmasını olanaklı kılmıştır. Ayrıca bu modelle beraber iyileşme sürecindeki bireylerin yaşam kalitesinin artırılması sağlanmıştır (Blume ve ark 2013).

Bağımlılığa ilişkin hastalık modeli genel halkın, politika yapımcıların ve fikir önderlerinin bağımlıları suçlayıcı ve damgalayıcı görüşlerden uzaklaştırılması için tek yol olarak görülmektedir. Diğer bir deyişle, hastalık modelinin reddedilmesinin; bağımlılığın, bağımlılar açısından ahlaki bir başarısızlığı ifade ettiği fikrine inanmak ve bu fikri teşvik etmekle eşdeğer olduğu düşünülmektedir (Heather 2017). Öte yandan bu konudaki en faydalı düşüncenin bağımlı bireyleri içerisinde buldukları sosyal pozisyonun mağdurları olarak görmek olduğu ileri sürülmektedir. Ancak daha yaygın görüş ise bağımlıların zayıf veya kötü insanlar oldukları, ahlaki bir yaşam tarzı sürdürme isteğinden yoksun oldukları görüşüdür. Bu görüş ile bağımlılığın bir hastalık olduğu görüşü arasındaki uçurum çok büyüktür ve bağımlılığa ahlaki görüşün bakış açısından yaklaşan bir kısım insan bağımlıların tedaviyi hak etmediklerini dahi öne sürmektedirler (Leshner 1997). Bununla beraber mevcut çalışmalar bu çıkarımı desteklememekte, hastalık modelinin bu damgalama konusunun önüne geçtiği iddiasına ilişkin yeterli kanıt sağlamamaktadır. Zira altta yatan biyolojik problemlerden kaynaklanan davranışsal anormalliklere sahip bireyler, ortalama bir insan tarafından öngörülemez ve tehlikeli olarak görülebilmektedir (Heather 2017). Bağımlılığın bir hastalık, bir beyin hastalığı olduğuna ilişkin görüşlerin karşısında yer alan taraflar, bir maddeyi denemenin, daha sonra tekrar ulaşım maddeyi almanın bir tercih olduğunu, bu tercihi yapmayan kişinin hasta olmayacağını, bu nedenle bağımlılığın bir beyin hastalığı değil, bir tercih olduğunu ifade etmektedirler. Dolayısıyla bu durumda bağımlılığın bir seçim bozukluğu modeli olarak ifade edilmesi mümkün olabilmektedir (Heather 2017).

Hastalık modeli beyin ile bağımlılık davranışları arasındaki ilişkileri ortaya koyarak önemli biyomedikal araştırma kazanımları elde edilmesini sağlamıştır. Öte yandan modelin bazı savunucuları, bağımlılığın biyolojik yönüne aşırı odaklanıp psikolojik, sosyal ve çevresel faktörleri göz ardı etmiştir (Blume ve ark 2013).

Telafi edici (compensatory) model ise bireylerin bağımlılık problemine yakalanmalarında sorumlu olmadığını, ancak tedavi konusunda sorumlulukları olduğunu ileri sürmektedir. Burada bireylerin bağımlılığa yakalanmasında biyolojik yatkınlık, erken dönem tecrübeleri, sosyal ve kültürel değişkenler dâhil, birçok faktörün rol oynadığı ve madde kullanımının devam ettirilmesinin bir stresten kaçış yöntemi olarak görüldüğü ifade edilmektedir. Bu model biyopsikososyal model ile oldukça benzeşmektedir. (Skewes ve Gonzales 2013).

Bağımlılıkta biyopsikososyal modele göre biyolojik/genetik faktörler, psikolojik faktörler ve sosyokültürel faktörler madde kullanımına katkıda bulunmaktadır ve önleme ile tedavi çabalarında bu faktörlerin tamamının göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bu model yıllar boyunca bağımlılık çalışmaları alanını domine eden biyomedikal modele bir eleştiri olarak ortaya çıkmıştır. Geleneksel biyomedikal model, tıp alanındaki uzman bilim insanları tarafından ortaya atılmıştır ve buna göre bağımlılık, genetik veya biyolojik bir sebebe bağlı olarak ortaya çıkan ve sürekli tekrarlayan bir beyin hastalığı olarak görülmektedir. Biyomedikal ya da hastalık (disease) modeli bağımlılığı, bağımlı bireyde ortaya çıkan ve biyokimyasal ya da nörofizyolojik olarak ölçülebilen bir rahatsızlık olarak görmektedir. Çağdaş medikal hastalık modelleri; bağımlılığın sosyal, psikolojik ve davranışsal boyutlarını kabul etmektedirler. Ancak bu faktörler bağımlılık etiolojisinde ve tedavi süreçlerinde nispeten daha az önemli olarak görülmektedir. Bu modelde beden ve zihnin birbirinden ayrı olduğu ve birbirlerini etkilemediği düşünülmektedir. Ancak sonraki araştırmacılar, bağımlılık çalışmalarında biyomedikal modelin eksik kaldığını, biyolojik/genetik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlere eşit önem veren biyopsikososyal modelin daha geçerli olduğunu ortaya koymuştur (Skewes ve Gonzales 2013).

Görüldüğü gibi literatürde bağımlılık ile ilgili olarak bağımlılığa yakalanma ve tedavi açısından sorumluluğun kimde olduğu, bağımlılığın ahlaki bir zayıflık mı yoksa bir beyin hastalığı mı olduğu, bunun ötesinde bağımlılığın bir seçim yapabilme

bozukluğu olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceği tartışılmaktadır. Bu tartışmaların içerisinde bağımlılığın biyolojik altyapısı olan bir beyin hastalığı olduğu, bir seçim yapabilme bozukluğu olduğu veya bir ahlaki zayıflık olduğuna ilişkin farklı görüşler vardır. Örneğin Heyman (2013), bağımlılıktan kurtulma noktasında, bağımlılığın bir hastalıktan ziyade bir seçim olarak kabul edilmesinin daha etkili olduğunu öne sürerek bağımlılığı bireyin seçimleri ile açıklamaktadır. Satel ve Lilienfeld (2014) de benzer şekilde bağımlı bireylerin bağımlılık yapıcı maddeleri bir takım gerekçelerle kullanmayı tercih ettiklerini ifade etmektedir. Henden ve ark (2013) ise bağımlılığın çeşitli koşullarda hem tercihe bağlı hem de zorlanmaya (compulsion) bağlı olarak açıklanabileceğini öne sürmektedir.

Bağımlılığa ilişkin olarak literatürde çok sayıda farklı yaklaşım yer almaktadır. Bu yaklaşımlar bağımlılık konusu ile ilgili farklı değerlendirmeler içermektedir. Bununla beraber, bu değerlendirmeler temelde bağımlılığın bir zorlanılmış (compelled) veya seçilmiş davranış olup olmadığına, diğer bir deyişle hastalık-seçim modellerine atıfta bulunmaktadır. Öte yandan, bu iki taraflı yaklaşıma karşı çıkan ve bağımlılığı bir seçim ya da hastalık olarak keskin çizgilerle ayırmaktan ziyade bir süreç bozukluğu ya da süreç hastalığı (process disease) olarak ifade eden görüşler de vardır (Russel ve ark 2011). Bu görüşlerin farklılaşmasının ve tartışmaların yoğunlaşmasının bağımlılık olayının daha iyi anlaşılması, farklı açılardan değerlendirilmesi, bireysel ve toplumsal düzeyde damgalama ile mücadele edilmesi, sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması gibi konular açısından büyük bir önem arz ettiği açıktır. Bu noktada bağımlılık yaklaşım ve modellerinin irdelenmesinin ardından, bağımlılık konusundaki risk faktörlerine de yer verilmesinin temel bir çerçeve oluşturması açısından önemli olduğu değerlendirilmektedir.

### **1.2.3.Bağımlılıkta Risk Faktörleri**

Skewes ve Gonzales (2013) bağımlılığın gelişmesinde etkili olan faktörleri biyolojik faktörler ve psikososyal faktörler olarak sınıflandırmıştır. Burada, biyolojik faktörlerin genetik ile alakalı konulardan oluştuğu belirtilmektedir. Ailesinde alkol bağımlılığı olan çocukların alkol bağımlısı olma riskinin, ailesinde alkol bağımlılığı olmayan çocuklardan birkaç kat daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Dahası, alkol bağımlılığı olan bireylerin %30,8'inin ebeveynlerinden en az birinde alkol bağımlılığı problemi olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca gerçekleştirilen araştırmalarda alkol

bağımlısı bireylerin çocuklarının alkolün negatif etkilerini daha az hissettikleri, bu nedenle de daha yüksek miktarda alkol tükettikleri belirlenmiştir. Alkol bağımlısı bireylerin daha sonra alkol bağımlısı haline gelen çocuklarında, alkol bağımlısı olmayan bireylerin alkol bağımlısı çocuklarına göre daha kötü bir prognoz tespit edilmiştir. Bununla beraber, genetik yatkınlığı olan bireylerin bağımlılığa yakalanması için bağımlılık yapıcı maddeleri kullanmaları gerektiği de açıktır (Skewes ve Gonzales 2013).

Terzi ve Ayaz Alkaya (2017)'ya göre bağımlılığa sebep olan faktörler; genetik yatkınlık, psikolojik faktörler ve çevresel faktörlerdir. Psikolojik faktörler arasında stres, depresyon, kaygı bozukluğu, yeme bozuklukları ve diğer mental hastalıklar yer almakta; çevresel faktörler ise çeşitli travmalar, aile veya akran çevresinde bağımlılık olması durumu, bağımlılık yapıcı maddeye maruz kalma ve popüler kültürün madde kullanımını teşvik etmesi gibi unsurlardan oluşmaktadır.

Psikososyal faktörlerin de bağımlılıkta birer risk faktörü olduğu bilinmektedir. Bunlar arasında psikolojik ve psikiyatrik problemler başı çekmektedir. Bu çerçevede çocukluk çağındaki antisosyal kişilik bozukluğu veya istismar gibi risk faktörleri, tecrübelerle açıklık gibi kişilik ve mizaç yapısı, klasik ve edimsel koşullanma, beklentiler, öz yeterlilik gibi konular da psikososyal risk faktörleri arasında yer almaktadır. Aile yapısı ve akranlar, eşler ve yakın partnerler gibi faktörler de sosyal faktörler arasında yer almaktadır. Bununla beraber etnisite, kültür, cinsiyet gibi bireysel farklılıklar ile maddeye erişim gibi çevresel faktörler de bağımlılık konusunda risk faktörleri olarak öne çıkmaktadır (Skewes ve Gonzales 2013). Gerçekleştirilen bir takım araştırmalarda bireylerin aileleri ile iletişimlerinde problemler olmasının madde bağımlılığı açısından önemli bir risk faktörü olduğu ortaya konulmuştur (Ulukoca ve ark 2013, Ranjbaran ve ark 2018). Aile ile ilgili risk faktörlerinin yanı sıra yakın çevrede madde kullanımının da önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Erdem ve ark 2006, Coşkun ve ark 2019). Öte yandan erkeklerin madde kullanımını açısından daha yüksek riske sahip oldukları da araştırmalarda tespit edilmiştir (Mayda ve ark 2010, Mete ve ark 2020).

Hem genetik hem de çevresel değişkenlerin, bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımının başlamasına ve kullanımından bağımlılık durumuna geçişe katkıda bulunduğu genel kabul görmektedir. Çeşitli bağımlılıklarda genetik faktörlerin etkisi

orta ile yüksek derece olarak ifade edilmektedir (Goldman ve ark 2005). Sigara kullanımının bir bağımlılık modeli olarak ele alındığı ve 1898 ikizin dahil edildiği bir araştırmada sigaraya başlama ve nikotin bağımlılığı durumuyla ilişkili faktörler incelenmiştir. Buna göre genetiğin bağımlılık üzerinde etkili olduğu ifade edilirken, bu durumun çoklu genetik ve çevresel risk faktörlerini içerdiği belirtilmiştir (Kendler ve ark 1999). Aile, evlat edinme ve ikiz kardeşler üzerinde gerçekleştirilen araştırmalar genetiğin bağımlılıkta bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Bağımlılıkta genetiğin önemi paradoksal görünebilmektedir. Zira bağımlılığın başlaması için öncelikle bağımlılık yapıcı maddeye erişim sağlanması gerekmektedir. Bu maddelere erişim genellikle kültür, sosyal politika, din, ekonomik statü ve narko-trafik tarafından belirlenmekte ve zaman içerisinde değişebilmektedir. Ancak bağımlılıkla ilgili çalışmalar, belirli koşullar altında gerçekleştirilmektedir ve bu koşullar altında genetiğin bağımlılık açısından kırılganlığa (vulnerability) yol açtığı ifade edilmektedir. Dolayısıyla diğer birçok kompleks hastalıkta da olduğu gibi, bağımlılıklar da genetik arka plandan (background) etkilenmekte, bunun yanı sıra yaşam tarzı ve bireysel tercihlerle de ilişkili olarak öne çıkmaktadır (Bevilacqua ve Goldman 2009).

Genlerin bağımlılık üzerindeki etkisine ilişkin olarak iki farklı bakış açısı ifade edilebilmektedir. Bir görüşe göre genler, madde kullanımından bağımlılık düzeyine geçişte etkili olması açısından önem arz etmektedir. Diğer görüş ise genlerin bağımlılık üzerindeki etkisinin doğrudan değil dolaylı olduğunu öne sürmektedir. Bu görüşe göre genler bireylerin içerisinde bulunacakları ve madde kullanımını teşvik eden ya da önleyen ortamlara ilişkin tercihlerini etkileyerek bağımlılık üzerinde de etkili olmaktadır. Bu iki görüşte genlerin bağımlılık üzerindeki etkisine ilişkin farklı bakış açıları mevcut olsa da genlerin etkisi göz ardı edilememektedir (Kendler ve ark 2008).

Nikotin, alkol ve esrar kullanımında aile ile ilgili çevresel faktörler ve sosyal faktörler, erken ergenlik (adolesan) döneminde kullanım üzerinde kritik öneme sahipken, yaşın artmasıyla beraber genetik faktörlerin öneminin arttığı belirtilmektedir. Ayrıca kafein ile nikotin arasında ve esrar, nikotin ve alkol kullanımı arasında önemli ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Bu ilişkilerin ergenlikte aile ortamından, yaşla beraber ise daha çok genetik faktörlerden etkilendiği ifade

edilmektedir. Ailesel ve çevresel etkilerin nikotin ve esrar için 35, alkol için 40 yaşına kadar önem arz ettiği, erken ergenlikte önem arz etmeyen genetik faktörünün ise yaşla beraber öneminin arttığı belirtilmektedir. Benzer şekilde farklı madde türlerinin kullanımı arasındaki ilişkiler büyük ölçüde çevresel faktörler tarafından belirlenirken, bireyler yaşlandıkça bu ilişki üzerinde genetik faktörlerin rolü artmaktadır (Kendler ve ark 2008).

Genetik faktörlerin yanı sıra, akranların madde kullanımı, aile bağlarının zayıf olması, ebeveynlik tarzları, yetişkinlerin ve akranların sigara, alkol ve madde kullanımı ile buna ilişkin tutumları, komşuluk uyumunun zayıf olması, amaç odaklılık ve irade, duygusal stabilite ve kontrol, maddeye ulaşılabilirlik gibi sosyal çevreye ilişkin faktörlerin de madde kullanımı üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Petraitis ve ark 1998). Kandel ve Yamaguchi (1993)'ye göre madde ilk başlama yaşı bağımlılığa ilerleme noktasında önemli bir belirleyicidir. Aynı zamanda sigara ve alkol gibi kullanımı yasal olan bazı maddelerin kullanımı da yasadışı bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımında önemli bir risk faktörü olarak ifade edilmektedir.

Sigara ile ilgili risk faktörleri de diğer madde kullanımına benzer özellikler göstermektedir. ABD'de Vietnamlı erkekler üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada sigara ile ilgili risk faktörleri yaş, ebeveynlerde sigara kullanımı, düşük eğitim düzeyi, yüksek depresyon skorları, düşük egzersiz düzeyi ve sağlık sigortası eksikliği olarak ifade edilmektedir. Ayrıca araştırmada Vietnam'ın güney sahilleri kökenli olmak da bir risk faktörü olarak tespit edilmiştir (Wiecha, Lee ve Hodgkings 1998). Tıp öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen bir kohort çalışmasında kadınlar ve erkekler arasında sigaraya başlama yaşı açısından fark olmasa da, altı yılın sonunda erkeklerde sigara içme süresinin kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı araştırmada arkadaşları veya aile üyeleri arasında sigara kullananların olmasının, cinsiyetin erkek olmasının, yüksek anksiyete düzeyine sahip olmanın ve yetersiz beslenmenin sigaraya başlamada bir risk faktörü olduğu ortaya konmuştur (Senol ve ark 2006). Bir başka araştırmada da evde sigara kullanan bireylerle yaşama ve sigara içen yakın arkadaşların olmasının, sigaraya ilişkin algılanan ebeveyn onayının, sigaraya atfedilen sosyal değer, sigaraya erişimin kolay olmasının, asilik ve yüksek stres durumunun sigara kullanımında risk faktörü olduğu ifade edilmiştir (Zbikowski ve ark 2002). Nairobi'de gerçekleştirilen bir araştırmada ortaokul öğrencileri arasında

sigaraya başlama yaşının 12-16 aralığında olduğu; akran baskısının, devam edilen okul tipinin, reklamların ve yaşın bu açıdan önem arz eden risk faktörleri olduğu tespit edilmiştir (Kwamanga ve ark 2003). Türkiye’de üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada erkek olmanın, sigara kullanan bir kardeşe sahip olmanın, sigara kullanan bir anne ve/veya babaya sahip olmanın ve ailenin yüksek gelir düzeyinde olmasının sigara kullanım riskini artırdığı tespit edilmiştir (Öncel ve ark 2011). ABD’de kırsal kesimde yaşayan kadınlar arasında düşük sosyoekonomik statünün, ilk gebelik yaşının düşük olmasının ve depresif belirtilerin sigara kullanımında risk faktörleri olduğu belirtilmiştir (Wewers ve ark 2012). Bir başka araştırmada ebeveynlerin sigara kullanımının, sigara kullanım sıklığı ve nikotin bağımlılığı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Selya ve ark 2012).

Görüldüğü gibi bağımlılık ile ilgili çok sayıda risk faktöründen bahsetmek mümkündür. Bu risk faktörleri genetik yatkınlıktan psikolojik özelliklere, aile yapısından yakın çevreye, madde kullanımına ilişkin kültür ve maddeye erişilebilirliğe kadar geniş bir yelpazede yer almaktadır.

#### **1.2.4.Bağımlılık Süreci**

Bağımlılık öncelikle herhangi bir medikal endikasyon olmadan, isteğe bağlı madde kullanımı ile başlamaktadır. Ancak sonrasında istem dışı gerçekleşen ve sağlık ve sosyal yaşam üzerinde hasar bırakan bir duruma gelmektedir (Heshmat 2015). Her toplumda sıradan/ortalama bireyler nikotin, kafein, şeker ve çikolata gibi birçok farklı maddeye bağımlı olabilmektedirler. Bir kısım insanlar ise daha zararlı maddelere karşı bağımlılık geliştirebilmektedirler. Önceleri çeşitli maddelerin veya davranışların psikolojik bir bağımlılık geliştirdiği, fiziksel olarak bağımlılık yapıcı olmadığı düşünülürken, günümüzde bu düşünce değişmiştir. Bağımlılığın tanımlanmasında iki temel unsur çekilme belirtileri ve tolerans olarak ifade edilmektedir. Burada ifade edilen çekilme semptomları ve tolerans, şeker veya kafein bağımlılığı gibi durumlarda daha düşük düzeylerde gerçekleşirken; nikotin, eroin, alkol gibi maddelerde yüksek düzeyde deneyimlenmektedir. Dolayısıyla bu tür kimyasallara bağlı olarak psikolojik ve fizyolojik çekilme belirtileri ortaya çıkmaktadır. Bu durumda da bağımlılıktan kurtulmanın en uygun yolu tıbbi tedavi olarak ifade edilmektedir (Kappelle 2019).



Bağımlılığın oluşumunda temel olarak iki dönemden bahsedilebilmektedir. Erken dönemde gerginliğin giderilmesi, ödül sisteminin uyarılması gibi sebeplerle oluşan psikolojik bağımlılık, bağımlılığın başlamasında; geç dönemde tolerans gelişimiyle beraber ortaya çıkan fiziksel bağımlılık ise bağımlılığın sürdürülmesinde rol oynamaktadır (Uzbay 2009).

Bireyler bağımlılık yapıcı maddeleri kullanmalarının kendilerine zarar verdiğini bilseler de bu davranışlarından vazgeçememektedirler. Bu durumun ardında yatan sebepler, bir irade zayıflığından öte, madde kullanımının kişiye bir ödül sunması, kullanım durdurulduğunda geri çekilme belirtilerinin ortaya çıkması, kişinin bir süre madde kullanmasa da, kullanıma yönelik bir istek (craving) duyması olarak ifade edilebilir. Kullanılan madde öncelikle kişiye madde etkisi altında olmanın getirdiği mutluluk verici bir takım hisler sunmaktadır. Bunun yanı sıra, kişinin ödülü esasında bir takım gerçeklerden kaçınma olarak da ortaya çıkabilmektedir. Kişinin yaşadığı endişe, kötü ilişkiler, zorlayıcı durumlar gibi problemler; kişi madde etkisi altındayken kendisini rahatsız etmiyor ise burada ödül, bu gerçeklerden kaçabilmektir. Nikotin dahil olmak üzere, kullanılan maddelerin birçoğu olumlu duygu durumu oluşturan hormonları tetiklemektedir. Öte yandan kullanımın durdurulması neticesinde bireyler, bu duyguların aksine rahatsızlık verici duyguları deneyimlemektedirler. Bu duyguların madde kullanımı ile hızlı bir şekilde sona ereceğini bilen bireyler, bu durumu yaşadıklarında ilgili maddeyi kullanmaya ilişkin yoğun bir istek duymaktadırlar. Maddenin kullanılmasına ilişkin olarak hafızaya kaydedilmiş olan hisler de uzun süre kullanılmadıktan sonra dahi ilgili maddeyi kullanmaya yönelik bir istek oluşturabilmekte, madde teklif edildiğinde reddedilmesi zorlaşmaktadır (Heshmat 2015).

### **1.3.Tütün Bağımlılığı**

Tütün kullanımının tarihi yaklaşık beş yüz yıl öncesine dayanmaktadır. 1600'lü yıllar ile beraber yayılmaya ve yaygınlaşmaya başlayan tütün, zaman içerisinde farklı şekillerde kullanılmıştır. 1700'lerde burundan çekilmek suretiyle tüketilen tütün, 19. yüzyıl ile beraber sigara şeklinde kullanılmış, sonraki dönemlerde ise sigaranın fabrika üretimi başlamış ve böylece sigara kullanımı da hızla artmıştır. 21. Yüzyılın başlangıcında sigara kullanan kadınların sayısının da artmasıyla beraber dünyadaki yetişkin nüfusun üçte biri sigara kullanır hale gelmiştir. Tütünün bütün formlarının

öldürücü olduğuna ve hatta sigara kullanmayan insanlarda da ölüme yol açtığına ilişkin binlerce çalışma olmasına rağmen 21.yüzyılda sigara kullanan kişi sayısı ve buna bağlı ölümler hızla artış göstermiştir (Mackay ve Eriksen 2002).

Bireyler sigara kullarımlarını durdurduklarında bir takım yoksunluk belirtileri yaşarlar ve bu durum nikotin yoksunluğu olarak tanımlanır. Uzun süreli sigara ve dolayısıyla nikotine maruz kalma durumunda nikotine karşı bir tolerans gelişmekte, sigaranın bırakılmasıyla beraber nikotine bağlı olarak yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır. Yaşanan belirtilerin nikotin yoksunluğu olarak tanımlanabilmesi için kişilerde; depresif duygu durumu, uykusuzluk, sinirlilik, kaygı, odaklanma problemi, huzursuzluk, kalp atış hızında artış, iştahın artması gibi durumlardan dört tanesinin veya dörtten fazlasının görülmesi yeterlidir (Yorgancıoğlu ve Esen 2000).

Tütün kullanımının en sık görülen formu fabrika üretimi sigara kullanımındır (Davis ve ark 2007, Drope ve ark 2018). Burada tütün çok sayıda kimyasalla beraber ve bir filtre eklenerek üretilmektedir (Davis ve ark 2007). Bununla beraber nargile, elektronik nikotin iletim sistemleri (electronic nicotine delivery systems), ısıtılmış tütün ürünleri (heated tobacco products) gibi versiyonları da sıklıkla kullanılmıştır ve tütünün bu formlarının da sağlık için oldukça zararlı olduğu bilinmektedir (St Claire ve ark 2020).

Yakılarak tüketilen tütün (en sık kullanılan formu sigara), tütünle ilişkili ölümlerin %90'ından sorumludur. Bu açıdan bakıldığında tütün endüstrisi yakılarak tüketimin yanı sıra birçok alternatif form geliştirmektedir. Ancak tütünle ilişkili tehlikeleri bertaraf etmenin en iyi yolu, tütünü hiçbir şekilde kullanmamaktan geçmektedir (Drope ve ark 2018). Örneğin tütün çiğneme şeklinde tüketilmekteyse, bu durumda dudak, dil ve ağız kanserleri riski artmaktadır (Mackay ve Eriksen 2002).

Tütünün en sık kullanılan formu olan sigaranın (Öztoprak ve Günay 2013, WHO 2020); 1990-2016 yılları arasında küresel hastalık yükü üzerinde en etkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bir araştırmada, dünya genelinde engelliliğe ayarlanmış yaşam yılları (DALY) açısından en önde gelen faktörlerden bir tanesi olduğu tespit edilmiştir (Gakidou ve ark 2017). Bununla beraber alkol kullanımının sigara kullanımı açısından bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Alkol ve tütün birlikte küresel anlamda DALY'nin yaklaşık %12'sinden sorumludur (Lim

ve ark 2012). Sigarayla ve pasif içicilikle mücadeleye rağmen gelecekte de sigara kaynaklı hastalık yükünün yüksek seviyelerde olacağı tahmin edilmektedir (Santoro ve ark 2019).

Sigara kullanımının, önlenemez sağlık sorunlarından dolayı ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer aldığı ve birçok önlenemez hastalıkla ilişkili olduğu bilinmektedir (Samet 2013). Sigara kullanımı kardiyovasküler hastalıklara, solunum sistemi hastalıklarına, çeşitli kanserlere neden olmaktadır. Hamilelikte sigara kullanımı, düşük ağırlıklı doğum ve bebek ölümleri ile ilişkilendirilmektedir. Hamilelikte sigara kullanımının dış gebeliğe, plasental abrupsiyona ve bununla beraber erken doğumların yanı sıra doğumsal defektlere, fiziksel ve mental problemlere sebep olduğu bilinmektedir (Mackay ve Eriksen 2002, Cnattingius 2004, Gupta ve Subramoney 2006, Onor ve ark 2017, Doğan ve Mevsim 2020).

Sigara kullanımıyla ilişkili bir diğer problem ise pasif içicilik olarak ön plana çıkmaktadır. Hiç sigara içilmediği halde sigara dumanına maruz kalmanın da bir takım hastalıklarla ilişkili olduğu bilinmektedir (Bülbül ve Ceyhun 2006). Çevresel sigara dumanından etkilenen çocuklarda özellikle solunum yolu sorunları başta olmak üzere çeşitli hastalıkların meydana geldiği belirlenmiştir (Boztaş ve ark 2006).

Sigara içmek binlerce toksik kimyasalın ölümcül bir karışımına maruz kalmak anlamına gelmektedir (Rodgman ve Perfetti 2013) ve bu kimyasallardan en az yetmiş tanesinin hemen hemen tüm vücudu etkileyen, kanserojen maddeler olduğu bilinmektedir. Sigara nedeniyle ölüm riski tüketilen sigara miktarı ile paralel olarak artmaktadır. Bununla beraber düşük miktarlarda sigara tüketimi de hasarların oluşmaya başlamasına neden olmaktadır. Düzenli bir sigara tüketicisi yaşamından 10-11 yıl kaybetmektedir. İkinci el maruziyet de denilen pasif içicilik (second hand exposure) de diğer zararlı etkileriyle beraber kanser ve kalp hastalıkları riskini artırmaktadır (Drope ve ark 2018).

Tütün kullanımı; erken ölümlerin (premature mortality) en önemli sekiz nedeninden altısı olan iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, alt solunum yolu enfeksiyonları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), tüberküloz ve kanserlerden özellikle trakea, bronş ve akciğer kanserleri açısından önemli bir risk faktörü olarak öne çıkmaktadır. Aynı zamanda küresel çapta önlenemez ölüm

nedenleri arasında başı çeken faktördür. Her yıl yaklaşık 7 milyondan fazla insan doğrudan tütün kullanımına bağlı sebeplerden ve 1,2 milyon insan ise tütün/sigara kullanmamalarına rağmen pasif içicilik nedeniyle hayatlarını kaybetmektedir. Ergenlik dönemlerinde sigara kullanan çocuklarda kalp-damar hastalıkları, solunumla ilgili hastalıklar ve kanser riski; alkol ve diğer uyuşturucu maddeleri deneyimleme olasılığı artmaktadır (OECD/WHO 2020).

Akciğer kanseri, kanser nedeniyle ölümler içerisinde başı çekmektedir. Erkeklerde başı çeken kanser türü olduğu bilinse de, birçok ülkede akciğer kanseri meme kanserini geride bırakarak kadınlar açısından da en önemli kanser türlerinden biri haline gelmiştir. Kanserın yanı sıra KOAH da dünya genelinde en önemli ölüm sebepleri arasında yer almaktadır ve KOAH sebebiyle yaşanan ölümlerin %45'i sigara kullanımı ile ilişkilidir. Bununla beraber kalp hastalığı ve inme nedeniyle ölümler de ölüm sebepleri açısından önde gelmektedir ve sigara kullanımıyla yakından ilişkilidir (Drope ve ark 2018).

Sigara kullanımının neden olduğu kanser türleri şu şekilde sıralanabilir; gırtlak kanseri, yemek borusu kanseri, yutak kanseri, mide kanseri, nefes borusu kanseri, bronş ve akciğer kanserleri, lösemi, pankreas kanseri, böbrek ve üreter kanserleri, kolon kanseri, serviks ve mesane kanserleri (Davis ve ark 2007, WHO 2008). Yine sigara kullanımıyla ilişkili kronik problemler ise şu şekildedir; inme, katarakt ve körlük, diş eti çekilmesi, aort anevrizması, koroner kalp hastalıkları, pnömoni, KOAH, astım, kalça kırığı ve üreme sağlığı sorunları (WHO 2008). Sigara tüketimi erkek üreme sistemi ve sperm kalitesini olumsuz yönde etkileyerek erkek infertilitesine de neden olabilmektedir (Dai ve ark 2015).

Sigara kullanımı akciğer kanseri gibi ileri yaşlarda ortaya çıkan kronik hastalıkların yanı sıra kısa vadede ortaya çıkan bir takım sağlık sorunlarına da neden olmaktadır. Sigaranın yarattığı uzun vadeli sağlık sorunları kısa vadeli sağlık sorunlarına göre daha ölümcül olma özelliği göstermektedir. Sigaranın hem kısa hem de uzun vadeli etkileri, halk sağlığı açısından önemle üzerinde durulması gereken konulardır. Zira yaşam süresince sağlık statüsünün düşük olmasına da neden olabilmektedir. Sigara kullanımı kısa süre içerisinde bir dizi subklinik etkilere sebep olabilmektedir. Bunlar arasında oksidatif stres, inflamasyonda artış, bağışıklık

sisteminin zayıflaması, öksürük, balgam, hırıltılı solunum, nefes darlığı ve nikotin bağımlılığı yer almaktadır (Bonnie ve ark 2015).

Gerçekleştirilen araştırmalar sigaranın sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin akciğer kanseri, KOAH, kalp hastalığı, felç ve tütün kullanımının diğer bilinen sonuçlarının çok ötesine geçtiğini göstermiştir. Bugün artık sigara kullanımının küresel tüberküloz salgınını körüklediği, ruh hastalıkları, HIV/AIDS ve alkol bağımlılığı gibi sorunları daha da kötüleştirdiği bilinmektedir. Tüberküloz dünyada tek bir enfeksiyon etkenine bağlı ölümlerin önde gelen nedenlerindedir. 2015 yılında 1,8 milyon insanın ölümüne neden olmuştur ve ölüm nedenleri arasında altıncı sırada yer almaktadır. Sigara içmek tüberküloza yakalanma riskini artırmakta ve tedavinin etkililiğini düşürmektedir. Sigara kullanımının önlenmesiyle beraber tüberkülozla mücadelede de büyük bir başarı sağlanacağı açıktır (Drope ve ark 2018).

HIV pozitif bireylerde tütün kullanımı, enfekte olmayan sigara kullanıcılarına göre daha olumsuz etkilere sahiptir. HIV enfeksiyonu sigaranın zararlı etkilerine karşı artan bir duyarlılığa neden olmaktadır. Zira HIV pozitif bireyler sigara kullandıklarında daha yüksek oranlarda ve daha genç yaşlarda akciğer kanseri ve KOAH gibi hastalıklara yakalanabilmektedirler. Günümüzde HIV pozitif bireyler uygun tedavi alabilmekte ve bu sağlık probleminin yönetimi başarıyla gerçekleştirilebilmektedir. Ancak tedavi sürecinde sigara kullanımı tedavi sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (Calvo ve ark 2015, Drope ve ark 2018).

Akıl sağlığı problemlerinde sigara içme olasılığı, bu tür rahatsızlıkları olmayanlara göre daha fazladır ve bu problemlerden mustarip bireylerde sigaranın bırakılması daha zordur. Öte yandan akıl hastalıklarında sigara kullanımı, semptomların kötüleşmesine ve ilaçların daha az etkili olmasına sebep olabilmektedir. California'da ruh sağlığı sorunları yaşayanlar arasında ölümlerin yarısı sigarayla ilişkili hastalıklar nedeniyle gerçekteşmektedir (Drope ve ark 2018).

Çin'den başlayarak kıtaları açan ve DSÖ tarafından pandemi olarak ilan edilen Covid-19 salgını açısından da sigara kullanımının olumsuz etkileri vardır. Buna göre sigara kullanan bireylerin Covid-19 enfeksiyonunu daha şiddetli geçirdikleri ve sigara kullanmayanlara ya da bırakmış olanlara göre şiddetli geçirme açısından daha yüksek riske sahip oldukları tespit edilmiştir. Ayrıca mekanik ventilasyon ihtiyacı

doğmasının, sigara kullanan kişilerde daha yüksek bir olasılık olarak ortaya çıktığı ifade edilmektedir (Reddy ve ark 2021).

İngiltere’de gerçekleştirilen bir araştırmaya göre sigara kullanımı genel mortaliteyi üç katına çıkarmaktadır. Ayrıca orta ve ileri yaşta da yaşa özgü mortaliteyi iki katına çıkardığı tespit edilmiştir. Sigara kullanımının 50 yaşında terk edilmesi sigaraya bağlı zararları azaltırken, 30 yaşında bırakılması ise zararları neredeyse tamamen ortadan kaldırmaktadır. Genel olarak sigaranın yaşam beklentisini 10 yıl kısalttığı tespit edilmiştir. Sigaranın 60 yaşında bırakılması yaşam beklentisini 3 yıl, 50 yaşında bırakılması 6 yıl, 40 yaşında bırakılması 9 yıl ve 30 yaşında bırakılması ise 10 yıl artırmaktadır (Doll ve ark 2004).

Sigaranın sağlık üzerindeki olumsuz etkileri ve sebep olduğu hastalıklar ile ölümlerin, sigaraya yapılan harcamaların ve sigaraya bağlı sağlık sorunlarıyla beraber ortaya çıkan sağlık harcamalarının ekonomik yükü oldukça büyüktür. 2016 yılı satın alma gücü paritesine göre dünya genelinde sigara kullanımının maliyeti 2 trilyon dolar civarındadır ve bu rakam dünyanın toplam ekonomik çıktısının yaklaşık %2’sine denk gelmektedir. Bu maliyetin büyük bir kısmı sigara nedeniyle yaşanan hastalık ve ölümler nedeniyle ortaya çıkan üretkenlik kaybıdır. Yaklaşık üçte biri sigara ile ilişkili hastalıkların tedavisine yönelik sağlık harcamalarıdır. Öte yandan bu maliyet; tütün kaynaklı çevreye verilen zararı, sigaradan meydana gelen yangınları, izmaritlerin oluşturduğu çöpleri ve sigara kurbanlarının ve ailelerinin çektiği acıların mali karşılığını içermemektedir (Drope ve ark 2018). Bu gibi maliyetler de eklendiğinde sigaranın maliyetinin devasa boyutlara ulaşabileceği görülmektedir.

Tütün kullanımı ile ilgilenen araştırmacılar tarafından genelde ihmal edilen hususlardan biri de sigaraya yapılan harcamaların yoksulluğun etkilerini artırdığı ve yoksulların yaşam standartlarını daha da düşürdüğü yönündedir. Bu nedenle sigara kullanımıyla mücadelenin düşük gelirli kesimler için yüksek bir öncelik arz ettiği değerlendirilmektedir (Efroymsen ve ark 2001).

Yoksullar gelirlerinin daha büyük bir kısmını sigaraya harcamaktadır. Ayrıca tütünle ilgili hastalıklar nedeniyle yoksul ailelerin katasrofik sağlık harcamaları yapması da olasıdır. Sigara kullanımından yıllar sonra ortaya çıkan hastalıklar için sağlık hizmetleri harcamaları, sağlık tesislerine ulaşım harcamaları ve ücret kayıpları

yaşanan önemli kayıplar arasında yer almaktadır. Öte yandan ailenin geçimini sağlayan bireyin sigara nedeniyle hastalanması veya erken yaşta ölmesi ailenin daha da yoksullaşmasına neden olmaktadır. Bu nedenle yoksulların yakalandığı bu yoksulluk döngüsünün kırılması için de sigara ile mücadele önem arz etmektedir (Davis ve ark 2007, Drope ve ark 2018).

DSÖ, MPOWER ile en önemli ve efektif altı tütün kontrolü politikasını önermektedir. Bunlar; vergilerin ve fiyatların artırılması, sigara reklamlarının, promosyonunun ve sponsorluklarının yasaklanması, insanların pasif içicilikten korunması, tütünün zararlarıyla ilgili uyarıların yapılması, sigarayı bırakmak isteyen bireylere yardım önerilmesi ve sigara salgınının ve önleme politikalarının dikkatle izlenmesi şeklindedir. Bu önerilerin uygulanmasıyla gençlerin sigaraya başlamasının önleneceği, mevcut sigara kullanıcılarının sigarayı bırakmalarına yardımcı olunacağı, sigara kullanmayanların çevresel sigara dumanına maruziyetlerinin engelleneceği ifade edilmektedir (WHO 2008).

MPOWER'daki öneriler çerçevesinde de yer alan, sigarayı bırakmak isteyenlere yardım edilmesi konusu büyük bir önem arz etmektedir. Diğer bağımlılık yapıcı maddelerde olduğu gibi, birçok tütün kullanıcısı için sigarayı kendi kendine bırakmak çok zordur. Bu nedenle sigarayı bırakabilmeleri için yardım ve desteğe ihtiyaçları vardır. Sağlık sistemleri bu konuda birincil sorumluluk üstlenmektedir. Tedavide basit medikal önlemlerden farmakoterapiye kadar geniş bir yelpazedeki yöntemlerden biri veya birkaçı seçilebilir. Sigarayı bırakmakla ilgili danışmanlık veren telefon hatları da bu noktada önem arz etmektedir. Bu önlemlerden hangilerinin seçileceği ise yerel şartlar ve kültürle beraber bireysel istek ve ihtiyaçlara bağlı olarak belirlenmelidir. Telefon hatları; mesai saatleri dışında erişilebilirlik, uzun saatler boyunca hizmet verebilme olanağı gibi nedenlerle tercih edilmelidir. Bu hatlar bireylerin danışmanlık almaları ve diğer tedavi yöntemlerine yönlendirilebilmeleri açısından büyük bir önem arz etmektedir. Nikotin replasman tedavisinin bırakma başarısını ikiye katladığı, farmakoterapinin ise üçe katladığı bilinmektedir (WHO 2008).

DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (WHO Framework Convention on Tobacco Control) 2003 yılında oluşturulduktan sonra Türkiye de dahil olmak üzere birçok ülke bu sözleşmeyi imzalayarak sözleşmenin paydaşı haline gelmiştir. Bu

sözleşmenin amacı mevcut dünya popülasyonu ile gelecek nesilleri; tütün kullanımı ve maruziyetinin getirdiği yıkıcı sağlık sorunları ile sosyal, çevresel ve ekonomik sorunlardan korumaktır. Bu bağlamda sözleşmede tütün kullanımını ve tütün dumanına maruz kalmayı önemli ölçüde azaltmak için düzenlemeler yer almaktadır. Bu düzenlemeler temel olarak aşağıdaki şekilde özetlenebilir (WHO 2003);

1. Tütün ürünlerine yönelik fiyat ve vergi düzenlemeleri ile ilgili önlemler,
2. Fiyata bağlı olmayan önlemler,
3. Tütün dumanına maruziyetin önlenmesi ile ilgili önlemler,
4. Tütün üretimi ve içeriği ile ilgili önlemler,
5. Tütün ürünü paketlerine yönelik düzenlemeler,
6. Tütün ürünlerinin reklamlarına ilişkin önlemler,
7. Eğitim ve iletişim çabalarıyla tütün kullanımına ilişkin kamu farkındalığı oluşturulmasına yönelik önlemler.

Türkiye de bu sözleşmeyi imzalayan diğer ülkeler gibi tütün kontrolü ile ilgili önlemler alacağını ve gerekli düzenlemeleri gerçekleştireceğini taahhüt etmiştir (Çetinkaya ve ark 2018).

Tütün kontrolüyle ilgili olarak dünya genelinde ilk somut çabalar 1990'lı yıllar ile başlamıştır. Bu noktada Dünya Bankası (DB) ve DSÖ itici güç olmuştur. Türkiye’de ise 1980’li yıllarda izlenen liberal iktisadi politikalarla beraber tütün şirketlerinin iç piyasada reklam faaliyetleri yürütmesi sigara tüketiminin artmasına neden olmuştur. Bu artış ise sonraki dönemde tütün kontrolüne ilişkin girişimlerin ortaya çıkmasına yol açmıştır (Saraçoğlu ve Öztürk 2020). Özellikle DSÖ çerçeve sözleşmesinin imzalanmasının tütünle mücadele konusundaki çalışmalarını ivmelendirdiği ifade edilmektedir. Sözleşmenin imzalanmasından sonraki dönemde 2008 yılında 5727 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” kabul edilmiş ve ardından 2009 yılında kamuya açık olan kapalı alanların yanı sıra özel hukuk kişilerine ait eğlence hizmeti veren işletmelerde de tütün ürünlerinin tüketilmemesi ile ilgili hüküm yürürlüğe girmiştir. Böylece ikamet edilen alanlar dışındaki kapalı alanlarda tütün kullanımı yasaklanmıştır. Ayrıca medya aracılığı ile “Havanı Korumak” ve “Dumansız Hava Sahası” sloganları çerçevesinde güçlü kampanyalar oluşturulmuş, toplumsal bilinç artırılmıştır. Hali hazırda tütün kullanan bireylerin bırakması teşvik edilmekte,



bırakmak isteyenlere destek sağlanmaktadır. Bu amaçla ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı oluşturulmuştur ve sigara bırakma poliklinikleri tarafından ücretsiz destek sağlanmaktadır. Ayrıca sigara bıraktırmada etkili olan düz paket uygulaması ve sigara paketleri üzerine resimli sağlık uyarılarının yerleştirilmesi de uygulanmaya başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2017).

4207 Sayılı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun” çerçevesinde tütün kullanımı ile ilgili yapılan düzenlemelere göre aşağıdaki alanlarda tütün ürünleri tüketilmesi yasaktır (Resmi Gazete 1996);

- Kamu hizmet binalarının kapalı alanlarında
- Koridorları dahil olmak üzere her türlü eğitim, sağlık, üretim, ticaret, sosyal, kültürel, spor, eğlence ve benzeri amaçlı özel hukuk kişilerine ait olan ve birden çok kişinin girebileceği (ikamete mahsus konutlar hariç) binaların kapalı alanlarında,
- Hususi araçların sürücü koltukları ile taksi hizmeti verenler dâhil olmak üzere karayolu, demiryolu, denizyolu ve havayolu toplu taşıma araçlarında, ç) Okul öncesi eğitim kurumlarının, dershaneler, özel eğitim ve öğretim kurumları dahil olmak üzere ilk ve orta öğrenim kurumlarının, kültür ve sosyal hizmet binalarının kapalı ve açık alanlarında, d) Özel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde.

Öte yandan aynı kanuna göre (Resmi Gazete 1996);

- Yaşlı bakım evlerinde, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde, cezaevlerinde,
- Şehirlerarası veya uluslararası güzergâhlarda yolcu taşıyan denizyolu araçlarının güvertelerinde, tütün ürünleri tüketilmesine mahsus alanlar oluşturulabilir. Bu alanlara onsekiz yaşını doldurmamış kişiler giremez.
- Otelcilik hizmeti verilen işletmelerde, tütün ürünleri tüketen müşterilerin konaklamasına tahsis edilmiş odalar oluşturulabilir.
- Açık havada yapılan her türlü spor, kültür, sanat ve eğlence faaliyetlerinin yapıldığı yerler ile bunların seyir yerlerinde tütün ürünleri kullanılamaz. Ancak bu tesislerde, tütün ürünlerinin tüketilmesine mahsus alanlar oluşturulabilir.
- Bu Kanunun tütün ürünleri tüketilmesine tahsis edilen kapalı alanlarının koku ve duman geçişini önleyecek şekilde tecrit edilmesi ve havalandırma tertibatı ile donatılması gerekir.
- Bu Kanunun uygulanmasında "tütün ürünü" ibaresi tütürme, emme, çiğneme ya da buruna çekerek kullanılmak üzere üretilmiş, hammadde olarak tamamen veya kısmen tütün yaprağından imal edilmiş maddeyi ifade eder.

- Tütün içermeyen ancak tütün mamulünü taklit eder tarzda kullanılan her türlü nargile ve sigara, tütün ürünü kabul edilir.

Yine 4207 Sayılı Kanuna göre tütün ürünlerinin reklam ve tanıtımlarının yapılması, bu ürünleri özendirilen eylemlerde bulunulması, firmaların etkinliklerde isim, amblem veya ürün, marka ya da işaretlerini kullanarak destek sağlamaları yasaktır. Aynı şekilde firmaların ürünlerini ne bayilere ne de tüketicilere teşvik, hediye, eşantyon ve promosyon olarak bedelsiz veya yardım olarak dağıtması yasaktır. Benzer şekilde tütün sektöründe faaliyet gösteren firmalar araçlarında markalarının tanınmasını sağlayacak eylemleri gerçekleştiremezler. Ayrıca tütün sektörü firmalarının isim, amblem veya ürünleri ile bunları çağrıştıracak diğer unsurlar kıyafet ve aksesuar olarak taşınmamaktadır. “Sağlık, eğitim ve öğretim, kültür ve spor hizmeti verilen yerlerde tütün ürünlerinin satışı” yasaktır ve bu ürünler 18 yaşını doldurmamış kişilere satılamaz. Tütün ürünü üretildiği şekilde paket olarak satılır, paketinin açılması suretiyle tek tek satılması veya daha küçük şekilde paketlenmesi yasaktır. Bu ürünler otomatlar, telefon, televizyon ve internet gibi elektronik ortamlarda satılamaz ve satışı kargo aracılığıyla gerçekleştirilemez. Aynı zamanda tütün kullanımına ilişkin bir takım diğer düzenlemeler ile kontrolün sağlanması ve cezai işlemleri içeren hükümler de yer almaktadır (Resmi Gazete 1996).

DSÖ tarafından önerildiği ve ülkemizde de uygulandığı şekilde sigara paketlerinde tütünle mücadele kapsamında yer verilen uyarılar sigarayı bırakma niyetini artırabilmekte veya sigaraya başlamanın önünde engel oluşturabilmektedir. Gerçekleştirilen bir araştırmanın sonucuna göre; paketlerde yer alan uyarı mesajları düşük ve orta gelirli ülkelerde sigara içmenin zararlarına ilişkin bilgi düzeyini artırmaktadır. Özellikle düşük eğitim düzeyine sahip bireyler açısından bu uyarıların gerçekleştirilmesi önem arz etmektedir (Chiosi ve ark 2016).

DSÖ sigara kullanımında vergilendirmenin faydalarını; hayat kurtarmak, kaynakları mobilize etmek, sağlıkta eşitsizlikleri ele almak, sağlık sistemindeki maliyetleri ve ekonomik yükü azaltmak ve sürdürülebilir kalkınma hedefleri açısından bulaşıcı olmayan risk faktörlerini hedef almak olarak belirtmektedir (WHO 2021b).

Gelişmiş ülkelerde sigara tüketimi yıllardır azalmaktadır. Alınan önlemlere ve gerçekleştirilen girişimlere rağmen sigara kullanımı gelişmemiş ve gelişmekte olan

ülkelerde ise hala ciddi bir problemdir (Lopez ve ark 1994). Sigara tüketicilerinin yaklaşık %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadırlar (Davis ve ark 2007).

Türkiye'de her gün tütün kullanan 15 yaş ve üzeri bireyler 2016 yılında %26,5 oranındayken 2019 yılına gelindiğinde bu oran %28 düzeyine yükselmiştir. 2010 yılı için bu oran %25, 2012 yılı için %23,2, 2014 yılı için %27,3 olarak gerçekleşmiştir. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde erkeklerin oranı %41,3 ve kadınların oranı %14,9'dur. Daha önce tütün kullanırken bırakmış olanlar ile hiç kullanmayanların oranı 2016 yılında %69,4 olarak tespit edilmiş, bu oran 2019 yılında ise %68,7'ye gerilemiştir. Yaş gruplarına göre en fazla kullanım 35-44 yaş arasındadır. Bu yaş grubunda tütün kullanım oranı %42,8'dir (TUİK 2020). Türkiye'de her yıl yaklaşık 100 bin kişi tütün bağımlılığı ve bu bağımlılık sonucu ortaya çıkan tütün kullanımını nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Çetinkaya ve ark 2018).

OECD ülkeleri özelinde incelendiğinde Türkiye (2016 yılı verisi) %26,5 oranıyla OECD ülkelerinin ulaşılabilen en son verilerine göre Yunanistan'da gerçekleşen %35 oranının (2017 yılı verisi) ardından tütün tüketiminde ikinci sırada yer almaktadır. Türkiye'yi 2018 yılında %25,4 oranıyla Fransa ve 2016 yılında %24,5 oranıyla Şili izlemektedir. Türkiye'de 1989 yılında tütün kullanım oranı %47,40'tır. 2006 ile 2012 yılları arasında istikrarlı bir şekilde azalsa da sonraki dönemde yeniden artış göstermiştir (OECD 2021a).

Tütün kullanımıyla ilgili bütün küresel çabalara ve önerilen uygulamaların ulusal düzeyde gerçekleştirilmesine rağmen, sigara kullanım oranının istenilen hızda azaltılamadığı görülmektedir. Bu da göstermektedir ki 2025 yılına kadar küresel çapta yetişkinler arasında tütün kullanımında %30 azalma sağlanması hedefine ulaşamayacaktır (OECD/WHO 2020, St Claire ve ark 2020). Aynı zamanda tütün kontrolü ve tütün kullanım yaygınlığının azaltılmasına yönelik araştırmalara ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir (St Claire ve ark 2020).

### **1.3.1.Tütün Bağımlılığı Süreci**

Sigara kullanıcılarının nasıl bağımlı hale geldikleri ile ilgili süreç iyi bilinmektedir. Nikotin, bağımlılıkta başat rol oynamaktadır. Tütünün en baskın ve bağımlılık yapıcı formu sigaradır. Sigara dumanı solunduğunda nikotin hızlıca absorbe edilmekte ve beyne gönderilmektedir. Bu süreç sonucunda beyinde dopamin

salgılanmaktadır. Dopaminin salgılanması sigara kullanıcısının beyinde hangi durumda bu salınının olduğuna ilişkin bir dikkat oluşturmaktadır. Dolayısıyla sigara kullanıcısı geçmişte yaşananlara benzer durumlarda sigara tüketmeye yönelik bir istek duymaktadır. Bu şekilde tekrarlayan nikotin maruziyeti sonucunda beyinde kronik bir “nikotin açlığı” oluşmaktadır. Dolayısıyla geçmişte benzer durumlarda sigara içilmemiş olsa da bireyler sigara tüketme ihtiyacı hissetmeye başlamaktadır. Ayrıca beyindeki nikotin konsantrasyonunun azalmasıyla beraber bireyler bir takım çekilme belirtileri de deneyimlemektedirler. Bu belirtiler depresif ruh hali, rahatsızlık, konsantrasyon zorluğu, uyku problemleri ve artan iştah şeklinde kendini göstermektedir. Ruh hali değişimlerinde sigara ile rahatlamının tekrarlayan durumlarının deneyimlenmesiyle beraber sigaranın strese iyi geldiği ile ilgili bir beklenti oluşmakta ve bireyler stresli durumlarda yıllardır sigara kullanmamış olsalar bile sigaraya ihtiyaç duyuyormuş gibi hissedebilmektedirler (Attwood ve ark 2013). Dolayısıyla diğer madde bağımlılıklarında olduğu gibi, tütün bağımlılığında da bağımlılığa yol açan karmaşık bir süreç gerçekleşmektedir. Bireyler sigara tükettiklerinde mutluluk verici hormonların salgılanması ile bir memnuniyet duymaktadırlar. Aynı zamanda olumsuz ruh hali ve psikolojik olarak sıkıntılı hissettiklerinde de kullandıkları sigara, mutluluk verici hormonları tetikleyerek bu rahatsızlıklarla baş edebilmek için sigaraya ihtiyaç duyulmasını sağlamaktadır. Kullanımın ilerleyen dönemlerinde ise maddeye karşı gelişen bağımlılık neticesinde bireyler ruh hali dengelerini korumak ve geri çekilme belirtilerini deneyimlememek için sürekli olarak ilgili maddeyi (burada nikotin) kullanmak zorunda hissetmektedirler. Bu nedenle madde bağımlılıklarında sebeplerin irdelenmesi kadar sürecin anlaşılması, madde kullanımının ortaya çıkardığı fiziksel ve psikolojik etkilerin ve aynı zamanda madde kullanımına ilişkin sosyal faktörlerin göz önünde bulundurulması önem arz etmektedir.

#### **1.4.Sağlık Okuryazarlığı**

Sağlık alanını derinden etkileyen sosyal değişimler, icatlar, teknolojik gelişmeler sağlıkla ilgili yaklaşımları da önemli ölçüde etkilemiştir. Özellikle yirminci yüzyılda sağlık alanında yaşanan gelişmeler, sağlık hizmetlerinde birçok yeni uygulama ve yöntemin ortaya çıkmasına katkı sağlamış, bu dönemde aynı zamanda sağlığın korunması programları da önem kazanmıştır (Sezgin 2013). Öte yandan en

sık görülen ölüm ve sakatlık nedenleri de değişim geçirmiş ve enfeksiyon hastalıkları yerini kronik ve dejeneratif hastalıklara bırakmıştır. Bu anlamda kronik hastalık yönetimi, sağlıklı ve aktif yaşlanma gibi konularla beraber sağlığın korunması ve geliştirilmesi de son derece büyük bir önem kazanmıştır. Dolayısıyla hem sağlığın korunması ve geliştirilmesi hem de kronik hastalık yönetimi ile sağlıklı ve aktif yaşlanma uygulamaları ancak bu konularda bilgiye erişebilme, bilgiyi anlamlandırıp yorumlayabilme ve uygulamaya koyabilme becerileri ile mümkün olabilmektedir. Bireylerin uygun sağlık arama davranışı sergileyebilmeleri, teşhis ve tedavi süreçlerinde sağlıklı bir iletişim kurabilmeleri, hastalıkların tedavisi ve yönetimi için yapılan önerileri doğru ve eksiksiz bir şekilde uygulayabilmeleri gibi diğer durumlar için de sağlık okuryazarlığı kavramının içerisinde barındırdığı temel bir takım bilgi ve becerilere sahip olmaları gerekmektedir. Bireylerin sağlıklarını geliştirmeleri ve sürdürmeleri için öncelikle sağlıkla ilgili konularda bilgi edinebilmeleri gerekmektedir. Bu durum da bireylerin öncelikle bilgi edinme kanallarına ulaşabilmelerini gerekli kılmakta, ardından burada yer alan bilgilerin anlaşılması, yorumlanması ve davranışlara yansıtılmasıyla mümkün hale gelebilmektedir. Ancak bu şekilde sağlığın korunması ve geliştirilmesi, ilgili hastalıkların yönetilebilmesi, tıbbi önerilerin anlaşılabilmesi ve uygun bir şekilde yerine getirilebilmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi gibi sağlık düzeyini artıran çabalar gerçekleştirilebilir.

Yirmi birinci yüzyılın bilgi toplumları sağlıkla ilgili bir karar verme paradoksunun ortasında kalmıştır. İnsanlar artan bir şekilde sağlıklı yaşam biçimi tercihleri yapmaya zorlanmakta, bireysel ve ailesel olarak karmaşık sağlık sistemleri ve karmaşık bir çevrede yaşamlarını yönetmeye çalışmaktadırlar. Ancak bu amaçlarla ilgili olarak hazırlıklı değildirler ya da bu konularda desteklenmemektedirler. Modern toplumlar aktif olarak sağlıksız yaşam biçimini pazarlamakta, sağlık sistemleri iyi eğitilmiş insanlar için bile giderek karmaşık bir hale bürünmekte ve eğitim sistemleri çoğu zaman insanlara sağlıklarını iyileştirmek için bilgilere erişme, anlama, değerlendirme ve kullanma konusunda yeterli becerileri sağlamada başarısız olmaktadır. Bu paradoksal durum hem Avrupa’da hem de diğer ülkelerde bir sağlık okuryazarlığı krizini de beraberinde getirmektedir. Avrupa’da gerçekleştirilen sağlık okuryazarlığı araştırmasında sekiz Avrupa ülkesindeki yetişkinlerin neredeyse yarısının yetersiz ya da problematik sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu tespit

edilmiştir. Zayıf sağlık okuryazarlığı becerilerinin ise daha sağlıksız tercihler yapılmasına, daha riskli davranış tercihlerine, daha kötü sağlık durumuna ve öz-yönetim becerilerine ve daha yüksek hastaneye yatışlara sebep olduğu belirtilmektedir. Bu durum da sağlık sisteminde yer alan hem insan kaynaklarının hem de finansal kaynakların önemli ölçüde tüketilmesine sebep olmaktadır (Kickbusch ve ark 2013).

Sağlık okuryazarlığı, son dönemde hem bireysel sağlık durumu hem de toplumun sağlık düzeyi üzerinde etkili olması ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğine katkı sağlaması açısından önem arz eden bir kavram olarak ön plana çıkmaktadır ve literatürde bu konuya ilişkin artan bir ilgi olduğu görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı, yaşam kalitesinin artırılması ve sağlıklı olma halinin korunması ve geliştirilmesi için gerekli sağlık davranışlarını gerçekleştirmek açısından da önem arz eden faktörler arasında yer almaktadır (Çiftçi-Kıraç 2021). Dünya genelinde gerçekleştirilen araştırmalar, sağlık durumunu iyileştirmek ve sağlık eşitsizliklerini azaltmak açısından sağlık okuryazarlığını optimize etmenin önemine vurgu yapmaktadır (Kickbusch ve ark 2013).

Bir bireyin, günümüzde yaşamın gerektirdiği fonksiyonları yerine getirebilmesi için çok sayıda yetenek ve yeterliliğe, başka bir ifade ile birçok farklı “okuryazarlığa” sahip olması gerekmektedir. Burada bahsedilen ve bir gazetenin okunabilmesinden sağlık hizmeti sunucusu tarafından sağlanan bilgileri anlamaya kadar geniş yelpazede yer alan okuryazarlıklar çoklu, dinamik ve biçimlendirilebilir özelliktedir. Sağlık okuryazarlığı, hem sağlık hem de okuryazarlık alanlarından insanları bir araya getirmeyi içeren ve yeni gelişen bir kavramdır. Sağlık okuryazarlığı, hem sağlığın hem de okuryazarlığın günlük yaşam için kritik kaynaklar olduğu fikrine dayanır. Okuryazarlık seviyesi yalnızca sağlık bilgileri doğrultusunda hareket etme yeteneğini doğrudan etkilemekle kalmamakta, aynı zamanda bireylerin, ailelerin ve toplulukların sağlığı üzerinde daha fazla kontrol sahibi olma durumunu da etkilemektedir. Bu anlamda sağlık okuryazarlığı, insanların yaşam boyunca iyi sağlık durumunu sağlamak ve sürdürmek amacıyla; farklı sağlık konularının gerekleriyle ilgilenebilmek için bilgiye erişebilme, anlayabilme, değerlendirebilme ve iletebilme derecesi olarak tanımlanabilir (Kanj ve Mitic 2009).

Sağlık hizmetlerinin kullanıcıları sağlık ile ilgili bilgi ararlarken, sağlık sistemlerinin karmaşık olması, artan kronik hastalık yükü, kendilerinin de bakım

sürecine katılımıyla ilgili ihtiyaçlar ve farklı kaynaklarda yer alan çok sayıda tüketici bilgisinde yaşanan artış da dahil olmak üzere birçok problemle karşılaşmaktadır. Her gün milyonlarca yetişkin sadece kendi iyi olma halini değil, aileleri ve topluluklarının da iyi olma hallerini korumak amacıyla çok sayıda karar vermek ve eylemde bulunmak zorunda kalmaktadır. Bu eylemler; doktorlar, diş hekimliği klinikleri, hastaneler gibi geleneksel sağlık bakım merkezleri ile sınırlı olmamakta, aynı zamanda evler, iş yerleri ve okullar gibi birçok alanda gerçekleşmektedir. Sağlıkla ilgili aktivitelerin sağlıklı veya hasta olup olmadıkları fark etmeksizin, yetişkinlerin günlük hayatlarının bir parçası olduğu ifade edilmektedir. Örneğin evlerde ebeveynler, reçetesiz bir ilacın uygun dozunu ayarlayabilmek için çocuklarının kilo ve yaşı ile bir hesaplama yapmak zorunda kalabilmektedir. Bireylerin bir hastalığın tedavisi ya da kronik bir hastalığın yönetimi ile ilgili, sağlık hizmet sunucusunun sözlü olarak ya da yazılı olarak verdiği talimatlara uymaları beklenmektedir. İş yerlerinde çalışanlar çeşitli toksik maddelere ilişkin çeşitli kanallarda yer alan koruyucu önlemleri içeren bilgileri kullanarak bir takım önlemler almak zorundadırlar. Benzer şekilde bireylerin, yiyeceklerin etiketlerindeki ürün içeriklerini anlayabilmeleri ve şeker, mısır şurubu gibi maddelerin hesaplamalarını yapabilmeleri beklenmektedir (Nielsen-Bohlman 2004). Bu doğrultuda, günümüzde bireylerin kendileri ve yakınları için sağlık sorunlarına ilişkin ve verilen sağlık hizmetleri ile ilgili bilgilere sahip olmaları, hak ve sorumluluklarını bilmeleri ve bu anlamda sağlıkla ilgili karar verebilmeleri beklenmektedir. Bu beklentilerin gerçekleşebilmesi; kişilerin bu konularda bilgi ve yeterlilik sahibi olmalarını, diğer bir deyişle yeterli düzeyde bir sağlık okuryazarlığına sahip olmalarını gerektirmektedir (Nielsen-Bohlman 2004, Durusu-Tanrıöver ve ark 2014).

Sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlıklarının geliştirilmesi ve sağlıklı olma hallerinin sürdürülmesi için bilgiye erişebilmesi, bilgileri anlayabilmesi ve elde edilen bilgileri kullanabilmesi üzerinde etkili olan kişisel, bilişsel ve sosyal beceriler olarak ifade edilmektedir. Bu beceriler sağlığın belirleyicilerinin anlaşılması, sağlık davranışları ile ilgili tutum ve motivasyonlar ve bir takım sağlık uygulamaları açısından gelişmiş bir öz-yeterliliği içermektedir (Nutbeam 2000). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu (European Health Literacy Consortium) 2012 yılında sağlık okuryazarlığını; bireylerin sağlık bakımı, hastalıkların önlenmesi, sağlığın geliştirilmesi ve teşviki alanlarında yargıda bulunmak ve kararlar almak için sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama konusundaki bilgi, motivasyon

ve yeterlilikleri şeklinde tanımlamıştır (Kickbusch ve ark 2013). Sağlık okuryazarlığı ile ilgili daha geniş bir perspektife göre sağlık okuryazarlığı, bilinçli seçimler yapmak, sağlık risklerini azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak için sağlık bilgilerini ve konularını aramak, anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için insanların yaşamları boyunca geliştirdikleri geniş beceri ve yeterlilikler yelpazesi olarak tanımlanmaktadır. Bu noktada sağlık okuryazarı olduğu ifade edilen bir birey, sağlık konuları ve bilgilerini üretken olarak kullanabilir, elde ettiği bilgileri yeni durumlara uygulayabilir. Aynı zamanda sağlık, tıp, bilimsel bilgi ve kültürel inançlarla ilgili kamusal ve özel konuşmalara katılabilir (Zarcadoolas ve ark 2006).

Kişilerin sağlıkları ile ilgilenmeleri sadece sağlık hizmetleri kullanılırken değil, aynı zamanda günlük hayatın da bir parçası haline gelmiştir. Sağlık okuryazarlığı insanların sağlık problemlerinden korunmasını, sağlık problemlerini ve beklenmeyen bir takım durumlar ortaya çıktığında bu durumları daha iyi yönetmelerini sağlayabilmektedir (CDC 2022). Sağlık okuryazarlığı bireyin; sağlığını koruyucu, geliştirici ve bozulan sağlığını iyileştirici şekilde temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi olarak ele alınabilir. Sağlık okuryazarlığı karmaşık okumaları, dinleyip anlamayı, analitik ve karar verme yetkinliğe sahip olmayı ve bu yetkinliği sağlıkla ilgili durumlarda kullanabilmeyi de içermektedir. Düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık bilgilerini anlayabilmede zayıflığa, işlem ve talimatları yerine getirmede zorluklara ve sağlık hizmetlerini etkili kullanımda sorunlara neden olduğu gösterilmiştir (Durusu-Tanrıöver ve ark 2014).

Sağlık okuryazarlığı sosyal ve bireysel faktörlerin paylaşılan bir fonksiyonudur. Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve kapasiteleri üzerinde bu kişilerin eğitimleri, kültürleri ve dilleri aracılık rolü üstlenmektedir. Eşit düzeyde önemli olan diğer hususlar ise bireylerin sağlıkla ilgili olarak etkileşim içerisinde oldukları kişilerin iletişim ve değerlendirme becerileri ile medya, pazar ve hükümet kurumlarının hedef kitleye uygun bir şekilde sağlık bilgisi sağlayabilme yetenekleridir (Nielsen-Bohlman 2004).

Sağlık okuryazarlığı; vücut, sağlıklı davranışlar ve sağlık sisteminin işleyişi dahil olmak üzere birçok alandan bilgi gerektirmektedir. Sağlık okuryazarlığı konuşulan dilden, açık bir şekilde iletişim kurabilme ve dikkatle dinleyebilme



yeteneğinden; yaş, sosyoekonomik durum ve kültürel arka plandan, geçmiş deneyimler ile bilişsel yetenekler ve zihinsel sağlıktan etkilenmektedir. Bu faktörlerin her biri iletişim kurma, anlama ve sağlık bilgilerine karşılık verme durumunu etkilemektedir (U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion 2010). Sağlık okuryazarlığı temel okuryazarlık düzeyi ile bilişsel gelişimden etkilenmektedir. Okuma ve yazma becerileri gelişmemiş olan bireyler bir yandan geleneksel sağlık eğitimine daha az maruz kalırken, aynı zamanda edinilen bilgilere göre hareket etme yetenekleri de daha az gelişmiş olacaktır (Nutbeam 2000). Dolayısıyla sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik çabaların genel okuryazarlık düzeyini artırma çabalarıyla desteklenmesi gerektiği açıktır. Öte yandan, iyi derecede okuyabilen ve rakamlarla arası iyi olan insanlar bile bazı durumlarda sağlık okuryazarlığı ile ilgili problemler yaşayabilmektedirler. Özellikle medikal terminolojiyi ve vücutlarının nasıl çalıştığını bilmediklerinde; istatistiklerle ilgili çıkarım yapmak ve sağlıklarını ve güvenliklerini koruyacak risk ve faydaları değerlendirmek zorunda kaldıklarında, ciddi bir hastalık teşhisi aldıklarında ve buna bağlı olarak korkmuş ve kafası karışmış hissettiklerinde, komplike öz-bakım gerektiren hastalıklara sahip olduklarında veya toplum sağlığını etkileyecek bir konuda oy vereceklerinde sağlık okuryazarlığı ile ilgili sorunlarla karşılaşabilmektedirler (CDC 2022). Bu nedenle sağlık okuryazarlığının artırılması genel okuryazarlık düzeyinin artırılması çabalarının ve sağlık okuryazarlığına spesifik olarak hazırlanan çabaların entegre edilmesini gerektirmektedir.

#### **1.4.1.Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri**

Literatür incelendiğinde, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile ilgili tartışmaların mevcut olduğu görülmektedir. Bu tartışmaların çoğu Nutbeam (2000) tarafından geliştirilen ve sağlık okuryazarlığını üç düzeyde ele alan çalışmanın etrafında sürmektedir (Rask ve ark 2013). Nutbeam (2000) sağlık okuryazarlığını temel/işlevsel sağlık okuryazarlığı, iletişimsel/etkileşimli sağlık okuryazarlığı ve eleştirel sağlık okuryazarlığı olarak üç düzeyde ele almaktadır. Buna göre (Nutbeam 2000);

- Temel/İşlevsel okuryazarlık: Dar anlamda sağlık okuryazarlığı kavramı ile uyumlu olarak günlük bir takım durumlarla başa çıkabilecek düzeyde temel okuma ve yazma becerileri olarak tanımlanmaktadır.

- İletişimsel/etkileşimli okuryazarlık: Sosyal becerilerin yanı sıra günlük aktivitelere aktif olarak katılmak, farklı iletişim biçimlerinden bilgi çıkarmak ve bu bilgileri anlamlandırmak ve yeni bilgileri değişen koşullara uygulamak için kullanılabilen daha ileri bilişsel beceriler ve okuryazarlık becerileridir.
- Eleştirel okuryazarlık: Sosyal becerilerle birlikte bilgiyi eleştirel olarak analiz etmek ve bu bilgiyi yaşamdaki durumlar üzerinde daha fazla kontrol sağlamak için kullanmak için uygulanabilen daha gelişmiş bilişsel becerilerdir.

Basit sağlık mesajlarını anlamak ve takip etmek için gerekli temel okuma ve yazma becerileri olarak tanımlanan fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ve sağlığın profesyonellerle beraber yönetilmesini olanaklı kılan daha ileri beceriler olarak tanımlanan etkileşimli sağlık okuryazarlığı, sağlığın korunması ve sürdürülmesinin sağlanmasında rol oynarken; eleştirel sağlık okuryazarlığı bilgileri eleştirel olarak analiz etme, farkındalığı artırma ve engelleri aşmak için gerekli becerileri ifade etmektedir. Bu noktada eleştirel sağlık okuryazarlığının bilgileri yorumlama ve uygulama becerisi olması nedeniyle hastalıkların önlenmesi ve kendi kendine yönetimi açısından çok önemli olduğu belirtilmektedir (Peerson ve Saunders 2009).

Rask ve ark (2013) çalışmalarında, Nutbeam (2000) tarafından yapılan üçlü sınıflandırmaya ek olarak “holistik sağlık okuryazarlığı” düzeyini de sağlık okuryazarlığı sınıflandırmasına dahil etmiştir. Holistik (bütüncül) sağlık okuryazarlığı en yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi olarak ifade edilmektedir. Araştırmada holistik sağlık okuryazarlığının dört alt boyutu olduğu belirtilmektedir. Bunlar; tolerans, kültürün geniş ve çok boyutlu bir olgu olarak anlaşılması, çevre bilinci ve dünyanın durumunu çeşitli açılardan analiz edebilmek şeklindedir (Rask ve ark 2013).

Holistik sağlık okuryazarı olan bireyler insanların farklılıklarını kabul eden, hoşgörülü bireyler olarak tanımlanmaktadır. Kültürün sağlık üzerindeki etkisinin farkındadırlar. Holistik sağlık okuryazarı olmak aynı zamanda insanların çevre bilincine sahip olmaları, hem kendi ülkelerinde hem de dünyadaki doğanın durumu hakkında endişe duymaları anlamına gelmektedir. Bu çerçevede değerlendirilen bireyler, gelişmiş ülkelerdeki zenginlik ile gelişmekte olan ülkelerde yaşanan kıtlık arasındaki ilişkileri anlamakta ve bu konularda çözüm bulmaya istekli olmaktadır. Bu çerçevede holistik sağlık okuryazarlığı düzeyine ulaşmış bireylerin özellikleri aşağıdaki gibidir (Rask ve ark 2013);

- Farklı insan gruplarına karşı hoşgörülüdürler.
- Irkçılığa karşıdır.
- Kültürel farklılıkların sağlık üzerindeki etkisinin farkındadırlar.
- Sanat ve medeniyetin sağlık için önemini farkındadırlar.
- Fiziksel, zihinsel ve sosyal sağlık için sosyal sermayenin önemini bilmektedirler.
- Çevresel tehditler konusunda endişelidirler.
- Çevreyi korumaktadırlar.
- Sağlığa tehdit oluşturan batı yaşam tarzını eleştirebilirler.
- Küresel olarak sağlığı geliştirmek isterler.

Literatürde sağlık okuryazarlık düzeylerine ilişkin dikkat çeken farklı sınıflandırmalar da mevcuttur. Kanj ve Mitic (2009), sağlık okuryazarlığını yine üç düzeyde ele almakta ancak bu düzeyleri farklı tanımlamaktadır. Buna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri; fonksiyonel okuryazarlık, kavramsal okuryazarlık ve güçlendirme olarak sağlık okuryazarlığı şeklindedir (Kanj ve Mitic 2009);

- Fonksiyonel okuryazarlık: Bireyin onam formlarını, ilaç etiketlerini ve sağlık bakım bilgilerini okumasına; doktorlar, hemşireler, eczacılar veya diğer sağlık profesyonelleri tarafından verilen yazılı ve sözlü bilgileri anlamasına; ilaçların doğru alınmasına, evde kendi sağlık bakımlarını sürdürebilmelerine ve randevularını takip edebilmelerine olanak sağlayan yeteneklerdir.
- Kavramsal okuryazarlık: İnsanların, bilinçli seçimler yapmak, sağlık risklerini azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak için sağlık bilgilerini ve kavramlarını aramak, anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için yaşamları boyunca geliştirdikleri geniş beceri ve yeterlilikler yelpazesi olarak tanımlanmaktadır.
- Güçlendirme olarak sağlık okuryazarlığı: Sağlığı geliştirme ve önleme çabaları ile vatandaşlık bağlılığını bir araya getiren bu sağlık okuryazarlık düzeyi; bireylerin hasta olarak haklarını ve sağlık sistemine dahil olma yeteneklerini kavramasını, sunulan ürün ve hizmetlerin ortaya çıkardığı sağlık riskleri ve sağlık hizmeti sunucularının sunduğu seçenekler hakkında bilinçli tüketiciler olarak hareket etmesini; oylama, savunuculuk veya toplumsal hareketlere üyelik yoluyla siyasi sistem aracılığıyla sağlığı iyileştirmek için bireysel veya

toplu olarak hareket edilmesini içeren bir tür aktif vatandaşlığın güçlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır.

Her iki sınıflandırmada da bireylerin sağlık okuryazarlığına ilişkin durumların benzer olarak ele alındığı ancak ikinci sınıflamada aktif vatandaşlığa da vurgu yapıldığı görülmektedir. Bir başka sınıflandırmada ise sağlık okuryazarlığı temel okuryazarlık, bilim okuryazarlığı, yurttaşlık okuryazarlığı ve kültürel okuryazarlık olarak ele alınmaktadır (Zarcadoolas ve ark 2005);

- Temel okuryazarlık; okuma, konuşma, yazma ve sayıları yorumlama (sayısal işlemler) ile ilgili beceri ve stratejileri ifade etmektedir.
- Bilim okuryazarlığı, bilim süreci hakkında bir miktar farkındalık da dahil olmak üzere, bilim ve teknoloji ile ilgili yeterlilik düzeylerini ifade etmekte ve genel olarak; temel bilimsel kavramlara ilişkin bilgi, teknik karmaşıklığı anlama becerisi, teknolojiye ilişkin bir anlayış, bilimsel belirsizliğin anlaşılması ve benimsenen bilimsel durumla ilişkili hızlı değişimin mümkün olması konularını içermektedir.
- Yurttaşlık okuryazarlığı, yurttaşların kamusal konulardan haberdar olmalarını ve karar alma sürecine dahil olmalarını sağlayan yeteneklere atıfta bulunmaktadır. İçerdiği temel konular ise medikal okuryazarlık yetenekleri, hükümet ve yurttaşlıkla ilgili süreçlere ilişkin bilgi ve bireysel sağlık kararlarının halk sağlığını etkileyebileceği konusunda farkındalık şeklindedir.
- Kültürel okuryazarlık ise sağlık bilgilerini yorumlamak ve buna göre hareket etmek için toplu inançları, gelenekleri, dünya görüşünü ve sosyal kimliği tanıma ve kullanma yeteneğini ifade etmektedir.

#### **1.4.2.Düşük Sağlık Okuryazarlığının Sonuçları**

Sağlıkla ilgili en büyük yüklere sahip insanların, genellikle ilgili sağlık bilgilerine erişimi sınırlı olmaktadır. Bu durum kısmen sağlık bilgilerinin karmaşık ve hantal yollarla sunulmasından ileri gelmektedir. Birçok insan karmaşık sağlık terminolojisini ve talimatlarını tam olarak yorumlama ve anlama ile riskten kaçınma veya risk azaltma stratejileriyle ilgili kişisel kararlar alma konusunda sınırlı bir yeteneğe sahiptir. Hem bireylerin hem de ailelerin sağlık profesyonelleri ile iletişim kurabilmeleri, kitle iletişimi ile paylaşılan sağlık bilgilerini anlayabilmeleri, sağlıklı

ilgili basılı, görsel-işitsel, grafiksel ve elektronik materyallerin nasıl kullanılacağını anlayabilmeleri, temel sağlık kavramları ve kelimelerini anlayabilmeleri ve burada ifade edilen sağlık bilgileri ile sağlıkla ilgili karar alma ve aksiyon alma arasındaki bağlantıları kurabilmeleri gerekmektedir (Kanj ve Mitic 2009). Zira sağlık düzeyi ile sağlık okuryazarlığının ilişkili olduğuna ilişkin elde edilen kanıtlar günden güne artmaktadır. Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri yükseldikçe daha sağlıklı oldukları ifade edilmektedir (Zarcadoolas ve ark 2006). Sağlık okuryazarlığı ile ilgili olarak toplumlara fayda sağladığı, kısıtlı sağlık okuryazarlığının sağlığı olumsuz etkilediği, eşitsizlikleri artırdığı ve sağlık sisteminde yüksek maliyetlere neden olduğu bilinmektedir. Ayrıca bireysel sağlık okuryazarlığı becerilerinin kazanılmasının yaşam boyu süren bir süreç olduğu, sağlık okuryazarlığı ile ilgili kapasite ve yeterliliğin bağlama, kültüre ve ortama göre değişebildiği ifade edilmektedir (Kickbusch ve ark 2013). Sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi, yüksek medikal tedavi maliyetleri ve koruyucu sağlık hizmetlerinden ziyade teşhis ve tedavi hizmetlerinin kullanılması ile ilişkilidir. Sınırlı düzeyde sağlık okuryazarı olan bireyler sağlıkla ilgili haberlerle ve gelişmelerle ilgilenmez ve kronik hastalıkların tedavisini tam olarak anlayamazlar (Rask ve ark 2013). ABD’de yaşayan yetişkinlerin yarısından fazlası sağlık planlarının kapsamını anlamayı, ilaç kullanımıyla ilgili talimatları ve ilaç etkileşimlerini okumayı ya da kamu halk sağlığı uyarılarını anlamayı ve buna uygun hareket etmeyi imkânsız olmasa bile zor bulmaktadırlar. Bu konular sağlık okuryazarlığının birer fonksiyonudur ve sağlık okuryazarlığı bir bireyin sağlık bilgilerini bulabilme, anlayabilme ve bu yönde hareket edebilme kabiliyeti olarak tanımlanmaktadır. Zarcadoolas ve ark (2006)’a göre düşük sağlık okuryazarlığının yol açtığı problemler ise genel olarak şu şekildedir;

- İlaçların uygun olmayan kullanımı
- Sağlık hizmetlerinin düzgün olmayan kullanımı veya kullanılmaması
- Kronik hastalıklarla ilgili zayıf öz-yönetim
- Acil durumlarda yetersiz yanıt
- Zayıf/Düşük sağlık çıktıları
- Düşük öz-yeterlilik ve öz-güven
- Bireyler ve toplum üzerinde finansal yük
- Sosyal eşitsizlik

Türkiye’de gerçekleştirilen bir sağlık okuryazarlığı çalışmasında ise düşük sağlık okuryazarlığının sonuçları şu şekilde ifade edilmiştir (Durusu-Tanrıöver ve ark 2014);

- Daha sağlıksız yaşam
- Kronik hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği
- Verilen eğitimleri anlamada güçlük
- Sağlıklı kalma ve koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi eksikliği ve bu hizmetleri kullanmada sorunlar
- Artan acil servis kullanımı ve hastane yatışları
- Verilen tedaviye uymada güçlük
- İlaç uygulama hatalarında artma
- Sağlık harcamalarında artma
- Artmış mortalite

Sağlığı geliştirme girişimlerinde sağlık okuryazarlığının göz önünde bulundurulması gerekliliği önem arz eden birçok farklı sebepten kaynaklanmaktadır. Öncelikle sağlık okuryazarlığı ile artan mortalite arasında açık bir ilişki olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda sağlık okuryazarlığının kronik hastalık öz yönetiminde hayati bir rol oynadığı da ifade edilmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığının sağlıkla ilgili toplam maliyetlere yıllık olarak %3-5 oranında ek maliyet getirdiği belirtilmektedir. Genellikle jargon ve teknik dil kullanımı sağlıkla ilgili birçok kaynağın kullanımını zorlaştırmaktadır. Buna ek olarak sağlık okuryazarlığının bir takım eşitsizliklere sebep olduğu bilinmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı sıklıkla bir bireyin kendi sağlığını efektif olarak yönetememesi, sağlık hizmetlerine efektif olarak erişememesi ve mevcut sağlık bilgilerini anlayamaması ve bu nedenle sağlıklı kararlar verememesi anlamına gelmektedir. Kötü sağlık çıktılarına sahip olan bireylerin sağlık okuryazarlıklarının geliştirilmesi, sağlık eşitsizliklerini azaltmada önemli bir araç olarak görülmektedir (Kanj ve Mitic 2009).

Sağlık okuryazarlığı ile bir takım sağlık davranışlarının ilişkili olduğu literatürde geniş ölçüde ortaya konulmuştur. Sağlık statüsünün belirleyicilerinden biri olan sağlık davranışları hem sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını hem de riskli sağlık davranışlarını içermektedir. Aaby ve ark (2017) çalışmalarında sağlık ile ilgili bilgileri anlamamanın fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenme, normalden düşük ya da obezite

düzeyinde kiloya sahip olma ile negatif yönlü bir ilişkisinin olduğunu tespit etmişlerdir. Aynı çalışmada sağlık hizmet sunucuları ile etkileşimde bulunmanın fiziksel hareket, beslenme ve sigara kullanımı ile ilişkili olduğu tespit edilmiş, hem sağlık bilgilerini anlama hem de sağlık hizmet sunucuları ile etkileşimde bulunmada yaşanan artış; hem fiziksel hem de mental sağlık düzeyinde artışla ilişkilendirilmiştir. Diğer birçok araştırmada benzer şekilde sağlık okuryazarlığının birçok sağlık davranışıyla ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Von Wagner ve ark 2007, Adams ve ark 2013, Geboers ve ark 2014, Husson ve ark 2015, Friis ve ark 2016). Sağlık okuryazarlığı ile ilgili girişimlerin yapıldığı araştırmaların incelendiği bir sistematik derlemede, birçok araştırmada sağlık okuryazarlığı girişimlerinin sağlık okuryazarlığı düzeyini artırdığı ve davranışsal çıktıları iyileştirdiği tespit edilmiştir (Walters ve ark 2020).

Söz konusu sigara kullanımı olduğunda da sağlık okuryazarlığının önemli bir değişken olduğu literatürde yer alan çalışmalarda ortaya konmuştur. Stewart ve ark (2013) çalışmalarında sağlık okuryazarlığının düşük olmasının daha yüksek nikotin bağımlılığıyla, sigara içme sonuçlarına ilişkin daha az olumsuz beklentiyle, sigara içmenin sağlık riskleri hakkında daha az bilgi ve daha düşük risk algıları ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Bir başka araştırmada, benzer şekilde, sağlık okuryazarlığının sigara içenlerin günümüzde sigara içmeye devam edip etmedikleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Fawns-Ritchie ve ark 2018). Gunes ve Gucuk (2021) çalışmalarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılmasının sigara bırakma tedavisinin başarısını artırmada etkili olduğunu tespit etmişlerdir. Bir başka araştırmada sağlık okuryazarlığının sigara kullanımı davranış değişikliği ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Atri ve ark 2018). Benzer şekilde tütün bağımlılığı tedavi polikliniğine başvuran bireylerin başvurmayanlara göre daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip oldukları tespit edilmiştir (Karagöz ve ark 2021).

Sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlık durumlarını korumak ve yükseltmek, akut sağlık problemlerinin çözülmesini sağlayabilmek ve kronik sağlık problemlerini daha iyi yönetebilmek için ilgili sağlık bilgilerine erişebilmesi, bu bilgileri anlayabilmesi ve davranışın belirleyicisi olarak kullanabilmesinin yanı sıra, sağlık sisteminin içerisinde gezinebilmesini, yani sağlık hizmetlerinin kullanımının gerektirdiği bürokratik yolları kullanabilmesini, dolayısıyla sağlık arama davranışının

medikal hizmetlere başvuru boyutunu da içermektedir. Bu anlamda sağlık okuryazarlığı sağlık durumunu korumak ve yükseltmek ile sağlık problemlerini çözmek ve yönetebilmek amacıyla eyleme geçme durumuyla da ilişkilidir. Her ne kadar bireyler günümüzde bir sağlık durumu ile ilgili ilk olarak yakın çevresinden bilgi alma ve internet üzerinden bilgi arama davranışını gerçekleştirse de bu bilgilerin güvenilirliği şüphelidir. Ayrıca bireylerin doğru bilgi ile yanlış bilgileri ayırt edebilmesi için de çoğu zaman yüksek bir sağlık okuryazarlığına sahip olması gerekmektedir. Bunun dışında, sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin sağlık sistemi kanallarını kullanabilme becerilerinin de yüksek olması beklenmektedir. Söz konusu sigara kullanımı gibi bir madde bağımlılığından kurtulmak olduğunda sağlık arama kanalının önemi artmaktadır. Tüm bu durumlar göz önünde bulundurulduğunda sağlık okuryazarlığının sigara kullanımına ilişkin pek çok konuyla ilişkili olabileceği değerlendirilmektedir.

### **1.5.Sağlık Arama Davranışı**

Sağlık kavramının tanımlanmasına yönelik çeşitli çabalar sarf edilmiş, araştırmacılar sağlık kavramının farklı yönlerine dikkat çekmişlerdir. Sağlık kavramının tanımlanmasına ilişkin bu çabalar neticesinde ortaya çıkan çeşitli tanımlardan bir kısmı sağlığın negatif tanımları şeklindeyken, bir kısmı ise sağlığın pozitif tanımlarına yer vermiştir. Sağlık kavramının tanımlanmasına yönelik bu çabalar sürerken DSÖ sağlığa ilişkin hem geniş kabul gören hem de sıklıkla eleştirilen bir tanım yapmıştır. Bu tanıma göre sağlık sadece negatif tanımlarda olduğu gibi sağlıksızlık halinin olmaması değil, aynı zamanda pozitif tanımlardaki şekliyle bir iyilik halinin de bulunması olarak tanımlanmıştır. DSÖ'ye göre sağlık "sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil; fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlamaktadır (WHO 2021d). Bu tanım, sağlık tanımları arasında açık ara en çok bilineni ve en çok kullanılanı olarak ön plana çıkmaktadır. Ancak DSÖ tarafından yapılan ve geniş kapsamlı olan bu tanım da yıllar içerisinde tartışmalara konu olmuştur. Öncelikle bu tanım pratik bir çerçeveye sunmamakta ve özellikle değer temelli bakımın (value-based care) geliştiği yeni döneme uyum sağlayamamaktadır (Card 2017). Araştırmacılar sağlık kavramının bu tanımından yola çıkarak "sağlıklılık" halinin sağlanmasının çok zor olduğunu, aynı zamanda değişen koşullara uyum sağlamadığını belirtmektedirler (Huber ve ark 2011). Bu tanım ile beraber sağlıklı



olma kriteri, ulaşılabilir bir noktanın ötesine konulmuştur. Zira bu tanımda belirtilen kriterlerin gözetilmesi; hafif sağlık problemleri, yönetilmesi kolay olan ve iyi yönetilebilen kronik hastalıkları veya küçük bir takım engellilik durumları olan bireyleri de sağlıksız olarak sınıflandırmak anlamına gelmektedir (Bircher ve Kuruvilla 2014). Örneğin diyabet gibi kronik bir hastalığı olan bir birey uygun yaşam biçimi düzenlemeleri ve periyodik takip ile herhangi bir hastalığı olmayan bir birey gibi yaşamını sürdürebilmekte, yaşamdan zevk alabilmekte ve sosyal rollerini yerine getirebilmektedir. Öte yandan eskiden akut ve ölümcül bir hastalık olarak tanımlanan HIV/AIDS gibi bir hastalık dahi artık kontrol altında tutulabilmekte ve HIV pozitif bireyler de uzun yıllar boyunca sağlıklı bir yaşam sürebilmektedir. Dolayısıyla bu hastalık da artık kronik bir hastalık olarak değerlendirilmektedir (Levitt 2020). Ayrıca bu tanıma göre gözlük kullanan veya diş teli kullanan insanların da sağlıklı olarak sınıflandırılması mümkün değildir (Card 2017). Bu nedenle DSÖ tanımı sorgulanırken yeni sağlık tanımlarının yapılmasına yönelik çabalar da ortaya konulmaktadır (Leonardi 2018).

Son dönemde DSÖ tanımında yer alan hastalık ve sakatlığın olmaması ifadesi; toplumsal yapı ile demografik ve epidemiyolojik değişimler neticesinde geçerliliğini yitirmiş görünmekte, tam bir iyilik hali ifadesi ise sağlanması zor bir kriter olarak öne çıkmaktadır. Bu nedenle sağlık kavramının güncel koşullara uygun olarak tanımlanması gerekmektedir. Bu tanımların birinde Card (2017) sağlığı şu şekilde ifade etmektedir: “Sağlık fiziksel ve psikolojik olarak bir iyi olma deneyimidir. İyi sağlık ve kötü sağlık bir ikilem değil, süreklilik olarak ortaya çıkar. Hastalık veya sakatlığın olmaması iyi bir sağlık durumu için ne yeterli ne de gereklidir”. Bu tanım DSÖ tanımı ile ters düşmemekte, sağlığı bir esenlik deneyimi olarak tanımlamaktadır. Bununla beraber DSÖ tanımından farklı olarak hastalık veya sakatlığın bir dereceye kadar var olmasını sağlıklı olma durumu açısından diskalifiye edici bir kriter olarak öne sürmemektedir (Card 2017). Bir başka tanımda sağlık kavramı “bir takım hastalıklara ve/veya sakatlıklara rağmen, yaşamdan maksimum fayda sağlama” şeklinde ifade edilmektedir (Söyler ve Çavmak 2019). Bu daha güncel tanımlar, son dönemde literatürde yer alan sağlık tanımlarının birçoğu ile uyum içerisindedir. Örneğin Bircher ve Kuruvilla (2014)’ya göre “Sağlık, bireylerin biyolojik olarak sahip oldukları ve bireysel olarak edindikleri potansiyellerini yaşamın gereklilikleri çerçevesinde refahı artıracak şekilde yönetmek için kullandıklarında ortaya çıkar.” Bu

tanımda sağlık bir süreç olarak ifade edilmekte ve bu sürecin yaşam boyunca devam ettiği, sağlığın belirleyicilerinden olan sosyal ve çevresel belirleyiciler içerisinde yer aldığı belirtilmektedir (Bircher ve Kuruvilla, 2014). Bu tanımlarda görüleceği üzere sağlık kavramı ile ilgili olarak artık, bireylerin toplumun kendilerinden beklediği rolleri yerine getirebilmesi, kişinin hastalık ve sakatlığı olmasına rağmen yaşam kalitesinin yüksek olması, gerçekleştirmek istediği fonksiyonları yerine getirebilmesi gibi noktalar ön plana çıkmaktadır. Ayrıca bu tanımlarda sağlığa ilişkin olarak yaşamın taleplerine yanıt verme ile ilgili bir süreklilikten bahsedildiği de görülmektedir.

Sağlık kavramının tanımlanması, bazı çevrelerce gereksiz veya aşırı teorik bir çaba olarak görülmesine rağmen, sağlıklı olma durumunun ne olduğunun tanımlanması hem bireylerin hem de toplumların sağlık düzeyinin yükseltilmesi açısından önemlidir. Zira bu çaba neticesinde sağlıksız olarak nitelendirilen durumların araştırılması, sebeplerinin ortaya konulması ve sağlığın tesis edilmesi ile geliştirilmesi de mümkün olabilmektedir (Söyler ve Çavmak, 2019).

Sağlık davranışları sağlık statüsü üzerinde etkili olan en önemli faktörlerden biri olarak ön plana çıkmaktadır. Birçok araştırma sağlık çıktıları ile sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi açıkça ortaya koymuş, yine birçok araştırmada sağlık davranışının mortalite ve morbidite açısından önem arz ettiği ifade edilmiştir. Bir takım çalışmalarda ise sağlık davranışlarının kronik hastalığın başlamasını geciktirerek ve aktif yaşam süresini uzatarak yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etkisi olabileceğine dikkat çekilmiştir (Conner ve Norman 2005).

Sağlık davranışları; genetik, çalışma ortamı ve iş çevresi de dahil olmak üzere yaşam koşulları ve sağlık hizmetlerinin yanı sıra sağlık durumuna etki eden önemli bir faktör olarak ön plana çıkmakta; sağlıklı olma halinin korunması ve geliştirilmesi ile hastalıkların önlenmesi için gerekli olan davranışlar şeklinde tanımlanabilmektedir (Hildt-Ciupińska ve Pawłowska-Cyprysiak 2020). Diğer bir bakış açısına göre ise sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili davranışlar, sağlık davranışı olarak tanımlanmaktadır (Şen ve ark 2017). Zaybak ve Fadiloğlu (2004) ise sağlık davranışını “bireylerin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak amacıyla inandığı ve uyguladığı davranışlar bütünü” olarak tanımlamaktadır (Zaybak ve Fadiloğlu 2004). Sağlıkla ilgili davranışlar (health-related behaviors) olarak da adlandırılabilen sağlık davranışları; bireyler tarafından gerçekleştirilen, sağlıklı olma halini veya ölüm

oranlarını etkileyen eylemler olarak ifade edilmektedir. Bu eylemler bilinçli olarak ya da bilinçsiz olarak gerçekleştirilebilmekte, eylemi gerçekleştiren kişinin ya da başkalarının sağlığını geliştirebilmekte veya bozabilmektedir. Bu eylemler arasında sigara ve bağımlılık yapıcı madde kullanımı, diyet, fiziksel aktivite, uyku, riskli cinsel eylemler, sağlık hizmeti arama davranışları ve hekimin önerdiği tedaviye bağlı kalma gibi önem arz eden eylemler de yer almaktadır (Short ve Mollborn 2015). Sağlık davranışları sağlığı iyileştiren ve geliştiren eylemler gibi, kişinin hastalık riskini artıran eylemleri de içeren geniş bir yelpazede değerlendirilmektedir (CHRR 2021). Sağlık davranışı geniş anlamda hastalıkların tespit edilmesi ya da sağlık ve esenliğin geliştirilmesi için gerçekleştirilen her türlü faaliyet olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi hizmetlerin kullanılması, diyabette olduğu gibi bir takım tıbbi rejimlere uyum sağlanması ve kişinin kendi yönettiği (self-directed) egzersiz, diyet ya da sigara kullanımı gibi davranışların tümü bu tanımın işaret ettiği davranışlar arasında yer almaktadır (Conner ve Norman 2005).

Literatür incelendiğinde sağlık davranışı, hastalık davranışı ve hasta rolü davranışı şeklinde bir sınıflandırmanın mevcut olduğu görülmektedir. Sağlık davranışı bireyin bir hastalığı önlemek için ya da hastalık henüz asemptomatik iken tespit edebilmek için gerçekleştirdiği herhangi bir faaliyet olarak tanımlanmaktadır. Hastalık (illness) davranışı, hasta/rahatsız hisseden bir bireyin bu hastalığın teşhisi ve uygun şekilde tedavisi için gerçekleştirdiği herhangi bir davranıştır. Bu kapsamda ifade edilen davranışlar; bireylerin sağlıkları ile ilgili şikâyetlerini arkadaşlarına, akrabalarına ya da sağlık alanında eğitim almış kişilere ileterek bu kişilerden bir danışmanlık almaya çalışması olarak ortaya çıkabilmektedir. Hasta rolü (sick role) davranışı ise kendisinin hasta olduğunu kabul eden bireylerin iyileşmek amacıyla üstlendikleri faaliyetlerdir. Bu faaliyetler uygun profesyonellerden tedavi almayı da içerecek şekilde bir dizi birbirine bağlı davranışı içermekte ve bireyin bir takım sorumluluklarını bir dereceye kadar ihmal etmesine yol açmaktadır. Toplumda hasta olmak ile ilgili olarak açık ve açık olmayan kurallar vardır. Hasta rolü davranışı tanımlamasına göre birey hastalandığı için sorumluluklarını gerçekleştirememesi durumundan sorumlu tutulamamakta, normal sosyal zorunluluklarından bir anlamda muaf tutulmaktadır. Ancak hasta rolü genellikle istenmediği ve bir noktada da normalden sapmış olarak görülmekte olduğundan, birey iyileşmek için çaba göstermek ve uygun bir yardım arama davranışı göstermek zorundadır. Burada doktor veya ilgili

alan uzmanının tamamlayıcı bir rolü bulunmaktadır. Bu uzman, hasta kişinin iyileşmesinde ve normal sosyal sorumluluklarına geri dönmesinde rol oynamaktadır (Kasl ve Cobb 1966).

Hastalık davranışı terimiyle, farklı bireylerin algıladıkları semptomlar ve rahatsızlıkları farklı şekillerde değerlendirebileceği, bu doğrultuda önlem almak ve/veya teşhis ve tedavi için harekete geçebileceği ya da geçmeyebileceğine de atıfta bulunmaktadır. Bir hastalık veya rahatsızlıkla ilgili daha önceki deneyimler, konuya ilişkin eğitim düzeyi vb. nedenlerle bireylerin bir kısmı hızlıca harekete geçerek yardım arayabilirken, bir kısmı ilgili semptom ve rahatsızlıkları göz ardı edebilmektedir. Dolayısıyla hastalık davranışı teşhis ve tedavinin başlayıp başlamayacağını dahi belirlemektedir (Mechanic 1962). Zira bireylerin sağlığa ilişkin algıları ve sağlık davranışları ile risk altında olduklarını düşündüklerinde gerçekleştirdikleri sağlık arama davranışları incelenmeden herhangi bir sağlık hizmetinin gerektiği şekilde kullanılamayacağı ifade edilmektedir.

Görüldüğü gibi sağlık ve hastalık süreci bir takım aşamalardan oluşmakta, her aşamasında bireylerin farklı rollere sahip olması ve belirli davranışlar gerçekleştirmesi beklenmektedir. Sağlık davranışları ile sağlık durumunun bozulmasını ve hastalıklara yakalanmayı önlemek amaçlanırken, bireyler bir rahatsızlık hissettiklerinde ise hastalık davranışı sürecini deneyimlemektedirler. Burada artık bir sorun olduğunun kabul edildiği ve soruna ilişkin bilgi almayı da içeren bir takım davranışların gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu noktada iyileşmek için çaba gösteren bireylerin ise hasta rolü davranışı gerçekleştirdikleri ifade edilmektedir. Dolayısıyla bu tez çalışması kapsamında irdelenen bireylerin sağlık arama davranışları; bir rahatsızlık hissettikleri durumda, sağlık ile ilgili bilgi arayışında olduklarında ya da kendileri ile ilgili bir sorun tanımlamalarının ardından gerçekleştirdikleri davranışları içermektedir.

Sağlık arama davranışı, kendisinde bir sağlık sorunu olduğunu veya hasta olduğunu algılayan/düşünen bireylerin uygun bir çare bulmak amacıyla üstlendikleri herhangi bir faaliyet olarak tanımlanmaktadır (Musinguzi 2018). Mahmood ve ark (2009) ise sağlık arama davranışını bireylerin algıladıkları kötü sağlık durumunu düzeltmek için üstlendikleri iyileştirici eylemler dizisi olarak tanımlamıştır. Diğer bir tanıma göre sağlık arama davranışı sağlık durumunu sürdürmek ya da bozulan sağlık durumunu düzeltmek için gerekli olan tüm davranışları içeren bir kavram olarak ifade

edilmektedir. Buna ek olarak sağlık arama davranışının sağlık kaybına neden olan durumdan kurtulma ve hastalığa ilişkin seyrin ve etkilerin azaltılması ile ilgili davranışları da içerdiği belirtilmektedir (Sarı 2016).

Bireyler bir rahatsızlık hissettiklerinde çeşitli arayışlar içerisine girebilmektedirler. Bunlar bazen bir hekime başvuru olarak ortaya çıkabilmekteyken, bazen kendi kendine ilaç kullanma (self-medication), güvendiği bir kişinin önerilerine uyma gibi davranışlar olarak görülebilmektedir. Bazı durumlarda ise doğaüstü güçlerden yardım bekleme gibi davranışlarla da karşılaşmaktadır (Akman 2015). Kıraç ve Öztürk (2021) da benzer şekilde geliştirmiş olduğu “Sağlık Arama Davranışı Ölçeği” içerisinde sağlık arama davranışını çevrimiçi yöntemle sağlık arama davranışı, geleneksel sağlık arama davranışı ve profesyonel sağlık arama davranışı olarak sınıflandırmıştır.

### **1.5.1. Geleneksel Sağlık Arama Davranışı**

Yardım arama davranışı, kişinin yaşadığı toplumsal değerlerden, toplumsal etmenlerden, aile üyelerinin tedavi arayışına dahil edilmesinden, kişide var olan ruhsal hastalıklardan ve psikolojik etmenlerden etkilenmektedir (Özkorumak ve ark 2006). Bireyler, çeşitli nedenlerle sağlık hizmetine ihtiyaç duyduklarını değerlendirdiklerinde sağlık hizmeti arama kararı verme noktasına gelmektedirler. Ancak sağlık hizmeti arama kararı karmaşık bir yapıya sahiptir. Aile ve arkadaş çevresi, dini veya kültürel olabilen geleneksel şifacılar ya da farklı sağlık kurumlarında yer alan sağlık profesyonellerine başvuru şeklinde farklı kanallarla sağlık arama davranışı gerçekleştirilebilmektedir (Atwine ve ark 2015). Bu çerçevede genel bir yanılsama, bireylerin sadece iyi olma hallerini göz önünde bulundurarak sağlık hizmeti talep edeceğidir. Esasında burada birçok farklı faktörün de yer aldığını söylemek yanlış olmayacaktır. Burada yer alan sağlık inançları, ekonomik koşullar, demografik ve kültürel değişkenler, sağlık hizmeti arama kararını ve bu hizmetlerin kimden talep edileceğini etkileyen önemli faktörlerdir (Roy ve ark 2004).

Modern sağlık hizmetleri örgütlenmesinin yanı sıra, geleneksel şifacılar, aktarlar, kırık-çıkıkçılar, formal eğitimi olmayan ebeler gibi bir takım geleneksel ve tamamlayıcı uygulamalar da sağlık hizmeti talep eden bireylerin tercih ettiği uygulamalar olarak karşımıza çıkmaktadır. Öte yandan, modern sağlık hizmetlerine

başvuran ancak burada şifa bulamadığını düşünen, sıkıntıları geçmeyen ya da sorunlarının kötüleştiğini düşünen bireyler modern sağlık hizmetlerinden ziyade şifalı bitkileri ya da besin takviyelerini de reçete edebilen geleneksel sağlık hizmetlerine yönelebilmektedirler (Hjelm ve Atwine 2011). Bazı bireyler kültürlerinde yer alan geleneksel şifacılar tarafından sağlık hizmeti talep edebilmektedirler. Burada ekonomik olarak modern sağlık hizmetlerine göre daha karşılanabilir olmasından ziyade, bireylerin geleneksel şifacıları, şifalı olduğuna inanılan bitkileri ve evde yapılan ilaçları tercih etmesinde başı çeken sebep, bu tür uygulamaların kültürleri ile uyumlu olması olarak gösterilmektedir (Roy ve ark 2004).

Uygun sağlık hizmetlerinin neler olduğuna ilişkin bilgi eksikliğinin olması da, bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde problemler yaşanmasına sebep olabilmektedir. Bu durum bazı toplumlarda daha yoğun bir şekilde görülebilmektedir. Örneğin Nijerya'da gerçekleştirilen bir araştırmada, toplumun neredeyse üçte birinin hangi hizmetlerin uygun sağlık hizmetleri olduğuna ilişkin bilgi düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda bireylerin azımsanamayacak bir kısmı geleneksel şifa evleri, kiliseler, ruhani şifa evleri vb. yerleri tedavi kaynağı olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Aynı araştırmada katılımcıların yarısından fazlası geleneksel ilaçların orthodox ilaçlara göre daha etkili olduğu konusunda düşüncelere sahiptirler veya hangisinin daha etkili olduğu konusunda kararsız kalmaktadırlar (Duru ve ark 2017).

Geleneksel şifacılar, bireyler tarafından farklı anlamlarda kullanılabilirler. Burada yerel şifalı otların/bitkilerin kullanımından büyücülük ve ayinlerle şifa sağlamaya kadar geniş bir ölçekte yer alan uygulamaların olduğu ifade edilmektedir (Hjelm ve Atwine 2011). Literatürde geleneksel sağlık arama davranışı olarak ifade edilen davranışlar ve ilgili sağlık arama kanalları farklı şekillerde ele alınmaktadır. Bununla beraber genel bir ifade ile geleneksel tıp olarak ifade edilen uygulamalar, modern tıp çağından önce çeşitli toplumlarda nesiller boyunca gelişen geleneksel bilginin tıbbi yönlerini içermektedir (Singh ve Singh 2019). Geleneksel tıp, sağlığın korunmasında, fiziksel, zihinsel veya sosyal hastalıkların teşhisinde, önlenmesinde veya ortadan kaldırılmasında kullanılan, açıklanabilir olsun veya olmasın; teorilere, inançlara ve yerli kültürel deneyimlere dayanan bilgi, beceri ve uygulamaların toplamı olarak tanımlanmaktadır (Tabuti ve ark 2003). Kültürden kültüre farklılık gösterebilen

şifacılar genel olarak doğaüstü güçlere sahip olduğuna inanılan kişiler, dini roller üstlenmiş şifacılar ile bitkisel ürünleri tedavi amaçlı kullanan kişiler olarak sınıflandırılabilir. Bitkilerle tedavi uygulayan kişiler gibi şifacılar da kırıkçı-çıkıkçı, sünnetçi, dükkânlarda veya pazarlarda ilaç satan kişiler gibi alt sınıflara ayrılabilir (Stekelenburg ve ark 2005).

Bazı ülkelerde sağlık hizmetlerinin organizasyonunda yaşanan sorunlar ve ilaç gibi ürünlere erişimde yaşanan sıkıntılar nedeniyle bireyler alternatif kaynaklara yönelebilmekte, geleneksel ürünleri şifa bulmak amacıyla kullanabilmektedir (Hjelm ve Atwine 2011). Amegbor ve ark (2019) tarafından yaşlı popülasyon üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmanın sonuçlarına göre sağlık sigortasına sahip olmayanların geleneksel yöntemleri tercih etme ihtimali sağlık sigortasına sahip olanlara göre daha yüksektir. Öte yandan gelir düzeyi arttıkça geleneksel yöntemlere başvurma ihtimalinin azaldığı ortaya konulmuştur. Dolayısıyla bu araştırma neticesinde geleneksel tedavi yöntemlerinin çoğunlukla ekonomik olarak düşük seviyede ve sağlık sigortasından yoksun kesim tarafından kullanıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Hjelm ve Atwine (2011) genel yaşam koşullarının, bireysel inançların ve cinsiyet ile ilgili konuların sağlık arama davranışını etkilediğini öne sürmektedir. Aynı çalışmada kadınların ekonomik gücünün çoğunlukla eşlerine bağlı olduğu toplumlarda, ekonomik sebeplerle profesyonel sağlık hizmetleri yerine alternatif yöntemlerin tercih edilebildiği belirtilmiştir. Bu durum da çeşitli faktörlerin tek tek ya da birlikte geleneksel sağlık arama davranışı üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Kenya’da geleneksel ve bitkisel tedavilerin ele alındığı bir çalışmada tahmini olarak her bir tedavi uygulayıcısının yılda yaklaşık 2000 hastaya tedavi uyguladığı belirtilmiştir. Yine tahmini olarak genele yansıtıldığında geleneksel tedavi uygulayıcıları ile hasta temasının yıllık 80 milyondan fazla olduğu ifade edilmektedir. Bu merkezlere başvuru şikâyetlerin devlete bağlı sağlık hizmet sunucularına başvurularla benzerlik gösterdiği de ifade edilmektedir. Araştırmanın sonucunda özellikle kırsal kesimde yaşayan düşük gelirli kesimlerin sağlık hizmetlerini hükümet düzenlemelerine bağlı olmayan geleneksel sağlık hizmeti sunucularından talep ettiği bildirilmiştir. Bu çalışmada esasa halklarının sağlık arama davranışı çerçevesinde mantıklı kararlar verdikleri, ulaşılabilir olduğu takdirde hastanelerden hizmet almak istedikleri belirtilmiştir. Hastanelerin uzak olduğu durumlarında

bölgesel klinikler ve diğer sağlık merkezlerini tercih etmektedirler. Ancak bunun mümkün olmadığı durumlarda ise geleneksel tedavi yollarını tercih etmektedirler (Lambert ve ark 2011).

Ülkemizde hekime başvuru oranları özellikle sağlıkta dönüşüm programının ardından artış göstermiştir (2002 yılında kişi başına 3,1 başvuru, 2019 yılında kişi başına 9,8 başvuru) (OECD 2021b). Bu durum da bireylerin erişebilir oldukları durumda resmi sağlık kurumlarını tercih edeceklerine ilişkin önemli bir göstergedir. Bu çerçevede ele alındığında sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının artırılması önem arz etmektedir. Burada değinilmesi gereken diğer bir konu ise erişilebilir dahi olsa bireylerin resmi sağlık hizmetlerine erişim sağlamaları için gerekli bilgi düzeyine sahip olması gerektiğidir. Bu anlamda sağlık okuryazarlığının artırılması, buna yönelik önlemler alınması gerektiği yadsınamaz bir gerçektir.

Bireyleri geleneksel yöntemlerle sağlık aramaya iten sebepler arasında, bu kişilerin sağlık ve hastalığa ilişkin sağlık inançlarının da yer aldığı bilinmektedir. Örneğin sağlık durumu bozulan ve sağlıklı olma haline dönmek isteyen ya da sağlık durumunu sürdürmek isteyen bireyler sağlık ve hastalığın kaynağının doğaüstü güçler olduğuna inanıyorsa, sağlık arama davranışı da doğaüstü güçleri olduğuna inanılan şifacıları veya bitkileri tercih etmek şeklinde gerçekleşebilmektedir (Kırpınar 1992, Macfarlane ve Alpers 2009, Hjelm ve Atwine 2011, Chikafu ve ark 2022). Ayrıca Güleç ve ark (2011), sıra bekleme ve randevu alma gereksinimi olmaması, hizmet bedellerinin ödenebilir düzeylerde olması, kullanılan araç ve gereçlerin ulaşımının kolay olması gibi nedenlerle bireylerin geleneksel yöntemlere modern yöntemlerden daha kolay ulaşabildiğini ifade etmektedirler. Stekelenburg ve ark (2005) da benzer şekilde bekleme süresinin önemli bir faktör olduğunu tespit etmiştir. Geleneksel şifacıardan hizmet alan bireyler bu hizmetlerden memnun kalmadıkları takdirde hastaneye gitmeyi düşünmektedirler. James ve ark (2020) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmanın sonuçlarına göre Ebola hastalığını atlattmış bireylerin geleneksel ve tamamlayıcı sağlık hizmetlerine yönelmesinde etkili olan faktörler; resmi sağlık hizmeti sunan kurumlarda ilaçların erişilebilirliği konusu ve sağlık hizmet sunucuları ile diğer hastaların olumsuz davranışları olarak ifade edilmiştir. Bu çerçevede bireylerin modern sağlık hizmetleri örgütlenmesinde ihtiyaç duydukları ürünlere erişip



erişememesi ile damgalanma şeklinde gerçekleşen davranışlar nedeniyle de alternatif kanallara yönelebildikleri görülmektedir.

Ülkemizde de tıp dışı olduğu ifade edilen ancak toplumun geniş bir kısmı tarafından terk edilemeyen çok sayıda ilkel ve büyüsel inançlar ile bunlara bağlı olarak ortaya çıkan pratikler olduğu bilinmekte, bu tür uygulamaları kullanma eğiliminin daha da arttığı gözlemlenebilmektedir (Bahar ve ark 2010).

Ünal ve ark (2001) gerçekleştirdikleri araştırmada bireylerin çare arama davranışlarında geleneksel/dinsel yöntemlerin de önemli bir yeri olduğunu tespit etmişlerdir. Bireylerin bir kısmı rahatsızlıkları için daha önce geleneksel yöntemlere başvurduklarını ifade ederken, bir kısmı da bir yakınlarında böyle bir problemin olması durumunda geleneksel yöntemleri önerebileceklerini ifade etmişlerdir.

Geleneksel şifacılarla ilişkin üç farklı görüşün olduğu ifade edilmektedir. Bunlardan ilkinde göre özellikle bazı kırsal kesimlerde resmi sağlık hizmeti ağının mevcut olmaması nedeniyle geleneksel şifacılar tek sağlık hizmet sunucuları olarak görülmektedirler ve bu nedenle sağlık hizmet sunumu üzerinde bir monopoliye sahiptirler. İkinci görüşe göre geleneksel şifacılar şarlatan olarak tanımlanmakta ve müşterilerini kandırarak onlardan faydalanmaktadırlar. Bu görüşe göre geleneksel şifacılar maddi koşulları nedeniyle resmi sağlık hizmetlerinden faydalanma olanağı olmayan, sağlık arama noktasında doğru ile yanlış ayırma yeteneğinden yoksun olacak derecede düşük bilgi düzeyine sahip olan, gerçekten hasta olmayan ya da kendi kendine de iyileşebilecek hastalıklara sahip olan kişilere hizmet sunmakta ya da oluşturdukları geçici plasebo etkisi ile hastalar tekrardan kötü hissetmeden önce para kazanmaktadırlar. Üçüncü görüş geleneksel şifacıların varlıklarını sürdürebilme nedenlerini sundukları hizmetlere dayandırmaktadır. Buna göre geleneksel şifacılar gerçekten de faydalı olan bir takım terapilere hakimdir. Bu terapileri, içerisinde yaşadıkları topluma yönelik olarak şifalı ilaçlara dönüştürebilmektedirler. Zira tedavi sundukları toplumu, içerisinde yaşadıklarından dolayı, iyi tanımaktadırlar (Lambert ve ark 2011). Hangi görüş geçerli olursa olsun, bireylerin ilk olarak modern tıp yerine geleneksel sağlık hizmetlerine başvurmaları özellikle modern sağlık hizmetlerine başvuruların gecikmesine neden olabildiği için bir takım sorunlara sebep olabilmektedir. Öte yandan modern tıp ile beraber bu tedavilere yönelinmesi, modern sağlık hizmetlerinin önerdiği tedavilerin hastalar tarafından sonlandırılmasına da

neden olabilmektedir (Güleç ve ark 2011, Duru ve ark 2017, Chikafu ve ark 2022). Stekelenburg ve ark (2005) araştırmalarında katılımcıların birçoğunun hastanelerden önce geleneksel şıfacılardan hizmet aldıklarını ve bunlar arasında hastaneye geç başvuru nedeniyle hastalığı ilerlemiş olanlar ile beraber malpraktis nedeniyle zarar görmüş olanların da mevcut olduğunu tespit etmişlerdir. Adhikari ve ark (2015) lenfödem hastalığından mustarip kişilerin sağlık arama davranışlarını inceledikleri çalışmalarında bireylerin hastalığın ilk aşamalarında geleneksel tedavi yöntemlerini tercih ettiklerini tespit etmişlerdir. Bu kapsamda bir takım dini/ruhani ritüeller, bazı yiyeceklerden uzak durmak, astrolojistler, sıcak su uygulamaları gibi evde tedavi yöntemleri vb. geleneksel yöntemlerin tercih edilebildiği bildirilmiştir. Aynı araştırmada katılımcıların hastalıklarını gerçek sebeplerinden ziyade geçmişte yaptıkları işlere ve fiziksel aktivitelerine bağladıkları tespit edilmiştir. Dolayısıyla bireylerin birçoğunun lenfödem hastalığına ilişkin koruyucu önlemleri bilmedikleri ifade edilmektedir. Katılımcıların doğru olmayan bir şekilde bazı besinlerden uzak durması, vücutlarında beslenme problemlerine bağlı sorunların da ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (Adhikari ve ark 2015).

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda sağlık arama davranışının incelendiği bir araştırmada katılımcıların %53'ünün sağlık hizmetlerine başvurmadan önce bir takım ilaçları kendi kendine kullandığı belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerine alternatif olarak en fazla başvuru geleneksel şıfacılardır. Ayrıca katılımcıların %46'sı semptomatik dönemde cinsel ilişki yaşadığını, bunların da %75'i kondom kullanmadığını ifade etmiştir. Kondom kullanmayan çoğunluk sağlık hizmeti için geleneksel şıfacıları tercih etmiştir (Zachariah ve ark 2002).

Türkiye'de gerçekleştirilen bir çalışmada özellikle psikiyatrik problemlerle ilgili farkındalığın düşük olmasından dolayı bu tür belirtilerde modern sağlık hizmetlerinden ziyade öncelikle çeşitli geleneksel tedavilerin uygulandığı ya da kötü ruhları kovma yeteneği olan kişilerden şifa arama yönteminin tercih edildiği tespit edilmiştir (Kırpınar 1992).

Diyabet hastalarının geleneksel sağlık hizmeti arama davranışlarının incelendiği bir araştırmada katılımcıların semptomları için profesyonel sağlık hizmetlerinin yanı sıra şıfacılara başvurdukları, bir takım bitkileri kullandıkları, çeşitli beslenme önerileri aldıkları tespit edilmiştir. Aynı araştırmada katılımcıların ayrıca

yakın çevrelerinden öneri aldıkları ve bir kısmının radyodan sağlık programlarını takip ettikleri; bir kısmının ise başkalarında işe yarayan tedavileri alabilmek için arkadaşlarından ve diğer hastalardan yardım aldıkları tespit edilmiştir (Atwine ve ark 2015).

Görüldüğü gibi bireyler modern batı tıbbının yanı sıra şifacılar, bitkisel uygulamalara, kitle iletişim araçlarına ve sosyal çevrelerine başvurarak sağlık arama davranışı sergileyebilmektedirler. Burada ön plana çıkan diğer bir davranış şekli ise kendi kendine tedavi uygulama (self-treatment) ve kendi kendine ilaç kullanımı (self-medication) olarak öne çıkmaktadır. Zira hekim önerisi olmadan, reçetesiz ilaçların evde kullanımı da yaygın bir şekilde görülebilmektedir. Bu davranış şekli de farklı topluluklara göre farklılık arz edebilmekte ve diğer geleneksel tedavi yöntemleri ile benzerlik göstermektedir (Roy ve ark 2004). Thorsen ve Pouliot (2016) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, geleneksel uygulamalar, özellikle de şifalı olduğu düşünülen bitkilerle yapılan kendi kendine tedavilerin sağlık arama davranışı olarak öne çıktığı tespit edilmiştir.

Dünya genelinde bitkisel tedavilerin ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı artış göstermektedir. Bu kullanım tek yöntem olabileceği gibi, modern tıp profesyonelleri tarafından verilen ilaçlarla aynı anda da gerçekleşebilmektedir (Singh ve ark 2012). Gelişmekte olan ülkelerde bireyler modern batı tıbbına erişim sağlayamadıkları ya da maliyetlerini karşılayamadıkları için bitkisel tedavilere başvururken, benzer ama ters yönde işleyen bir ilişki de endüstrileşmiş ülkelerde yaşanmaktadır. Bu ülkelerde bireylerin batı tıbbına ek olarak reçetesiz satılan bir takım bitkisel gıdalar ve bu gıdalardan elde edilen tıbbi ürünlere bir yönelimi olduğu gözlenmektedir (Eichhorn ve ark 2011).

Kendi kendine tedavi davranışında bireylerin algıladıkları sağlık durumları, ekonomik koşulları ve bireysel sağlık davranışlarının önemli faktörler olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca ilgili sağlık durumuna ilişkin algılanan ciddiyet, belirti süresi gibi farklı değişkenlerin kendi kendine tedavi kararı üzerinde etkili olduğu, aynı zamanda eğitimsel ve ekonomik değişkenlerin de sağlık hizmeti seçimi üzerinde önem arz eden konular arasında olduğu belirtilmektedir (Yuefeng ve ark 2012).

Farklı etnik kökenlerden bireylerin geleneksel sağlık inançlarının incelendiği bir araştırmada, katılımcıların %40'ının evde yapılan bir takım tedavilerin hastalıkları tedavi etme noktasında, reçeteli ilaçlardan daha etkili olduğuna inandığı sonucuna varılmıştır. Aynı araştırmada katılımcıların yaklaşık %22'si acil bir durum olmadığı sürece çocuklarını doktora götürmektense evde tedavi etmeyi tercih edeceklerini ifade etmiştir. Oransal olarak düşük olsa da, katılımcıların bir kısmı doktordan herhangi bir reçete almadan, bir takım ilaçların çocukları tedavi etmek için kullanılabileceğini ifade etmişlerdir (Roy ve ark 2004).

Kendi kendine ilaç kullanımının küresel bir olgu olduğu ve birçok önemli sağlık sorununa yol açabileceği belirtilmektedir. Kendi kendine ilaç kullanımı konusunda yaşanabilecek bilgi eksikliği, ilaçlara dirençten ciddi alerjik reaksiyonlara kadar varabilen sağlık sorunlarına yol açabilmektedir (Bennadi Aralık 2013-Şubat 2014).

Sağlık sisteminin organizasyonunda sıkıntılar olan, bekleme sürelerinin uzun olduğu ve randevu almanın zor olduğu sağlık sistemlerine sahip ülkelerde, özellikle ilaca geç erişimin olumsuz bir sonuç doğurabileceği doğum kontrol hapı kullanımı, astım ilaçlarına erişim gibi durumlarda direkt olarak ilaca erişim sağlanması hayati öneme sahip olabilmektedir. Ayrıca kendi kendine ilaç kullanımının gereksiz konsültasyonları önleyebileceği, eczacı becerilerinin daha etkin kullanılmasını sağlayabileceği, ufak sağlık sorunlarında işe devamsızlığı önleyebileceği belirtilmektedir. Öte yandan yanlış uygulamanın yanı sıra kendi kendine ilaç kullanımında; kendi kendine teşhis koymanın getirebileceği olumsuzluklar, acil durumlarda hızlı tıbbi hizmet alınmaması, ilaç-gıda ve ilaç-ilaç etkileşimi tehlikeleri, yetersiz dozaj ve bağımlılık gibi tehlikeler de ön plana çıkan sorunlar arasında yer alabilmektedir (Ruiz 2010).

Sigarayı bırakma noktasında da profesyonel destek alınmaması, kişilerin iradelerini kullanarak, daha önce bırakmış kişilerin önerilerine uyarak ya da güvendikleri kişilerden duydukları bir takım bitkisel uygulamaları ya da besinleri alarak bırakma çabasına girişmesi sigara kullanımında tekrarlayan problemlerin ortaya çıkabilmesine neden olabilmektedir. Bu kişiler başarıya ulaşamamakta, sigaraya tekrar başlamakta ya da bir takım sağlık sorunları ile karşılaşabilmektedirler. Dolayısıyla bu noktada sarf edilen emeğin, kullanılan ekonomik kaynakların ve ayrılan zamanın

profesyonel olarak desteklenmesi, sigarayı bırakma çabasının başarıya ulaşmasında önemli bir rol oynayabilir.

Sigara kullanımının sonlandırılmasında kendi kendine ilaç kullanımının incelendiği bir araştırmada tüm katılımcıların hayatlarında en az bir defa nikotin bağımlılığına yönelik kendi kendilerine uygulamak üzere reçetesiz satılan ürünleri satın aldığı tespit edilmiştir. Burada sakız, bant ya da farklı türlerde ürünlere ulaşım sağlandığı görülmüştür. Katılımcıların %94'ü bir ayın sonunda kendi kendine aldıkları tedaviden memnun olmadıklarını belirtmiştir (Kaľucka 2015).

Söz konusu sigara kullanımı gibi bir bağımlılık olduğunda da direkt olarak hekime başvuru yapmayan ya da sigara bıraktırma servislerini tercih etmeyen kişiler ile hangi hizmetlere nasıl başvuracağını bilmeyen kişilerin olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu çerçevede özellikle sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, ilgili hizmetlerin tanıtımının sağlanması, bireylerin sağlık sistemi içerisinde gezinebilme yeterliliklerinin artırılması, sigarayı bıraktırma çabaları içerisinde görev alan profesyonellerin toplumu tanınması ve toplumun özelliklerine hakim olması gerektiği ifade edilebilir. Böylece sigarayı bırakmak isteyen ancak sağlık okuryazarlığı düşük, uygun sağlık arama kanallarının farkında olmayan ya da önceliği farklı kanallar olan bireylerin uygun yönlendirmeler ile profesyonel destek alarak ilgili bağımlılıktan kurtulma şanslarının artırılması mümkün olabilir.

### **1.5.2.Çevrimiçi Sağlık Arama Davranışı**

İnternet günümüzde insan yaşamının neredeyse ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. İnternetin gelişimi, yayılması ve bugün olduğu gibi ceplere kadar girmesiyle beraber iş hayatında olduğu gibi sosyal yaşamda da birçok değişiklik olmuştur. Buna ek olarak özellikle arama motorlarının geliştirilmesi ve bireylerin bilgiye hızlı bir şekilde ulaşma arzusu da bilgi ihtiyacı ya da bir konu ile ilgili merak uyandıran bir durum ortaya çıktığında internetin ilk başvuru aracı olmasını beraberinde getirmiştir. Söz konusu sağlık olduğunda da bireyler zaman zaman merak ettikleri konuları ya da kendilerinde veya yakınlarında ortaya çıkan bir takım rahatsızlık belirtilerini, ilaçlarla ilgili bir takım konuları vb. araştırma ihtiyacı hissedebilmektedirler. Bu noktada da çok az çaba ve zaman ayırarak en hızlı şekilde bilgiye ulaşma yolu internetin kullanılması olarak görülebilmektedir. Bireyler artık

hemen herkesin erişiminin olduğu bilgisayar ve cep telefonları aracılığı ile bu konuları araştırma yoluna gidebilmektedirler. Bu kapsamda çevrimiçi/online sağlık arama ya da sağlık bilgisi arama davranışının gerçekleştirildiği görülmektedir. Dolayısıyla gelişen teknoloji ve yaygınlaşan internet aracılığı ile bireylerin çare arama davranışları içerisinde çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışının da artık yer edinmiş durumda olduğu yadsınamaz bir gerçektir.

Geleneksel sınıflandırmaya göre sağlık bilgi kaynakları üç kategoriye ayrılmaktadır. Bunlardan ilki formal kaynaklar olan hekimler veya diğer sağlık profesyonelleridir. İkinci olarak informal kaynaklar olarak ifade edilen aile ve arkadaşlar gibi kaynaklar belirtilmekte, son kategoride ise televizyon, gazete ve dergi gibi medya kanalları yer almaktadır. Bu geleneksel sınıflandırmada internet kullanımı göz ardı edilse de, internetin de sağlık açısından bir bilgi kaynağı olarak kullanıldığı bilinmektedir. Özellikle televizyon ve buna benzer medya araçları sağlık bilgilerinin yayılmasında önemli roller üstlenmiş olsa da internetin gelişimi ve yaygınlık kazanmasıyla beraber internet kaynakları bu işlevlerin çoğunu üstlenmektedir (Cotten ve Gupta 2004).

İnternet birçok insanın sağlık ile ilgili bilgilere kendi kendine ulaşmasını, geniş bir sağlık bilgileri dizisine daha fazla maruz kalmasını ve iyi ya da kötü anlamda sağlık hizmet sürecini etkilemesini çok daha kolay hale getirmiştir (Rice 2006). İnternet yaygınlaştıkça, internetin sağlıkla ilgili amaçlar çerçevesinde kullanımı da yaygınlaşmaktadır. Bu noktada belki de en yaygın amaç tüketici sağlık bilgisi arama sürecini oluşturmaktadır (Cline ve Haynes 2001). Ayrıca internetin öneminin artması, sağlıkla ilgili başvuru bilgisi kaynaklarının geleneksel kaynaklardan internete doğru kaymasına da neden olmaktadır (Kyriacou ve Sherratt 2019).

Sağlık ile ilgili bilgilere ulaşmak için internetin kullanılmasının birçok ihtiyaca yanıt verebileceği ifade edilmektedir. Özellikle internetin daha özelleşmiş içerikler açısından temel rol oynayacağı belirtilmektedir. Dahası destek grupları gibi, bireylerin karşılıklı ilişkisini gerekli kılan sağlık iletişimi çabalarının da internet aracılığı ile gerçekleştirilebilmesi mümkündür. Aynı zamanda internet, geleneksel kişilerarası bağlamlarda elde edilemeyen bir anonimlik sağlayabilmektedir. Bu nitelikleri ile internet aracılığı ile sağlık arama yöntemi geleneksel yöntemlerin bıraktığı bir boşluğu doldurabilmektedir (Napoli 2001). Zira internet aracılığı ile bilgiye erişimin dolaysız

ve hızlı olması, günün herhangi bir saatinde erişim sağlayabilme, bilgilerin potansiyel olarak sürekli güncellenmesi ve erişilebilir olan bilgi yelpazesinin genişliği, interneti diğer bilgi kaynaklarından ayrı bir noktaya taşımaktadır (Cotten ve Gupta 2004).

İnternet kullanımı genel olarak sağlık arama davranışı çerçevesinde başvuru olan önemli bir kaynak haline gelmiştir. Bu duruma etki eden faktörler hem arz hem de talep kaynaklı olabilmektedir. İnternet, hayatın her alanında yer alması nedeniyle hızlı bir şekilde ulaşılabilen ve artık sağlıkla ilgili amaçlar için de kullanılabilen bir alan haline gelmiştir. Bu durum çevrimiçi sağlık arama davranışının talep yanlı önemli bir teşvik edicisi konumundadır. Öte yandan sağlık kurumları ile devlete bağlı kurumlar sağlıkla ilgili bilgileri daha geniş halk kitlelerine sunmak için interneti kullanmaktadırlar. Ayrıca hastaların sağlık hizmet süreçlerinde “bilgilendirilmiş (informed)” şekilde yer almaları da teşvik edilmektedir. Bu durum da internetin sağlık amaçlı kullanımının artmasındaki arz yönlü etkiler arasında yer almaktadır (Marton ve Wei Choo 2012).

İnternet ortamında yer alan sağlıkla ilgili bilgiler çoğunlukla diyet, egzersiz gibi alanları kapsamına rağmen bir takım hastalıklarda uygulanan tedaviler ve bakım gibi süreçler de bireyler tarafından aranılan bilgiler arasında yer almaktadır (Yun ve Park 2010). İnternet kullanımının günümüzdeki boyutlarına ulaşmamış olduğu erken dönemlerde gerçekleştirilen bir araştırmada, katılımcılar arasında çevrimiçi sağlık arama davranışı sergileyenlerin oranının %21 (643 kişi) olduğu tespit edilmiştir. Çevrimiçi sağlık arama davranışı sergilediği tespit edilen kişilerin %60’ı bir hastalığın seyri ya da sebeplerini, %45’i bir hastalığın ya da benzeri bir sağlık durumunun yönetimini veya tedavisini, %18’i vitaminler ya da alternatif ilaçlar gibi tamamlayıcı tıp uygulamalarını, %10’u ilgili hastalık için kullanılan reçeteli ya da reçetesiz ilaçları, %9’u destek gruplarını ve %3’ü ise çeşitli aletleri araştırmışlardır. Bu davranışı sergileyenlerin bir kısmı (%19) bu bilgiyi ikinci bir görüş olarak kullanırken, %16’sı elde ettikleri bilgileri doktor veya eczacıları ile tartışmış, %11’i sağlıkla ilgili davranışlarını değiştirmiş, %4’ü bir eczaneden ya da başka bir mağazadan, %1’i ise çevrimiçi olarak ilaç satın almış ve %3’ü ise bir sağlık hizmet sunucusu seçmek için kullanmıştır (Bessel ve ark 2002). Bir başka araştırmada ise katılımcıların %40’ı son bir yıl içerisinde interneti sağlıkla ilgili bilgi ya da tavsiyeler bulmak için kullandığını belirtmiştir. Bu kullanıcılar internet ve e-mail teknolojisini sıklıkla sağlık durumları

ile ilgili arkadaşları ya da aileleriyle görüşmek için, aynı zamanda daha az da olsa sağlık profesyonellerine erişmek ya da benzer hastalıklara sahip bireylere ulaşmak için kullandıklarını belirtmişlerdir (Baker ve ark 2003). Yine benzer bir dönemde gerçekleştirilen bir araştırmada katılımcıların %41'i internet üzerinden sağlık arama davranışı gerçekleştirdiklerini, bunların büyük bir kısmı da bu davranışı birçok defa gerçekleştirdiğini ifade etmiştir. İnternet üzerinden sağlık arama davranışı gerçekleştiren bireylerin %73'ü, buralardan elde ettikleri bilgileri diğer bireylerle tartıştıklarını ifade ederken, %50'si ise bu bilgileri doktorlar ve diğer sağlık profesyonelleri ile tartıştıklarını ifade etmişlerdir (Aspden ve Katz 2001). Bir başka araştırmada internet erişimi olanların %74'ünün interneti kendileri ya da aile üyelerinden biri için gerekli olan bir sağlık bilgisine ulaşmak amacıyla kullandıkları tespit edilmiştir (Schwartz ve ark 2006). Gallagher ve Doherty (2009) tarafından gerçekleştirilen benzer bir araştırmada internet kullanıcılarının neredeyse yarısının interneti sağlıkla ilgili bilgilere erişmek için kullandığı tespit edilmiştir. Daha güncel olan diğer bir araştırmada ise katılımcıların %56,1'inin çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışı sergiledikleri belirlenmiştir (Kyriacou ve Sherratt 2019).

Görüldüğü gibi internet kullanımının ve internete erişim imkânlarının henüz sınırlı olduğu bir dönemde dahi birçok kişi çevrimiçi olarak sağlık arama davranışı gerçekleştirmiştir. Bu davranış çerçevesinde geniş yelpazede yer alan bir dizi konu araştırılmış ve hatta buradan edinilen bilgiler sağlık profesyonelleri ile tartışılmıştır. Ayrıca burada yer alan bilgiler doğrultusunda eczaneden veya çevrimiçi olarak ilaç satın alma şeklinde davranışlar olduğu da görülmektedir. Dahası internet, sağlık bilgisi alınabilecek diğer kişilere erişmek amacıyla da kullanılmaktadır.

İnternet, sağlık ve sağlık hizmetleri hakkında bilgi yaymak, iletişimi geliştirmek ve hastalar ile sağlık hizmeti sunum sistemi arasında geniş bir etkileşim yelpazesini kolaylaştırmak için bir araç olma özelliği gösterebilmektedir. Bu anlamda yaşanan gelişmeler sağlık hizmetlerinde ve nihayetinde toplum sağlığı üzerinde önemli ilerlemeler sağlanmasını olanaklı kılabilir (Baker ve ark 2003). Aynı şekilde bireylerin çevrimiçi sağlık arama davranışlarının olası faydalarının sağlık ile ilgili bilgilere yaygın ve kolay erişim sağlanabilmesi, interaktif olabilmesi, kişiye uygun mesajların oluşturulabilmesi ve bu mesajlara ulaşım sağlanabilmesi, bireylerarası etkileşimi ve sosyal desteği kolaylaştırma potansiyeli ve kişilerin kimlik



bilgilerinin saklanması suretiyle sağlanabilecek potansiyel anonimlik olduğu ifade edilmektedir (Cline ve Haynes 2001).

Birçok sağlık sisteminde sağlıkla ilgili bilgi almak için bir aile hekimini ziyaret etmek ya da acil servise başvurmak bireylerin çeşitli maliyetlere katlanmasına neden olabilmektedir. Öte yandan sağlık bilgisi almak için aile bireyelerine danışmak ya da interneti kullanmak en azından kısa vadede önemli maliyetlere yol açmamaktadır. Ancak bu tür kaynaklardan elde edilen yanlış bilgi ve uygulamalar sağlıkla ilgili yanlış tercihler yapılmasına ya da hekime müracaatların gecikmesine sebep olarak uzun vadede önemli sağlık sorunlarına ve maliyetlere yol açabilmektedir (Schmidt ve ark 2021). Burada; ilgili kaynaklara erişim ile ilgili engeller, internette gezinme zorlukları ve elde edilen bilgilerin kalitesi ile ilgili konular önem arz eden olumsuzluklar olarak ifade edilmektedir. Bunlar arasında, aynı zamanda, internette yer alan aşırı denilebilecek sayıda bilgi, bu bilgilerin organize bir şekilde değil dağınık bir şekilde yer alması, kullanıcı kolaylığının zayıf olması, aşırı teknik bir dilin kullanılması, kalıcı değil akıcı bir şekilde bilgilerin sürekli dolaşması, düzenlemenin ya da kontrolün zayıf olması; doğru olmayan, yanlış yönlendirme potansiyeline sahip ya da tehlike arz eden bilgilerin yer alması, tüketicilerin değerlendirme kabiliyetine uygun olmayan bilgilerin yer alabilmesi, riskli bir takım sağlık davranışlarını kolaylaştırması, sanal bağımlılıklara ve davranış bozukluklarına neden olabilmesi gibi birçok önemli olumsuz durum da söz konusu olabilmektedir (Cline ve Haynes 2001). Bu çerçevede, aynı zamanda internet ortamında yer alan bilgi güvenliği ile ilgili konular da göz önünde bulundurulmalıdır. İnternette yer alan bilgilerin çok hızlı bir şekilde arttığı, bu bilgilerin büyük bir kısmının resmi olmayan kaynaklarda yer aldığı ve benzer şekilde kişisel yorum ve çıkarımlara da dayanabildiği açıktır. Bu nedenle internet üzerinden sağlık arama davranışı gerçekleştiren bireylerin doğru konuları, doğru kaynaklardan, doğru şekilde araması gerekmektedir. Zira çevrimiçi sağlık bilgileri ve hizmetleri çoğunlukla kalite güvencesinden yoksundur ve güvenlik, mahremiyet ve uygulama standartları gibi konular her zaman göz önünde bulundurulmamaktadır. Bu kaynakların kullanımının güvenlik, sağlık hizmeti sağlayıcısı-tüketici ilişkileri, maliyetler ve sonuçlar üzerinde de önemli etkileri olabileceği göz ardı edilmemelidir (Bessel ve ark 2002). Sağlık bilgisi nitelik olarak “deneyimlenebilen bir ürün” olarak tanımlanmaktadır. Bu anlamda kalitesine ilişkin değerlendirmeler ancak bireyler burada yer alan bilgilere göre hareket ettikten sonra yapılabilir ve yanlış bilgilere göre

davranmak sağlığı tehdit eden hatta 6l6m6c6l dahi olabilen sonuçlara neden olabilmektedir. Muazzam miktarda bilginin yer aldığı internet ortamında bu bilgilerin doğruluğunu teyit etmenin zorluğu, bireylerin internet 6zerinde yer alan her bilginin doğru olmadığının ve bu bilgiye g6re hareket etmeden 6nce doğruluğunun teyit edilmesi gerektiğinin farkında olmasını gerekli kılmaktadır (Napoli 2001, 93). Kaldı ki Fransa'da 2010 ile 2017 yılları arasında 6evrimi6i sağlık bilgisi arama davranışlarının gelişimini inceleyen bir araştırmada 2014 ve 2017 yıllarında sağlıkla ilgili web sitelerinin ilk kaynak olarak g6r6ld6đ6đ6, kurumsal web sitelerinin ise geri planda kaldığı tespit edilmiştir (Ducrot ve ark 2021). 6in'de ger6ekleştirilen diğer bir araştırmada ise 6inli 6niversite 6đrencilerinin, yanlış bilgi ve dezenformasyonu tespit etmek i6in yeterli bilgi/beceri sahibi olmaksızın kendilerinin ve başkalarının sağlığını y6netmek amacıyla 6evrimi6i olarak elde ettikleri sağlık bilgilerine b6y6k 6l6de g6vendikleri tespit edilmiştir. Bu riskli sağlık arama davranışının 6zellikle gen6ler i6in doğru ve eyleme ge6irilebilir sağlık bilgilerinin sağlanması, siber g6venliğin artırılması ve sağlık bilgi okuryazarlığının teşvikini gerekli kıldığı belirtilmektedir (Zhang ve ark 2021).

Kore'de ger6ekleştirilen ve internet 6zerinden sağlık arama davranışını doktorların penceresinden irdeleyen bir araştırmada ise, hekimlerin b6y6k bir 6oğunluğu, hastalarının internette edindikleri bilgileri tartıştıklarını belirtmişlerdir. İnternet 6zerinden edinilen sağlık bilgilerinin hastaların sağlıkları ile ilgili bilgilerini artırma noktasında olumlu yanlarının olabileceğini belirtirlerken, 6te yandan uygun olmayan hizmet kullanımı nedeniyle maliyetlerin artması, hastaların sağlıklarıyla ilgili aşırı kaygılı hale gelmeleri, hekime başvuruda muayene s6resinin etkili kullanılmasını engellemesi gibi olumsuzlukların yařandđı da ifade edilmiştir. Ayrıca hekimler internette edinilen sağlık bilgilerinin genel olarak hastaların durumları ile ilişkili olmadığını ve hatta yanlış bilgiler olduğunu bildirmişlerdir. Bu a6ıdan bakıldığında hekimler, 6evrimi6i sağlık arama davranışını hem pozitif hem de negatif y6nleri olduğu i6in tarafsız olarak değerlendirmektedirler (Kim ve Kim 2009).

İlgili literat6rden yola 6ıkıldığında, internetin sağlık arama davranışı olarak yoğun bir şekilde kullanıldđı, kullanıcıların ise 6eşitli ama6lar doğrultusunda bu davranışı sergiledikleri g6r6lmektedir. İnternetin yaygınlaşması ile beraber bu ama6la kullanım oranı da artmış, bir6ok y6ntem yerini internet 6zerinden sağlık aramaya

bırakmıştır. Yine literatür incelendiğinde bu davranışın olumlu ve olumsuz olabilen birçok yönü olduğu ifade edilmektedir. Hem hasta hem de hekim bakış açısıyla incelendiğinde internetin sağlık arama davranışı içerisinde önemli bir yeri olduğu genel kabul görse de, aynı zamanda birçok olumsuzluğu da beraberinde getirebileceği belirtilmektedir. İnternet üzerinden sağlık arama davranışı; hızlı bir şekilde, çok az emek, zaman ve ekonomik kaynak kullanılarak ve istenildiği anda gerçekleştirilebilmesi, kimliğin bu süreçte gizli tutulabilmesi, kişisel deneyimlere erişilebilmesi, destek grupları ile irtibat kurulabilmesi, kolay ve etkili bir takım yöntemlerden haberdar olunabilmesi gibi birçok olumlu özelliği içerisinde barındırırken; ufak zaman kaybı ya da ekonomik kayıplardan hayatı tehdit edebilecek sonuçlara kadar çok sayıda riski de beraberinde getirmektedir. Bu anlamda bireylerin bu davranışı uygun kaynaklardan uygun şekillerde gerçekleştirmesi için teknoloji-internet okuryazarlığının yanı sıra yine sağlık okuryazarlığı konusunun da önem arz eden konular arasında yer aldığı değerlendirilmektedir.

### **1.5.3. Profesyonel Sağlık Arama Davranışı**

Sağlık hizmetleri günümüzde, sağlıklı bir toplum oluşturma amacı doğrultusunda ve insan hayatının her alanına etki etmesi nedeniyle önemi artmakta olan bir hizmet alanı olarak ifade edilmektedir. Sağlık statüsünün artırılması da sadece tıp uzmanlarının değil, artık sosyal bilimcilerin de ilgi gösterdikleri bir konudur. Cinsiyet, yaş, ilgili hastalıklar, sağlık hizmetlerine erişim, hizmetlerin algılanan kalitesi gibi unsurlar sağlık arama davranışı üzerinde etkili olmaktadır. Sağlık arama davranışı ise yardım arama davranışının spesifik bir alanı olarak görülmektedir. İnsanların sağlık hizmetlerine başvurma durumları da farklılık göstermektedir. Bazı bireyler herhangi bir problemle karşılaştıklarında direkt olarak hizmet talebinde bulunurken, bazıları ise büyük bir acı içerisinde olduklarında ya da hastalıklarının ilerlediği durumlarda sağlık arama davranışı gerçekleştirebilmektedirler. Burada bireyin sağlığı ile ilgili olumsuzluğu fark etmesiyle bunun için harekete geçmesi arasındaki zaman farkı, hizmet alınan sunucunun türü, sağlık meslek mensuplarından ya da informal kanallardan yardım alma sebepleri gibi konular davranışların açıklanması için önem arz etmektedir (Pushpalata ve Chandrika 2017).

Sağlık hizmetleri ihtiyacının ortaya çıkması, ideal sağlık durumu ile mevcut sağlık durumu arasında farklılıkların ortaya çıkması suretiyle olur. Burada çeşitli

sağlık gereksinimlerinin olduğu ifade edilmektedir. Bireylerin sağlık durumlarında ortaya çıkan sapmaları algılamaları, algılanan gereksinimi ortaya çıkarmaktadır. Dolayısıyla bu tür bir gereksinim kişinin sübjektif değerlendirmelerine dayanmaktadır. Örneğin bir bireyin göğsünde yanma hissetmesi ve bu durumdan rahatsızlık duyması bu duruma örnek gösterilebilmektedir. Algılanan gereksinimin ifade edilmesi ve talebe dönüştürülmesi açıklanan gereksinimi oluşturmaktadır. Göğsünde yanma hisseden bireyin bir sağlık kurumuna başvurması buna örnektir (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2018). İşte algılanan bir gereksinim ortaya çıktığı zaman bireylerin sağlık hizmeti talep ettiği kanal burada ön plana çıkmaktadır. Zira bireyler sağlıkları ile ilgili olumsuz bir durum olduğunda ya da olumsuz bir durumun ortaya çıkma ihtimalinden şüphelendiklerinde informal kanallara başvurabildikleri gibi resmi sağlık bakım hizmetlerinin içerisinde yer alan kanallardan da sağlık arama yoluna gidebilmektedirler.

Bir sağlık ihtiyacı ortaya çıktığında başvuru üç farklı sektör olduğu ve bunların popüler sektör, folk sektör ve profesyonel sektör olarak sınıflandırıldığı belirtilmektedir (Kleinmann 1980'den akt. Hayran 2013). Buna göre popüler sektör sağlık alanında eğitimi olmamasına rağmen yaş ve tecrübe gibi özellikleri nedeniyle görüşlerine değer verilen aile büyükleri, komşular, eş-dost, arkadaş gibi sıradan insanların yer aldığı sektördür. Burada bir sağlık sorunu ortaya çıktığında ilk olarak bu kişilere danışılmakta ve önerileri neticesinde sorun ortadan kalkarsa bir sağlık kurumuna başvurulmamaktadır. Folk sektör olarak ifade edilen sektörde kırıkçı-çıkıkçı, üfürükçü, medyum, biyo enerji, ara ebesi gibi belirli alanlarda resmi bir eğitimi olmadan uzmanlaşmış kişiler yer almaktadır ve bu kişilerin resmi makamlar tarafından kabul görmeleri pek çok ülke açısından söz konusu olmamaktadır. Profesyonel sektör ise hekim, hemşire, eczacı, diyetisyen, fizyoterapist gibi sağlık alanlarında formal eğitim almış, yine resmi makamlarca kabul gören, etik değerleri olan mesleklerin yer aldığı bir sektördür. Bu sektörde bilimsel bilgi ve kanıtlara dayalı hizmetler sunulmasına rağmen, tüm sağlık hizmetleri içerisindeki payının düşünüldüğünden düşük olduğu belirtilmektedir (Hayran 2013).

Profesyonel/formal sağlık bakımı üç kategoride incelenebilmektedir. Bunların ilki evde bakım şeklinde, ikincisi eğitimli sağlık çalışanları tarafından gündüz bakım merkezlerinde verilen toplum temelli bakım şeklinde ve üçüncüsü ise sağlık

kurumlarında bakım şeklinde organize edilebilmektedir. Sağlık kurumlarında bakım profesyonel sağlık hizmetlerinin en geleneksel ve baskın türünü oluşturmaktadır (Li ve Song 2019). Genel olarak arzu edilen sağlık arama davranışının da bireyin bir problemle karşılaştığında resmi olarak tanınan bir sağlık hizmeti ortamında, resmi eğitimi olan bir hekimden yardım istemesi olduğu ifade edilmektedir. Latunji ve Akinyemi (2018) de çalışmalarında uygun sağlık arama davranışını, formal sağlık bakım kaynaklarından alınan hizmetler olarak ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada uygun kanallar, kalifiye tıp profesyonellerine ya da birinci basamak sağlık merkezlerine, özel klinikler ya da genel hastaneler gibi modern tıp merkezlerine başvuru olarak belirtilmiştir. Uygun olmayan sağlık arama davranışları ise yardım aramama, kendi kendine tedavi, geleneksel şifacılar gibi kaynaklar olarak belirtilmiştir (Latunji ve Akinyemi 2018). Diğer bir araştırmada ise mental problemler için formal yardım kanalları psikiyatrist, psikolog ve aile hekimlerini içermektedir. İnfomal yardım kanalları kız/erkek arkadaş, arkadaş, baba, anne veya diğer akrabalar ile öğretmenler, din adamları vb. olarak ifade edilmiştir (D'Avanzo ve ark 2012). Benzer şekilde Lauzier-Jobin ve Houle (2021) araştırmalarında formal kanalları sağlık kurumunda çalışan ya da özel hekimlik yapan ücretli çalışanlar olarak, informal kanalları ise eşler, aile üyeleri, arkadaşlar, iş arkadaşları ya da komşular gibi destek ağları olarak tanımlamaktadırlar. Li ve Song (2019) çalışmalarında yaşlılar için resmi bakımı genellikle bir sağlık kurumu veya birey tarafından ihtiyacı olan bir kişi için sağlanan ücretli bakım hizmetleri olarak, gayri resmi ya da informal bakımı ise aile, yakın akrabalar, arkadaşlar ve komşular tarafından sağlanan ücretsiz bakım olarak tanımlamaktadır.

Bireylerin bir sağlık problemi ortaya çıktığında informal kanallardan geniş ölçüde yararlandığı belirtilmesine rağmen, profesyonel sağlık hizmetlerinin yeri tüm sağlık hizmetlerinin içerisinde majör bir rol oynamaktadır ve aynı zamanda sağlıkla ilgili sorumluluğun giderek profesyonel/resmi sağlık bakım sisteminin elinde yoğunlaştığı ifade edilmektedir. Ayrıca resmi ya da formal olarak da ifade edilen profesyonel sağlık bakım sisteminin sağlık ve hastalık konularına ilişkin üstünlüğü geniş olarak belgelendirilmiştir ve kabul edilmektedir (Penning ve Chappell 1990).

Günümüzde sağlık hizmetleri, hem kamu kurumları hem de özel kurumlar tarafından sunulabilmektedir. Burada devletin resmi sağlık hizmetlerinin tek

sağlayıcısı olması düşüncesinin neoliberal politikalar neticesinde değiştiği ve özel sektörün de resmi sağlık hizmetleri içerisinde giderek artan bir paya sahip olduğu ifade edilmektedir (Li ve Song 2019).

Sağlık hizmetleri bir takım hastalıkların teşhis ve tedavisi ile rehabilitasyon gibi hizmetlerin yanı sıra; hastalıkların önlenmesi, birey ve toplum sağlığının geliştirilmesi ile ilgili faaliyetlerin tamamından oluşmaktadır. Diğer bir tanımla sağlık hizmetleri, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonu amacıyla sağlık kurumları ve sağlık profesyonelleri tarafından sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetler teşhis ve tedavi, rehabilitasyon, koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır. Sağlık kurumları ise temel amacı farklı olsa da her grupta yer alan hizmetleri farklı düzeylerde üretmektedirler. Temel fonksiyonu koruyucu sağlık hizmetleri olan birinci basamak sağlık hizmetleri çerçevesinde teşhis ve tedavi gibi hizmetler de sunulmaktadır. Ayrıca sağlık eğitimi gibi sağlığın geliştirilmesi hizmetleri de burada yer alabilmektedir. Bununla beraber hastaneler de yataklı tedavi hizmetlerini sunmalarının yanında aşılama gibi koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ya da sigarayı bıraktırma programları gibi sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini de sunmaktadırlar. Sağlık hizmetleri ayrıca hizmet kapsamı, ulaşılabilirlik, maliyetler, temel amaç gibi konular açısından da birinci, ikinci ve üçüncü basamak şeklinde sınıflandırılabilirler (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2018).

Sağlığın geliştirilmesi, bireylerin sağlıkları üzerinde kontrollerinin artırılması ve sağlıklarını geliştirmelerinin sağlanması sürecidir. Sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak amacı ile sağlanan sağlık eğitiminin yanı sıra; örgütsel, ekonomik ve çevresel desteklerin bileşimi ise sağlığın teşviki ve geliştirilmesi olarak adlandırılmaktadır. Ülkemizde özellikle bulaşıcı olmayan hastalıkların, toplam hastalık yükü içerisindeki oranının artması dikkat çekicidir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı 2019-2023 stratejik planında da “sağlıklı yaşamın teşvik edilmesi ve yaygınlaştırılması” ilk amaç olarak öne çıkmaktadır. Bu amaç kapsamında yer alan hedeflerden bir tanesi de tütün ve tütün ürünleri ile mücadele etmek ve bu ürünlerin kullanımını azaltmaktır (Bağcı ve Atasever 2020).

Sağlığın geliştirilmesi çabaları içerisinde yer alan tütünle mücadele kapsamında Türkiye resmi kurumları aracılığı ile çeşitli girişimlerde bulunmuştur.

“Dumansız Hava Sahası” kampanyası başlatılmış, 171 ülke tarafından imzalanan “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi” 2004 yılında imzalanmıştır. 2007 yılında “Ulusal Tütün Kontrol Programı” açıklanmış ve ilgili mevzuatta düzenlemelere gidilmiştir. Aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan “MPOWER Tütün Salgınına Kontrol Etmeye Yönelik Politika Paketi” de başarı ile uygulanmıştır (Bağcı ve Atasever 2020).

Ülkemizde profesyonel anlamda sigarayı bıraktırma çabaları çok yönlü olarak sürdürülmektedir. 2010 yılında ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı hizmete açılmıştır. Bu danışma hattı sigarayı bırakmak isteyen bireylere motivasyon sağlamak, sigara bırakma sürecinde rehberlik etmek, yoksunluk belirtileri ile baş etme noktasında gerekli davranış değişiklikleri ile ilgili danışmanlık sağlamak, sigarayı bıraktırma birimleriyle ilgili bilgiler vererek istendiği takdirde randevu oluşturmak şeklinde fonksiyonları üstlenmiştir. Bu nedenle bu hatta görev alacak kişiler öncelikle bir eğitim ve sınav sürecinden geçirilmekte, daha sonra bu süreci başarıyla tamamlayanlar görevlendirilebilmektedir. Burada çalışan bireylere periyodik olarak hizmet içi eğitimler de sunulmaktadır. Aynı zamanda bu kanala ulaşan bireylerin onay vermesi durumunda düzenli olarak geri dönüş sağlanmakta, sigarayı bırakan bireylerin ise bırakma durumunu sürdürmesi için destek sağlanmaktadır. Bu çerçevede takip edilen kişilerin %8’inin sigarayı bıraktığı ve bu oranın dünyada faaliyet gösteren diğer çağrı merkezlerinden yüksek olduğu belirtilmektedir. Bunların yanı sıra tütün ürünlerinin zararları ile ilgili bilgi vermek ve yürütülen çalışmaları yayınlamak, sigarayı bırakmaya yönelik motivasyonel bırakma tekniklerine dayalı olarak hazırlanan mesajları paylaşmak, sigarayı bırakmış kişilerin kendi hikâyelerine de yer vermek için web siteleri kullanıma açılmıştır. Ülkemizde ayrıca sigara bırakma poliklinik hizmetleri de yürütülmektedir. Bu hizmetleri veren hekimler konuya ilişkin olarak eğitim almış kişilerden oluşmaktadır. Bu hekimler arasında aile hekimliği, göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, psikiyatri, dahiliye, halk sağlığı, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının yanı sıra pratisyen hekimler de yer almaktadır. 2018 yılında 386 tanesi Sağlık Bakanlığı ve 90 tanesi üniversiteler bünyesinde olan toplam 476 adet sigara bıraktırma polikliniği hizmet vermiştir. Bu polikliniklerde sigarayı bırakma tedavisinde kullanılan ilaçlar ile nikotin replasman tedavisinde kullanılan preparatlar da, sigarayı bırakmak isteyen kişilere sunulmaktadır. Bu çabalar çerçevesinde 2016

yılında %17,8 olarak gerçekleşen sigara bırakma oranı 2018 yılına gelindiğinde %25'e ulaşmıştır (HSGM 2017).

Bir bireyin belirli bir sağlık, hastalık ya da hasta rolü davranışını yerine getirme ihtimali iki değişkenin fonksiyonu olarak ortaya çıkmaktadır. Bunlar; algılanan tehdit düzeyi ile davranışın çekiciliği ya da değeri olarak ifade edilmektedir. Tehdidin algılanan düzeyi ise en az üç değişkene bağlıdır. Bu değişkenler; sağlığın birey için önemi, ilgili hastalığa duyarlılık ve ilgili hastalığın sonuçlarına ilişkin algılanan ciddiyet şeklindedir. Davranışın çekiciliği, ilgili davranışın istenen korumayı ya da iyileştirmeyi sağlayacağına ilişkin algılanan olasılık ve davranışı gerçekleştirmenin maliyetlerinin herhangi bir davranış gerçekleştirmeme maliyeti karşısındaki durumu tarafından etkilenmektedir (Kasl ve Cobb 1966). Bu nedenle "Sağlık İnanç Modeli"nin sağlık ve hastalık davranışlarının anlaşılması için kullanışlı bir model olarak literatürde yer aldığı ifade edilebilir.

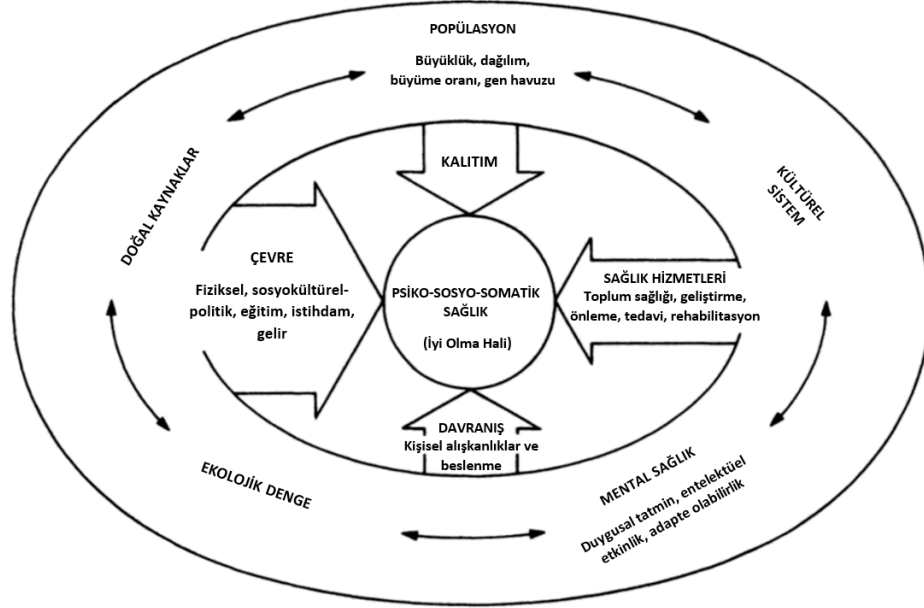
## **1.6.Sağlık İnanç Modeli ve Boyutları**

Araştırmanın bu bölümünde sağlık inanç modelinin açıklanabilmesi için öncelikle sağlık davranışına yer verilmiştir. Ardından sağlık inanç modeli ve alt boyutları açıklanmıştır.

### **1.6.1.Sağlık Davranışı**

Bireylerin ve toplumların sağlık düzeyleri üzerinde etkili olan birçok faktör vardır. Bugün benzer modellere göre daha sık kullanılan ve konuya ilişkin temel bir çerçeve oluşturan sağlığın belirleyicileri modeli Blum tarafından 1974 yılında öne sürülmüştür (Blum 1974). Bu modele göre sağlık düzeyini etkileyen faktörler kalıtım, çevre, sağlık hizmetleri ve yaşam tarzı/davranışlardır. Bu modelde yer alan her bir faktör kendi içerisinde çeşitli özellikleri barındırmaktadır. Blum, modelinde sağlık üzerinde etkili olan bu faktörleri bir şekil ile ifade etmiş ve faktörlerin sağlık üzerindeki etkisinin derecesini şekilde sağlığı işaret eden okların büyüklüğü ile açıklamıştır. Blum sağlık üzerinde etkili olan faktörlerin önem derecesini çevre, davranışlar, sağlık hizmetleri ve kalıtım olarak ifade etmektedir. Blum, modelinin genel çerçevesini ise doğal kaynaklar, popülasyon büyüklüğü, kültürel sistemler, mental sağlık ve ekolojik denge içerisinde kurmuştur (VanLeeuwen ve ark 1999, Batarseh 2018).





Şekil 1.1. Sağlık statüsünün belirleyicileri.

Kaynak: Blum (1981)'dan akt.Schulz ve Johnson 2003

Günümüzde bu model oldukça geliştirilmiştir. Modele ek olarak sağlık statüsünün belirleyicileri arasında sosyal belirleyicilere de yer verilmektedir. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığın sosyal belirleyicilerini “sağlık üzerinde etkili olan non-medikal faktörler” olarak tanımlamaktadır. Bu faktörler insanların doğdukları, büyüdükları, çalıştıkları, yaşadıkları ve yaşlandıkları koşullardan oluşmaktadır (WHO 2021c).

Günümüzde sağlığın belirleyicileri olarak ifade edilen bu faktörlere ilişkin çok sayıda araştırma da gerçekleştirilmektedir. Ancak yapılan araştırmalar ve her bir belirleyici faktör için gerçekleştirilen harcamalar ile diğer çabalar göz önünde bulundurulduğunda sağlık hizmetlerine ilişkin konuların daha fazla ön plana çıktığı görülmektedir. Öte yandan, sağlık statüsü üzerinde hem kontrol edilebilir olmasıyla hem de birçok sağlık problemini önleme noktasında önem arz etmesiyle ön plana çıkan faktörlerin başında sağlık davranışları gelmektedir.

Sosyo-ekonomik statü, cinsiyet, etnik köken, yaş gibi bir takım demografik özelliklerin sağlıkla ilgili koruyucu davranışlar ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Hatta hizmetler kamusal olarak finanse edildiğinde dahi sosyo-ekonomik statü sağlıkla ilgili bu davranışlarla ilişkili olmaktadır. Demografik özellikler sağlık eğitimi ile değiştirilememektedir. Ancak diğer bir takım özelliklerin bu tür eğitimler ile

değiştirilebilir olduğu öne sürülmekte, bu durum da toplum düzeyinde sağlık davranışların değiştirilebilmesini olanaklı kılmaktadır (Abraham ve Sheeran 2015).

Sağlık davranışları; sağlıklı olma halinin korunması, sağlık halinin yükseltilmesi ve bir takım sağlık problemlerinin önlenmesi amacıyla gerçekleştirilen eylemler olarak tanımlanmaktadır (Hildt-Ciupińska ve Pawłowska-Cyprysiak, 2020). Sağlık davranışlarını iki şekilde sınıflandırmak mümkündür. Bir yanda iyi sağlık durumunu elde etmek ve sürdürmek için gerçekleştirilen eylemler söz konusu iken, diğer yanda madde bağımlılıklarını da içeren ve sağlıklı olma halini bozan eylemler yer almaktadır (Short ve Mollborn, 2015). Bu iki sınıflandırmaya bir de sağlık ile ilgili çare arama ve tıbbi önerilere uyma durumu da dahil edilebilir (Söyler 2021). Sağlık problemleri ortaya çıktığında uygun kanallar ile çare arama, elde edilen tıbbi önerilere uyma gibi davranışlar sağlığa olumlu katkı sağlayacakken, tam tersi durumda sağlığın daha da kötüye gitmesi söz konusu olabilecektir. Buradan yola çıkılarak, olumlu sağlık davranışlarının teşvik edilmesi ve geliştirilmesi ile iyi sağlık durumunun sağlanması ve sürdürülmesi amacıyla çabalar sarf edilmesi gerektiği ifade edilebilir. Bununla beraber, sağlık durumunu bozan davranışların ortadan kaldırılması da sağlık düzeyi üzerinde önemli bir yere sahiptir. Sağlık düzeyini geliştiren ve iyi olma halini artıran davranışların kazandırılması ile olumsuz ve riskli sağlık davranışlarının ortadan kaldırılması ancak bir davranış değişikliği oluşturulması ile mümkün olmaktadır. Örneğin sigara kullanımı riskli sağlık davranışları arasında başı çeken konulardan bir tanesidir. Bugün artık sigaranın insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri yoğun olarak çalışılmış ve bilimsel olarak kanıtlanmıştır. Özellikle hem ülkemizde hem de dünya genelinde başı çeken ölüm sebepleri düşünüldüğünde, sigaranın bu ölüm sebeplerine katkısı yadsınamaz bir gerçektir. Sigara kullanımı dolaşım ve solunum sistemi hastalıklarının yanı sıra birçok kanser türünde de önde gelen risk faktörlerinden biridir (Drope ve ark 2018). Bu nedenle sağlıklı olma halinin korunması ve hastalıkların önlenmesinde davranış değişikliği oluşturulması gereken alanlardan bir tanesi ve belki de en önemlilerinden bir tanesi sigara kullanımınıdır. Davranış değişikliği oluşturabilmek için de davranışların açıklanmasına ihtiyaç vardır. Bu bağlamda sağlık davranışı teorileri göz önünde bulundurulmalıdır. Sağlık davranışı teorileri açıklayıcı teoriler ve değişim teorileri olarak ifade edilmektedir (Okay 2020). Bir davranış ile ilgili değişiklik oluşturabilmek için de öncelikle davranışın açıklanması gereklidir. Bu kapsamda ele alınan Sağlık inanç modeli (SİM), sağlık durumunu koruyan ve iyi

sağlığı sürdürmeyi sağlayan davranışların yanı sıra pek çok sağlık probleminde hastanın tedaviye uyup uymamasına neden olan motivasyonları da açıklamada önemli bir rehberdir (Gözüm ve Çapık 2014).

### **1.6.2.Sağlık İnanç Modeli**

Davranış değişikliği ile ilgili modeller sağlıklı davranışların teşvik edilmesi, hastalıklara etkin adaptasyonun ve hastalıklarla mücadelenin kolaylaştırılması gibi stratejilere rehberlik etmesi açısından geliştirilmiştir. Sağlık psikolojisi alanında sağlık ile ilgili davranışların açıklanması amacıyla geliştirilen birçok teori; bireysel bilişler, düşünceler ve inançlara vurgu yapmaktadır. Bu teorilerin başlıcaları; sağlık inanç modeli, akla dayalı eylem teorisi, planlanmış davranış teorisi, korunma motivasyonu teorisi, sağlık denetim odağı ve öz yeterlilik teorileridir. Diğer modeller sağlığın geliştirilmesi davranışı modeli, transteorik değişim modeli, şartlanma modeli, bilişsel sosyal öğrenme teorisi, öz düzenleme (self-regulation), deneme teorisi, önleyici davranış benimseme süreç modeli, sosyal eylem teorisi ve sağlık eylem teorisidir (Siepmann 2008).

Çok sayıda doğrudan çalışmanın konusu olan ve doğrudan veya dolaylı olarak çok sayıda ek araştırmayı doğuran bir teorinin tarihsel gelişiminin izini sürmenin zor olduğu ifade edilmektedir. Bu zorluk SİM için de geçerlidir. Zira SİM, 1950 ve 1960 yılları arasında çok sayıda bağımsız ve uygulamalı araştırma probleminden doğmuştur. Dolayısıyla modelin gelişiminin bu araştırmalara paralel olarak gerçekleştiği ifade edilebilir (Janz 1984).

SİM orijinal olarak koruyucu sağlık davranışlarını açıklamak üzere formüle edilmiştir (Rosenstock 1974). 1950'lerde ABD'de insanların halk sağlığı departmanlarının sunduğu koruyucu hizmetleri neden kullanıp kullanmadığını anlamaya yardımcı olmak için geliştirilmiştir. Hochbaum (1958), öncelikle bireylerin tüberküloza yakalanmaya karşı duyarlılığa inanıp inanmadıklarına ilişkin algılarını ve erken teşhisin kişisel yararları hakkındaki inançlarını incelemiştir. Hem tüberküloza yatkınlık, hem de erken teşhisin faydalarına ilişkin inançları olan bireylerin bu inançlara sahip olmayan bireylere göre tarama/görüntülemeye daha yatkın olduklarını tespit etmiştir (Hochbaum 1958).

SİM, sağlık davranışları ile ilgili olarak geliştirilen ilk ve en çok kullanılan teorilerden biridir. Genellikle model olarak ifade edilmekle beraber, teori olarak tanımlanması için de gerekli kriterleri sağlamaktadır. SİM davranış değişikliğinin açıklanması, sürdürülmesi gibi alanların yanı sıra davranışsal girişimlerin seçimi ve geliştirilmesinde de sıklıkla yer verilen bir rehberdir. ABD Halk Sağlığı Hizmetleri (The U.S. Public Health Service) SİM'i 1950'lerde bireylerin koruyucu sağlık davranışlarına katılımındaki başarısızlığı açıklamak için geliştirmiştir. 1950'lerde geliştirilmesinin ardından SİM, çeşitli durumlar açısından test edilmiş bir model olma özelliği de göstermektedir. Yıllar süren tecrübelerin ardından SİM diğer teorilerden de faydalanarak açıklayıcı ve tahmin edici potansiyelini güçlendirmiştir (Feuerstein ve ark 1986, Porche 2004, Sharma ve Romas 2012).

Bu dönemin ardından SİM, sağlık davranışı literatüründe yol gösterici bir çerçeve olarak en yaygın kullanılan modellerden biri olagelmiş, son dönemde ise sağlık alanında davranış değişimi sağlamaya yönelik müdahaleleri desteklemek için kullanılmıştır (Champion ve Skinner 2008). SİM sağlık davranışı ile ilgili teoriler arasında ilk olarak öne sürülen ve bu alanda en geniş kabul gören teoridir (Glanz ve Bishop 2010).

Bir takım inançların davranışları daha çok ya da daha az çekici kıldığı bilinmektedir. Bu durum inanç-davranış ilişkisinin beklenti-değer modeli ile sonuçlanmasına neden olmaktadır. Özellikle bir sağlık probleminin deneyimlenmesi ihtimali, bu sağlık problemi nedeniyle ortaya çıkan sorunların ciddiyeti ve koruyucu davranışların algılanan faydaları sağlıkla ilgili davranış kalıplarını şekillendiren anahtar inançlar olarak görülmektedir. Dolayısıyla sağlık inançları ile davranışların birincil olarak Lewin'in değer (valence) teorisiyle kavramsallaştığını ifade etmek yanlış olmayacaktır (Abraham ve Sheeran 2015). İlk araştırmalar sağlık inançlarının sağlık davranışı kalıplarındaki değişimle ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Model başlangıçta koruyucu sağlık davranışları için uygulansa da daha sonra sağlık hizmet kullanımı ve tıbbi önerilere bağlı kalma konularına başarıyla genişletilmiştir (Becker ve ark 1977'den akt: Abraham ve Sheeran 2015). SİM'in en önemli güçlü yanlarından birinin tüm sağlık ile ilgili davranışlara uygulanabilmesi olduğu belirtilmektedir (O'Connor 1995).

SİM insanların spesifik bir eylemi gerçekleştirmesinin (1) hastalıktan korunma, iyileşme ya da sağlıklarını yükseltme isteği ve (2) bu istek doğrultusunda belirlenen spesifik eylemin bu anlamda fayda sağlayacağına ilişkin inançları çerçevesinde şekillendiğini öne sürmektedir. SİM, akla yatkın eylem (reasoned action) teorisine benzer şekilde bir beklenti-değer teorisidir. Zira değer ve beklentilerle ilgilenmektedir. Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilme ihtimalini algılanan tehdit ve önerilen eylemin beklenen faydasına dayalı olarak açıklamaya çalışmaktadır (Simons-Morton ve ark 2012). Model halen bireylerin gribe karşı aşılama örneğinde olduğu gibi sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi programlarına neden katıldığını ölçmek için bir araç olarak kullanılmaktadır. SİM bireylerin sağlık davranışları ile ilgili iki noktaya odaklanmaktadır. Bunlar tehdit algısı ve davranışsal değerlendirmedir. Tehdit algısı; hastalığa veya sağlık sorunlarına ilişkin algılanan duyarlılık ve hastalığın beklenen sonuçlarının ciddiyeti olmak üzere iki temel inanç çerçevesinde oluşmaktadır. Davranışsal değerlendirme de benzer şekilde iki farklı inançtan oluşmaktadır. Bunlar önerilen sağlık davranışlarının faydaları veya etkililiğine ilişkin inançlar ve davranışı gerçekleştirme noktasındaki maliyet veya bariyerlere ilişkin inançlardır. Bunun yanı sıra, uygun inançlara sahip olduğunda eyleme geçircilerin sağlık davranışlarını aktive ettiği öne sürülmüştür (Abraham ve Sheeran 2015). SİM hem bir hastalık ortaya çıkmadan önceki sağlık davranışlarının hem de medikal önerilere uyum gibi hastalık sürecindeki davranışların tahmin edilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Dolayısıyla SİM aracılığı ile hem koruyucu davranışlar hem de hasta-rolü davranışları tahmin edilebilmektedir (Feuerstein ve ark 1986).

SİM ortaya konulduktan sonra çok sayıda kavramsal modifikasyonlar geçirse de temel olarak, bireylerin bir sağlık durumu/hastalığa karşı kendilerini duyarlı hissetmesi ve bu sağlık durumunun yüksek bir ciddiyet ile karakterize olması, aynı zamanda davranışı benimsemenin faydalarının maliyetlerinden fazla olması durumunda önerilen sağlık davranışı için eyleme geçeceğini öne sürmektedir (Fisher ve Fisher 2000). SİM'in temel öncüllerine göre bir hastalığa/sağlık durumuna ilişkin duyarlılık ve ciddiyet ile mümkün olan koruyucu davranışlara ilişkin inançlar sağlık davranışı ihtimalini belirlemektedir. İlk olarak ortaya çıktığı 1950'lerden bu yana yarım yüzyıldan fazla zaman geçse de halk sağlığı alanında uygulanmaya ve popülerliğini korumaya devam etmektedir (Simons-Morton ve ark 2012).

SİM, çeşitli sağlık konularına ilişkin olarak literatürde geniş bir çerçevede araştırılmıştır. SİM çeşitli popülasyonlar üzerinde ve birçok sağlık davranışı ile ilgili olarak araştırma konusu olmuştur. Bu araştırmalar temel olarak sağlığın geliştirilmesini, sigara kullanımı gibi riskli sağlık davranışlarını, aşılama ve kontraseptif uygulamaları içeren koruyucu sağlık davranışlarını; özellikle medikal önerilere uyum gibi hasta rolü davranışlarını ve çeşitli sebeplerle doktor ziyaretlerini içeren klinik kullanım çerçevesinde şekillenmiştir (Abraham ve Sheeran 2015). Bu çerçevede gerçekleştirilen bir araştırmada mamografi taramalarının artırılması için iki teori temelli program uygulanmış ve sonuçları değerlendirilmiştir. Bu teorilerden biri SİM olarak belirlenmiş ve araştırma sonucunda SİM alt boyutlarında ve mamografi taraması niyetinde artış olduğu tespit edilmiştir (Aiken ve ark 1994). Rahim ağzı kanseri taramasında sağlık inançlarının ortaya konulmasını amaçlayan ve SİM modelinin incelendiği sistematik bir literatür taramasında rahim ağzı kanserine ilişkin sağlık inançlarının değerlendirildiği çok sayıda araştırma çalışmaya dahil edilmiş ve bu alanda SİM alt boyutlarına ilişkin algılamalar derlenmiştir (Johnson ve ark 2008). Yine rahim ağzı kanseri taramasına katılımı ile ilgili gerçekleştirilen kesitsel bir araştırmada SİM alt boyutları ile taramaya katılma ilgisi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir (Ampofo ve ark 2020). SİM'i kolarektal kanser taraması açısından değerlendiren de çok sayıda çalışma vardır ve bu çalışmaların derlendiği bir sistematik literatür taramasında SİM alt boyutları ile tarama niyeti arasında anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir (Lau ve ark 2020). Bir başka literatür taramasında da SİM değişkenlerinin davranışlarla tutarlı bir şekilde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Sulat ve ark 2018). Öte yandan SİM çerçevesinde hipertansiyon tedavisine uyumun belirleyicilerinin incelendiği bir araştırmada SİM alt boyutlarından yüksek duyarlılık, şiddet ve fayda algılayan katılımcıların orta ve düşük düzeyde algıya sahip olanlara göre uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Kamran ve ark 2014).

SİM, insanların hastalıkları önlemek, taramak veya kontrol etmek için harekete geçme sebeplerini tahmin eden birkaç temel kavram içerir; bunlar arasında duyarlılık, ciddiyet, davranışa yönelik yararlar ve engeller, eyleme geçiriciler ve en son olarak öz yeterlilik yer alır. Dolayısıyla orijinal model beş boyuttan oluşmaktadır. Öz yeterlilik ise daha sonra eklenen bir boyuttur (Fisher ve Fisher 2000, Kirch 2008, Champion ve Skinner 2008, Hayden 2009). Nihayetinde geniş kabul edildiği şekliyle SİM, algılanan

duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan bariyerler, algılanan faydalar, eyleme geçiriciler ve öz yeterlilik olarak ifade edilen altı boyuttan oluşmaktadır.

Davranışların, temel olarak belirli bir amaca atfedilen değer ve belirli bir eylemin, amacın başarılmasına ilişkin katkısına bağlı olarak şekillendiği varsayımlarından hareket eden çeşitli psikolojik ve davranışsal teoriler SİM'in temel alt boyutlarının kökenini oluşturmaktadır. Bu değişkenler sağlık davranışı özelinde kavramsallaştırıldığında temel bileşenler hastalıktan kaçınma arzusu ve belirli bir davranışın hastalığı önleyeceğine ilişkin inanç olarak öne çıkmaktadır (Janz ve Becker 1984).

SİM bireylerin önerilen davranışlara ilişkin olarak potansiyel faydalar ile psikolojik, fizyolojik ve finansal maliyetlerini, yani bariyerlerini ağırlıklandırarak bir karara vardıklarını ifade etmektedir (Witte ve ark 2001). Algılanan ciddiyet, duyarlılık ve faydalar arttıkça ve algılanan bariyerler azaldıkça sağlığı koruyucu eylemlerin gerçekleştirilmesi ihtimali artmaktadır. Yani bir birey bir hastalığa ilişkin duyarlılık algılıyorsa ve bu hastalığa ilişkin mevcut olan bir aşının kendisini koruyacağına inanıyorsa (güçlü fayda), aynı zamanda bu aşı ücretsiz sunulmaktaysa (düşük bariyer) bu durumda aşılama gibi bir koruyucu sağlık davranışının gerçekleştirilme ihtimali yüksek olmaktadır (Witte ve ark 2001).

Özetle SİM, sağlıkla ilgili davranışı etkileyen faktörlerin; belirli bir sağlık tehdidine karşı algılanan duyarlılık ve ciddiyet, algılanan faydalar, belirli bir sağlığı geliştirici veya iyileştirici eyleme yönelik engeller ve eylemi harekete geçiriciler şeklinde olduğunu kabul etmektedir. Tüm bu özellikler dünya görüşü ya da inanç sistemindeki farklılıkların temelini oluşturmakta ve algılamalar ile değerlendirmeleri şekillendirmektedir (O'Connor 1995). Bu noktada, bu boyutların ne anlama geldiğinin açıklanmasının önem arz ettiği değerlendirilmektedir.

### **1.6.3.Sağlık İnanç Modelinin Boyutları**

Araştırmanın bu bölümünde sağlık inanç modelinin alt boyutları olan algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan faydalar, algılanan engeller, eyleme geçiriciler ve öz yeterlilik açıklanmıştır.

## Algılanan duyarlılık

Algılanan duyarlılık bir bireyin bir sağlık problemine yakalanması ihtimalinin bireysel bir değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin sübjektif risk algılamalarını ölçmektedir (Fisher ve Fisher 2000, Porche 2004). Bu boyut bir davranış neticesinde bireyin bir hastalığa kapılması ya da olumsuz bir durum ile karşılaşmasına ilişkin inancını ifade etmektedir. Bireyler bir hastalık veya belirli bir duruma ilişkin olarak algıları çerçevesinde farklılaşmaktadırlar. Bir yanda yer alan ekstrem örneklerde bireyler herhangi bir hastalığa yakalanabileceklerini tamamen reddetmektedirler. Orta noktada yer alan bireyler bir hastalığa kapılabileceklerini kabul etmekte ancak ihtimal vermemektedirler. Diğer tarafta yer alan bir başka ekstrem durumda ise bireyler bir hastalığa kapılmakla ilgili yüksek derecede endişelidirler. Bireylerin algıladıkları duyarlılık ne kadar yüksek ise, koruyucu önlemler alma ihtimali o kadar yüksek olmaktadır (Sharma ve Romas 2012).

Algılanan duyarlılık, enfekte olmak ya da bir hastalığa kapılmak ile ilgili inanç olarak tanımlanmaktadır. Bir bireyin korona virüse yakalanma ihtimalini yüksek ya da düşük olarak algılaması buna örnek olarak gösterilebilir (Singh ve Upadhyay 2021).

Sağlıklı olmayan bir davranışı değiştirme noktasında en güçlü motivatör bireyin hastalık riskine ilişkin algısıdır. Algılanan risk ne kadar büyük olursa, riski azaltmak için önerilen davranışın benimsenmesi ihtimali de o kadar büyük olmaktadır. Örneğin bireyler cilt kanseri açısından risk altında olduklarını düşündüklerinde güneş kremi kullanmaktadırlar. Benzer şekilde bireyler kendilerini Lyme hastalığı açısından risk altında gördüklerinde kene kovucu kullanmakta, uzun otların bulunduğu alanlardan uzak durmakta ve dışarı çıktıktan sonra kendilerini kontrol etmektedirler. Bireyler kendilerini grip riski altında hissettiklerinde aşılanmaktadırlar. Covid-19 sürecinde çoğu insan kendisini risk altında hissettiğinden dolayı maske kullanmış, sosyal mesafeye dikkat etmiş ve sık el yıkama uygulamaları yapmışlardır (Hayden 2021).

SİM'e göre sağlık eğitimcileri bir sağlık durumuna ilişkin negatif sonuçları ayrıntılandırarak ve riskleri kişiselleştirerek algılanan duyarlılığı inşa etmelidirler. Örneğin bir sigarayı önleme programında sağlık eğitimcilerinin sigaranın akciğer kanserine sebep olduğuna ve sigara kullanıcılarında akciğer kanseri riskinin 22 kat



daha fazla olduğuna değinmesi gerekmektedir. Öte yandan duyarlılık oluşturulmaya çalışılırken gerçekçi olmayan ya da abartılmış bir takım korkular yaratılmaması da üzerinde önemle durulması gereken bir konudur (Sharma ve Romas 2012). Algılanan duyarlılık bir hastalık veya başka bir duruma yakalanma ihtimali ile ilgili inançlardır. Örneğin bir kadının mamografi kullanımına başvurmadan önce meme kanserine yakalanma ihtimali olduğuna ilişkin bir inancının olması gerekmektedir (Champion and Skinner 2008). Bireyler bir takım durumlara ilişkin bireysel kırılganlıkları açısından çeşitlenmektedirler. Bu kapsamda bu boyut bireyin bir durumla karşı karşıya kalmasına ilişkin sübjektif risk algısını ifade etmektedir (Janz ve Becker 1984).

### **Algılanan ciddiyet**

Bir bireyin spesifik bir sağlık durumu ve onun sonuçlarının ciddiyetine ilişkin düşüncesi algılanan ciddiyet olarak tanımlanmaktadır (Fisher ve Fisher 2000, Porche 2004). Bir hastalığa yakalanmanın veya hastalığı tedavi etmeden bırakmanın ciddiyeti hakkındaki algılar, hem tıbbi hem de klinik sonuçların (örneğin ölüm, sakatlık ve ağrı) ve olası sosyal sonuçların (durumun/hastalığın iş, aile hayatı ve yaşam üzerindeki etkileri gibi) değerlendirmelerini içermektedir. Algılanan duyarlılık ve ciddiyet kombinasyonu genel olarak algılanan tehdit olarak kullanılmaktadır (Porche 2004, Champion ve Skinner 2008, Singh ve Upadhyay 2021).

Algılanan ciddiyet, bireyin bir davranışının sonucu olarak bir hastalık veya zarar verici bir duruma ilişkin sübjektif bir zarar algısını ifade etmektedir. Bu algı da bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir. Bazıları hastalığı tamamen medikal perspektiften görmekte ve algılamaktayken bazı insanlar ise hastalığa aile, iş ve ilişkiler üzerindeki etkileri gibi daha geniş bir çerçeveden bakmaktadırlar (Sharma ve Romas 2012). Bir birey belirli bir hastalığa ilişkin olarak bir duyarlılığı olduğunu düşünse bile, ciddi bir takım problemler yaşanabileceğine ilişkin bir algıya sahip değilse sağlıkla ilgili davranışı gerçekleştirme ihtimali düşüktür. SİM, hastalığa ilişkin medikal ya da diğer bir takım objektif değerlendirmelerden ziyade bireysel algılara vurgu yapmaktadır. Zira araştırma literatüründe hastalığa ilişkin medikal görüşler ile hasta uyumu arasında bir ilişkiye işaret edilmemektedir. Dolayısıyla SİM, bireylerin bir hastalığın ciddiyetine ilişkin algısının tahmin edici gücüne odaklanmaktadır. Bir hastalığın ciddi etkileri olabileceğini algılayan bireylerin; dış sağlığı, kazaların önlenmesi ve bir takım semptomlar nedeniyle sağlık hizmeti arama gibi sağlık

davranışları önerilerine uyum sağlayabileceği ifade edilmektedir (Feuerstein ve ark 1986). Algılanan ciddiyet genellikle medikal bilgiye dayanır, ancak bazı durumlarda bireylerin bir hastalığa ilişkin geçmiş tecrübeleri de bu anlamda etkili olmaktadır. Örneğin yüksek kan basıncı esasında kalp krizi, inme, böbrek rahatsızlıkları gibi bir takım ciddi sonuçları olan bir problem olsa da kan basıncının yüksek olduğu ancak herhangi bir hastalık belirtisinin ortaya çıkmadığı durumlar, ciddiyet algısını bozabilmektedir (Hayden 2021).

### **Algılanan faydalar**

Bireylerin gerçekleştirdiği sağlıkla ilgili bir davranışın, bireyin önerilen davranışın faydasına ilişkin algısına bağlı olduğu değerlendirilmektedir. Dolayısıyla algılanan fayda, bireylerin önerilen sağlık davranışının hastalığa yakalanma ile ilgili riski düşürdüğüne ilişkin şahsi algısı olarak tanımlanabilir. Bir bireyin, önerilen koruyucu davranışın belirli bir hastalığın algılanan riskini düşürmesi üzerindeki etkililiğine ilişkin inancı koruyucu sağlık davranışının uygulanmasına ilişkin karar sürecini etkilemektedir (Singh ve Upadhyay 2021). Önerilen sağlık davranışının hastalığa ilişkin riskleri düşüreceğine inanmayan bireylerin, bu önerilen davranışı gerçekleştirme ihtimali de düşük olmaktadır. (Porche 2004). Dolayısıyla bu boyut belirli bir davranış sonucunda ortaya çıkan, riski ve hastalık ciddiyetini azalttığı düşünülen yöntemlerin faydasına ilişkin algı olarak tanımlanmaktadır. Algılanan faydalara katkı sağlamak üzere sağlık eğitimcileri, gerçekleştirilmesi önerilen spesifik bir eylemi tanımlamalı ve bu davranış sonucunda elde edilecek avantaj ve faydaları açıklamalıdır. Örneğin sağlık eğitimcileri kendi kendine meme muayenesinin yöntemlerini anlatmalı ve kanserin erken tanısına katkı sağlaması gibi olumlu sonuçları ifade etmelidir (Sharma ve Romas 2012). Bir sağlık durumunun ciddi olduğuna inanılması ve aynı zamanda bu sağlık sorununa duyarlılığın kabul edilmesinin davranışa yol açan bir güç oluşturduğu kabul edilmektedir. Bunun, hastalık tehdidini azaltmada, mevcut olan çeşitli eylemlerin etkinliğine ilişkin inançlara bağlı olduğu varsayılmaktadır (Janz ve Becker 1984). Algılanan faydalar boyutu bireyin, yeni bir davranışın bir hastalığa yakalanma riskini düşürmesine ilişkin değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Örneğin insanlar cilt kanseri riskini düşürdüğüne inandıkları için güneş kremi kullanmakta, akciğer kanseri riskini düşürmek için ise sigara kullanmayı bırakmaktadır (Hayden 2021).

Bir bireyin ciddi bir sağlık sorununa ilişkin olarak algıladığı bir takım tehditler olsa bile, bu algının davranış değişikliğine yol açıp açmayacağı bireyin tehdidi azaltması mümkün olan eylemlere ilişkin algıladığı faydalara bağlı olacaktır. Bunun dışında kalan ve sigaranın bırakılması nedeniyle elde edilecek finansal yarar ya da mamografi çekilmesi nedeniyle aile bireylerinin mutlu olacak olması da davranışsal kararları etkilemektedir. Bu nedenle, bireylerin duyarlılık ve ciddiyete ilişkin optimal bir takım inançları olsa da, önerilen davranışın ancak faydalı olduğuna inanmaları neticesinde eyleme geçecekleri n görülmektedir (Champion ve Skinner 2008).

### **Algılanan engeller**

Önerilen sağlık davranışının benimsenmesinin önündeki herhangi bir engel, algılanan engeller/bariyerler boyutunu oluşturmaktadır. Algılanan engeller bir sağlık davranışının benimsenmesini olumsuz olarak etkilemektedir (Porche 2004). Algılanan bariyerler bireylerin daha önce gerçekleştirdikleri sağlıksız davranışları terk etme veya daha sağlıklı davranış edinme yolunda önlerine çıkan engeller olarak tanımlanmaktadır. Engeller ulaşım güçlüğünden, yaşanılan yerde uzmanlaşmış sağlık hizmetleri sunucularının bulunmamasına, kentsel bölgelerde taze sebze ve meyveye erişimin olmamasından, çalışma saatlerinin sağlık hizmetleri saatleri ile uyumlu olmamasına, aile bireylerinden yeterli desteğin alınamamasından, istenilen değişikliklerin gerçekleştirilmesi için bireyin yeteneklerinin yetersiz olmasına kadar geniş bir yelpazede yer alabilmektedir (Hayden 2021).

Belirli bir sağlık davranışının potansiyel negatif yönlerinin önerilen davranışın önünde bir engel oluşturduğu ifade edilmektedir. Bu durumda hareketin faydaları ile maliyetler/engeller arasında bir çeşit fayda-maliyet analizi gerçekleşmektedir (Janz ve Becker 1984). Algılanan bariyerler benimsenecek olan yeni davranışa ilişkin gerçek maliyetler ile düşünülen maliyetlere ilişkin inançlar olarak tanımlanabilir. Bu noktada sağlık eğitimcilerinin bu bariyerlere ilişkin algıları ve bazen de bariyerlerin kendisini azaltmasına ihtiyaç vardır. Böylece bireyler önerilen eylemleri yerine getirebileceklerdir. Örneğin bir sigarayı bıraktırma sınıfında sağlık eğitimcileri katılımcılara sigara kullanma alışkanlıklarının üstesinden gelebileceklerine ilişkin güvence vermeli, sigara kullanımının sonlandırılmayacağına ilişkin yanlış algıları düzeltmeli ve bireylerin bu çabaları sürdürmeleri için çeşitli teşvikler kullanmalıdır (Sharma ve Romas 2012).

Bireyler spesifik bir sağlık davranışını benimsemeye karar verirken algılanan duyarlılık ve ciddiyetlerine algılanan faydaları ekler, bundan algılanan engelleri çıkarır ve bu şekilde bir karara varmaya çalışırlar (Porche 2004). Bireyler ancak bir sağlık davranışına ilişkin olarak gerçekleştirdikleri fayda-maliyet analizinin sonucunda davranışın faydalarının maliyetlerinden daha ağır bastığı sonucuna ulaştıkları takdirde davranışı gerçekleştireceklerdir (Fisher ve Fisher 2000).

### **Eyleme geçiriciler**

Karar alma sürecini teşvik eden ve eyleme geçiriciler/harekete geçirci ipuçları/harekete geçiriciler olarak ifade edilen içsel ve dışsal durumların var olmasının da belirli bir davranışa ilişkin olarak gerekli olduğu belirtilmektedir (Janz ve Becker 1984). Eyleme geçiriciler bir kişiyi bir sağlık durumu ile ilgili olarak düşündüren ya da eyleme teşvik eden herhangi bir şey olabilir. Öksürük gibi içsel bir eyleme geçirci, bir sigara kullanıcısının akciğer görüntülemesi talebini etkileyebilir. Bir televizyon reklamı gibi dışsal eyleme geçiriciler ise bir kadının kendi kendine meme muayenesi için harekete geçmesini sağlayabilmektedir (Witte ve ark 2001). Eyleme geçiriciler, bireylerin harekete geçme ihtiyacı hissetmeleri üzerindeki hızlandırıcı güçler olarak tanımlanmaktadır. Şayet algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet düşük ise, eyleme geçilebilmesi için yoğun bir uyarıcı gerekmektedir. Öte yandan algılanan duyarlılık ve ciddiyet yüksek ise çok hafif bir uyarıcı bile eyleme geçiş için yeterli olabilmektedir (Sharma ve Romas 2012).

Eyleme geçiriciler diğer bir deyişle, bireyleri sağlıksız davranışlarını değiştirmeye zorlayan koşullardır. Eyleme geçiriciler bir mağazada kulak misafiri olunan ve işlenmiş gıdaların tüketiminin zararlarına ilişkin bir takım konuşmalar olabildiği gibi, bir aile bireyinin bir hastalık tanısı alması, bir arkadaşın sağlıkla ilgili bir sosyal medya paylaşımı, yıllık check-up için bir hatırlatıcı gibi yine geniş yelpazede yer alan durumlardan oluşmaktadır (Hayden 2021).

Eyleme geçiriciler, duyarlılık ve ciddiyet algısını artırmakta ve kişide algılanan engeller ile bu tehdit algıları arasında bir değerlendirme yapma durumunu ortaya çıkarmaktadır. Örneğin bir kişinin cilt kanseri ile ilgili bir makale okuması hastalığa ilişkin duyarlılık ve ciddiyet algısını artıracak, bu durumda da kişi harekete geçmek için motive olacaktır. Sonuç olarak bu örnekteki kişi önerilen eylem olarak güneş

kremi kullanmak ile bu kremi kullanmanın önündeki engeller arasında bir değerlendirme gerçekleştirecektir. Engellerin gücüne bağlı olarak bireyler önerilen davranışı yerine getirecek veya getiremeyecektir (Witte ve ark 2001).

### **Öz yeterlilik**

Bireyin bir eylemi gerçekleştirebileceğine ilişkin kişisel inancı olarak tanımlanmakta ve davranış değişikliğinde önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Genelde insanlar yeni bir şeyi ancak onu yapabileceklerine inandıklarında denemekte, yapamayacaklarını düşündüklerinde ise denemekten kaçınmaktadırlar (Hayden 2021). Dolayısıyla bir davranışın benimsenmesi ve eyleme geçebilmek gibi durumlar için bireylerin davranışa ilişkin öz-yeterliliğinin olması gerektiği ifade edilmektedir. Öz yeterlilik bireyin önerilen sağlık davranışını gerçekleştirmeye yönelik yeterliliğine olan inancı olarak tanımlanabilir (Porche 2004). Öz yeterlilik boyutu SİM'in açıklayıcı gücünün artırılması amacıyla 1988 itibariyle modele eklenmiştir (Fisher ve Fisher 2000). Araştırma kapsamında ise "Sağlık İnanç Modeline Göre Sigara Bırakma Ölçeği"nin adaptasyonu için gerçekleştirilen saha uygulaması ve analizler neticesinde öz-yeterlilik boyutu ölçekten dışlanmıştır.

Demografik değişkenler ve önceki tecrübelerin burada ifade edilen boyutları etkilediği belirtilmektedir (Witte ve ark 2001). Demografik, yapısal, davranışsal, etkileşimsel vb. faktörler SİM'de yer alan modifiye edici faktörler arasında yer almaktadır. Bu faktörler dolaylı yoldan bir takım sağlık davranışlarını teşvik edebilmekte ya da önleyebilmektedir (Feuerstein ve ark 1986).

SİM'de yer alan alt boyutlar çeşitli araştırmalarda farklı görseller ve ilişkiler ile açıklansa da, modele ilişkin en temel düzeyde görsel açıklama Sharma ve Romas (2012) tarafından ifade edilmiştir. Modelin temelini oluşturan boyutlar ile sağlık davranışı ilişkisi Şekil 1.2.'de gösterilmiştir.



Şekil 1.2. Sağlık inanç modelinin alt boyutları.

Kaynak: Sharma ve Romas 2012

Özetle SİM alt boyutlarından algılanan duyarlılık bir sağlık konusuyla ilgili algılanan sübjektif risk olarak tanımlanmaktadır. Algılanan ciddiyet bir sağlık durumu önlenmez/tedavi edilmezse ortaya çıkacak sonuçların ne derece ciddi olabileceğini ifade etmektedir. Algılanan yararlar, problemin önlenmesine ilişkin alınacak aksiyonların etkililiğine ilişkin fikirlerdir. Algılanan bariyerler ise gerçekleştirilecek olan sağlık davranışının muhtemel olumsuz etkileri olarak tanımlanmaktadır. Eyleme geçiriciler, kişileri harekete geçiren çevresel veya vücut ile ilgili hususları içermektedir. Son olarak öz yeterlilik, bireylerin bir takım davranışları gerçekleştirme başarısına ilişkin kendilerine güvenmesi olarak tanımlanmaktadır (Kirch 2008, Champion ve Skinner 2008, Hayden 2009).

## 2.GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1.Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri

Bu araştırmada, araştırma kapsamında geliştirilen “Sigarayı Bırakma Niyeti Ölçeği”nin de kullanılmasıyla beraber, sigara kullanan bireylerin sağlık okuryazarlıkları, sağlık inançları ve sağlık arama davranışlarının sigarayı bırakma niyetleri üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma kapsamında ayrıca katılımcılara ilişkin bir takım genel bilgiler ile katılımcıların sigara kullanımlarına ilişkin genel özelliklerinin değerlendirilmesi; katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, sigaraya başlama yaşı, günlük olarak kullandıkları sigara miktarı, sigara kullandıkları toplam süre, ailede sigara kullanımının olup olmaması, daha önce sigarayı bırakma denemesi, kronik hastalık durumu, gelir durumu ve Covid-19 geçirme durumu değişkenleri ile sigarayı bırakma niyeti ilişkisinin incelenmesi de amaçlanmaktadır.

Araştırmanın temel hipotezleri aşağıdaki gibidir;

- H<sub>1a</sub>: Sigara kullanıcılarının sigarayı bırakmaya yönelik sağlık inançları ile sigarayı bırakma niyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.
- H<sub>1b</sub>: Sigara kullanıcılarının sağlık okuryazarlıkları ile sigarayı bırakma niyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.
- H<sub>1c</sub>: Sigara kullanıcılarının sağlık arama davranışları ile sigarayı bırakma niyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

### 2.2.Araştırmanın Önemi

Türkiye, hem kendi politikaları ile hem de DSÖ tarafından önerilen politika paketindeki uygulamaları kullanarak tütün/sigara ile mücadele yöntemleri geliştirmiştir. Bu yöntemler neticesinde sigara kullanımı belirli bir düzeye kadar düşürülebilmişse de bu düşüş sürekli olmamış ve ülkemizdeki sigara kullanım oranı günümüze kadar geçen süreçte dalgalı bir seyir izlemiştir. Dolayısıyla sigara kullanımının ülkemiz açısından hala önemli bir problem olduğu görülmektedir. Bu çerçevede sigarayla mücadele kapsamında bireylerin sigarayı bırakmaya yönelik niyetini etkileyen faktörlerin incelenmesinin önem arz edebileceği düşünülmektedir. Gerçekleştirilen literatür taraması neticesinde demografik özellikler ve sigara kullanım

özelliklerine ek olarak; sağlık okuryazarlığı, sağlık inancı ve sağlık arama davranışı değişkenlerinin bu noktada önemli bir rol oynayabileceği düşünülmüştür.

Bu araştırma, sağlık arama davranışı, sigarayı bırakmaya yönelik sağlık inancı ve sağlık okuryazarlığının sigarayı bırakma niyeti ile ilişkisini ve sigarayı bırakma niyeti üzerindeki etkisini inceleyen ilk araştırma olması açısından özgün değere sahiptir. Araştırma sonuçlarının sigara kullanımıyla mücadele uygulamaları açısından kullanılabilir politikalar geliştirilmesine ve mevcut politikaların hedeflerine ulaşmasına yardımcı olabileceği, bu anlamda da önemli bir araştırma olduğu değerlendirilmektedir. Ayrıca, bu araştırma çerçevesinde geliştirilen “Sigarayı Bırakma Niyeti Ölçeği”nin literatüre kazandırılmasının, geçerli ve güvenilir bir ölçekle, ölçüm anında sigarayı bırakma niyetinin ölçülebilmesini ve değerlendirilebilmesini mümkün kılması nedeniyle önem arz ettiği düşünülmektedir.

### **2.3.Araştırmanın Tasarımı**

Araştırma nicel ve kesitsel bir araştırma olma özelliği göstermektedir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri sigara kullanımına ilişkin sağlık inancı, sağlık arama davranışı ve sigara kullanıcılarında genel sağlık okuryazarlığıdır. Aynı zamanda bireylerin yaşı, sigaraya başlama yaşı, günlük tüketilen sigara miktarı, toplam sigara kullanma süresi, cinsiyeti, medeni durumu, ailede sigara kullanımı, daha önce sigarayı bırakma denemesi, kronik hastalık durumu, eğitim durumu, gelir düzeyi ve Covid-19 geçirme durumu gibi kişisel bilgiler de sigarayı bırakma niyetinin bağımlı değişken olduğu modelde bağımsız değişken olarak yer almaktadır. Araştırmada bağımlı değişken ise sigarayı bırakma niyeti olarak belirlenmiştir. Öte yandan sigara kullanımına ilişkin bazı bağımsız değişkenler de araştırmanın alt amaçları doğrultusunda, demografik değişkenler göz önünde bulundurulduğunda bağımlı değişken olarak değerlendirilmiştir.

Bağımsız değişkenlerden olan sağlık inancı modeli; algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan bariyerler ve eyleme geçiriciler alt boyutlarından oluşmaktadır. Diğer bir bağımsız değişken olan sağlık okuryazarlığı; bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme/değerlendirme, uygulama/kullanma olmak üzere dört alt boyuttan, sağlık arama davranışı ise çevrimiçi sağlık arama, geleneksel sağlık arama ve profesyonel sağlık arama şeklinde üç boyuttan



oluşmaktadır. Araştırmanın bağımlı değişkeni olan sigarayı bırakma niyeti tek boyutludur. Bu çerçevede bağımsız değişkenlerin alt boyutlarının her birinin ve genel ölçek puanlarının bağımlı değişken ile ilişkisi incelenmiştir. Ayrıca yaş, sigaraya başlama yaşı, günlük tüketilen sigara miktarı, cinsiyet, eğitim durumu gibi kişisel bilgiler ile değişkenler arasındaki ilişkiler de incelenmiştir.

#### **2.4.Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için gerekli olan etik kurul onayı Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 01.02.2021 tarih ve 05 nolu toplantısında alınan 2021/2000 numaralı karar ile alınmıştır. Başlık değişikliği ile ilgili düzeltme nedeniyle 03.11.2022 tarih ve 2022/1085 numaralı karar ile etik kurul onayı tekrar alınmıştır.

#### **2.5.Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın farklı aşamaları için ayrı ayrı örneklem toplanmıştır. Öncelikle “Sigarayı Bırakma Niyeti Ölçeği'nin” (SBNÖ) geliştirilmesi sürecinde ve sonrasında saha uygulaması sürecinde farklı örneklerle çalışılmıştır.

SBNÖ'nün geliştirilmesi sürecinin her aşaması farklı bir örneklem üzerinden yürütülmüştür. Burada Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizleri (AFA-DFA) ile ölçüt bağıntılı geçerlilik, içsel tutarlılık ve zamana göre tutarlılık uygulamalarının her biri için ayrı örneklem alınmıştır. Ölçek geliştirme çalışmasının yapı geçerliliği safhasında öncelikle AFA gerçekleştirilmiştir. AFA için gerekli katılımcı sayısına ilişkin farklı görüşler vardır. Kimi kaynaklara göre ölçekteki madde sayısının beş katı kadar katılımcı yeterli iken, kimi kaynaklarda ölçekteki madde sayısının on veya on beş katı kadar katılımcının araştırmaya dahil edilmesi gerektiği ifade edilmektedir (Nunnally 1978, Nunnally ve Bernstein 1994, Pett ve ark 2003). Bu çerçevede AFA başlangıcında ölçekte 12 madde yer aldığı için 60 ile 180 katılımcının dahil edilmesi planlanmıştır. Örneklem yöntemi olarak kolayda, amaçlı ve kartopu örnekleme yöntemleri bir arada kullanılmıştır. Bu çerçevede veri toplama periyodu içerisinde 152 katılımcı araştırmaya dahil edilerek AFA gerçekleştirilmiştir. Ardından, AFA ile elde edilen yapının uyum iyiliğinin incelenmesinde DFA uygulaması gerçekleştirilmiştir ve bu uygulama için kolayda, amaçlı ve kartopu örnekleme yöntemlerinin bir arada kullanılmasıyla yeni bir örneklem grubu oluşturulmuştur. Bu grup 124 katılımcıdan

oluşmaktadır. AFA ve DFA ile faktör yapısı oluşturulan ve doğrulanan ölçeğin ölçüt bağıntılı geçerliliğinin sağlanması için yine kolayda, amaçlı ve kartopu örnekleme yöntemlerinin kullanılması suretiyle 165 kişiye ulaşılmıştır. Son olarak ölçeğin zamana göre tutarlılığının test edilmesi için gerçekleştirilen test-tekrar test sürecine, 56 kişilik bir grup üç hafta arayla dahil edilmiştir. Dolayısıyla ölçek geliştirme sürecinin farklı aşamalarında araştırmaya dahil edilen farklı örneklem grupları toplam 497 kişiden oluşmaktadır.

Araştırmanın ikinci aşaması, saha uygulamasından oluşmaktadır. Bu uygulamanın gerçekleştirilmesi için, ayrı bir örneklem grubuna ulaşılmıştır. Araştırmanın evrenini Türkiye’de sigara kullanan 15 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. TÜİK’in açıkladığı verilere göre Türkiye nüfusu 31 Aralık 2020 tarihinde 83 milyon 614 bin 362’dir (TUIK 2021). OECD verilerine göre Türkiye’de 15 yaş ve üzeri erkeklerde sigara içme oranı %40,1 ve 15 yaş üzeri kadınlarda %13,3’tür. Buna göre Türkiye’de 15 yaş ve üzerindeki erkeklerin yaklaşık 12 milyon 885 bin’i, 15 yaş ve üzerindeki kadınların ise yaklaşık 4 milyon 312 bin’i sigara kullanmaktadır. Dolayısıyla Türkiye genelinde yaklaşık 17 milyon 197 bin kişi sigara kullanmaktadır. Ana kütle için bilindiği durumlar için örneklem hesabı yapıldığında araştırmaya %99 güven düzeyinde en az 659 kişinin dahil edilmesi gerektiği hesaplanmıştır.

Araştırmada öncelikle tabakalı örnekleme yönteminin kullanılması ve örneklem grubunun özellikle cinsiyet ve yaşa göre tabakalandırılarak elde edilmesi planlanmıştır. Bu çerçevede en az 494 erkek ve 165 kadından oluşan ve yaklaşık 260’ının 35-44 yaş aralığında olacağı bir örnekleme ulaşılmaması amaçlanmıyorsa da içerisinde bulunan Covid-19 sürecinin olumsuz etkileri ve yüz yüze anket uygulanmasının mümkün olmaması nedeniyle bu amaca ulaşılamamıştır. Bu nedenle tabakalı örnekleme yönteminden vazgeçilmiştir. Araştırmada öncelikle araştırmacının çevresinde yer alan ve sigara kullandığı bilinen kişilere amaçlı ve kolayda örnekleme yoluyla ulaşılmıştır. Ardından bu kişilerin veri toplama aracını çevrelerinde yer alan ve sigara kullandığı bilinen kişilere ulaştırması sağlanmıştır. Burada “kartopu örnekleme” yönteminden faydalanılmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri; bireylerin Türkiye’de ikamet ediyor olmaları, araştırmanın yapıldığı dönemde 15 yaş ve üzerinde olmaları, aktif olarak

sigara kullanıyor olmaları olarak belirlenmiştir. Bu kriterleri sağlamayan bireyler araştırmadan dışlanmıştır. Ayrıca araştırma kapsamında yer alan soruları eksiksiz olarak cevaplamayan kişilerin anketleri araştırmadan çıkarıldığı için araştırma başladıktan sonra araştırmadan dışlanma kriteri olarak belirlenmiştir. Soruların okunup okunmadığının anlaşılması için eklenmiş olan “Bu soruyu boş bırakınız” kontrol sorusuna yanıt verilmesi de araştırma başladıktan sonra araştırmadan dışlanma kriteri olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esaslıdır. Araştırmanın katılımcıları araştırmanın amacına ilişkin bilgilerin yer aldığı çevrimiçi anket formuna onay vererek araştırmaya katılmışlardır. Bunların dışında araştırmanın belirlenmiş çalışma grubunun özellikleri dışında dikkate alınacak kabul/dışlama kriterleri yer almamaktadır. Veri toplama süreci sonucunda araştırmadan dışlanma kriterlerini sağlayan anketlerin çıkarılması neticesinde toplam 925 katılımcıdan elde edilen anket formları araştırmaya dahil edilmiştir.

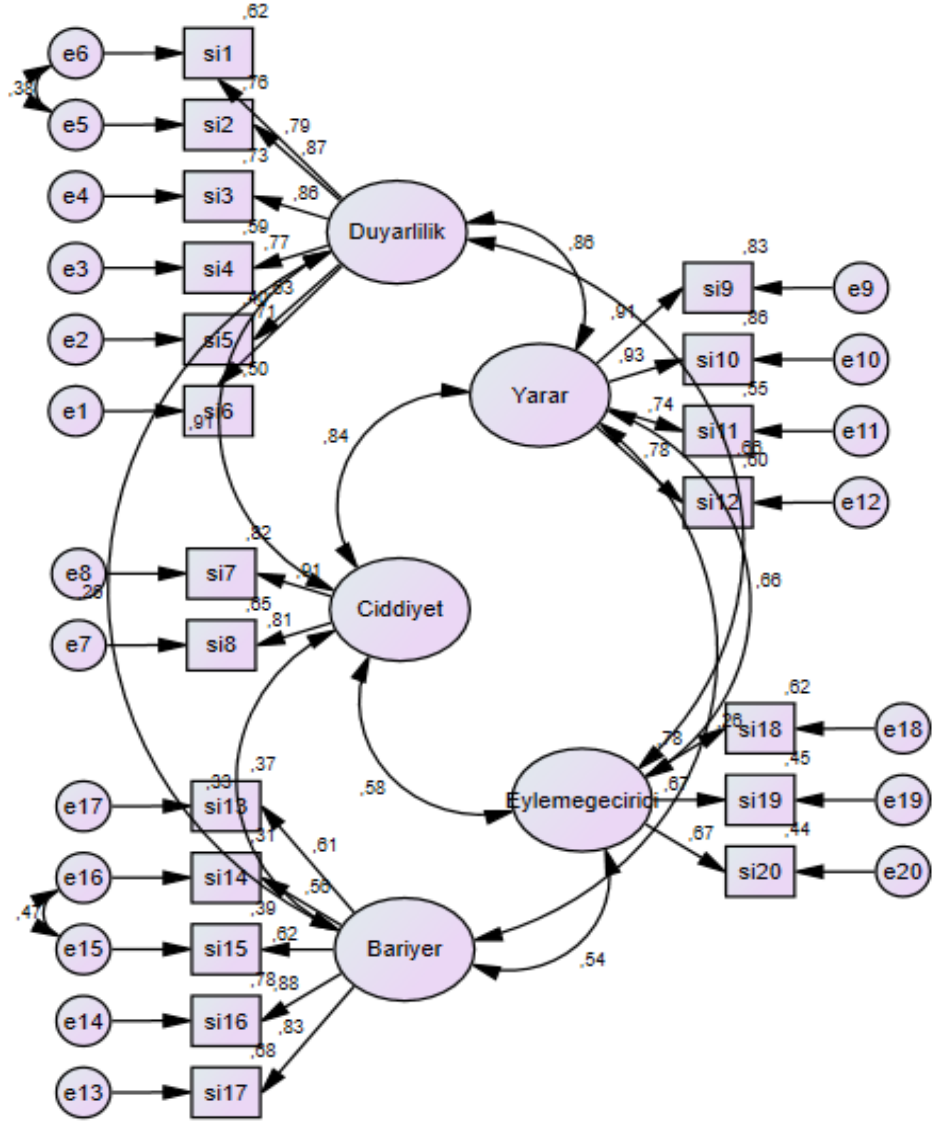
## **2.6.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

Araştırmada Kurcer ve Erdoğan (2020) tarafından geliştirilen “Sağlık İnanç Modeline Göre Sigara Bırakma Ölçeği (SİMGSBÖ)” araştırma amacına göre adaptasyonu sağlanarak; Toçi ve ark (2013) tarafından Sørensen ve ark (2012)’nin çalışması temel alınarak geliştirilen ve Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Bayık-Temel ve Aras (2017) tarafından gerçekleştirilen “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ)”; Kıraç ve Öztürk (2021) tarafından geliştirilen “Sağlık Arama Davranışı Ölçeği (SADÖ)”; Aydemir ve ark (2019) tarafından geliştirilen “Sigarayı Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği (SBBÖÖ)” ve araştırma kapsamında geliştirilen “Sigarayı Bırakma Niyeti Ölçeği (SBNÖ)” kullanılmıştır.

### **2.6.1.Sağlık İnanç Modeline Göre Sigara Bırakma Ölçeği**

SİMGSBÖ; duyarlılık algısı (7 madde), önem algısı (1 madde), yarar algısı (5 madde), bariyer algısı (2 madde), eyleme geçiriciler (3 madde) ve öz-yeterlilik (1 madde) olmak üzere 6 alt boyuttan ve toplam 19 maddeden oluşan likert türü (0=katılmıyorum, 4=tamamen katılıyorum) bir ölçektir. Toplam ölçekten alınabilen maksimum puan 76, minimum puan 0’dır. Ölçek geliştirme sürecinde faktör analizi ve güvenilirlik analizi gerçekleştirilmiştir. Binişik maddelerin ölçekten çıkarıldığı ifade

edilmiştir. Duyarlılık algısı Cronbach alfa katsayısı 0,831, yarar algısı 0,811, önem algısı 0,796, engel algısı 0,810, eyleme geçiriciler 0,830 ve öz yeterlilik 0,798'dir. Toplam ölçek Cronbach alfa katsayısı ise 0,820'dir. Buna göre ölçek geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak ifade edilmiştir (Kurcer ve Erdoğan, 2020). SİMGSBÖ araştırmanın amacı doğrultusunda revize edilmiş ve öncelikle revize edilen ölçeğin uyum iyiliğinin değerlendirilmesi için 205 katılımcının yer aldığı bir pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma neticesinde elde edilen veriler ile doğrulayıcı faktör analizi yapılarak kurulan modelin uyum iyiliğinin yükseltilmesi amacıyla 1 ve 2 numaralı önermeler arasında ve 14 ve 15 numaralı önermeler arasında kovaryans kurulmuştur.



Şekil 2.1. Sağlık inanç modeline göre sigara bırakma ölçeği doğrulayıcı faktör analizi.

Revize ölçeğe ilişkin olarak 20 önerme ve 5 alt boyut ile kurulan modelin uyumunun incelenmesinde uyum indeksleri (fit indices) göz önünde bulundurulmuştur. Uyum indekslerine ilişkin kabul edilebilir değerlerle (Harrington 2008, Gürbüz ve Şahin 2017) analiz neticesinde elde edilen indeks değerleri Tablo 2.1’de özetlenmiştir.

Tablo 2.1. Sağlık inanç modeline göre sigara bırakma ölçeği uyum indeksleri.

İndeks Adı	Kabul Edilebilir Değer	Modeldeki Değer
$\chi^2$ / serbestlik derecesi	<3	1,970
GFI	>0.85	0,873
AGFI	>0.80	0,831
CFI	>0.90	0,944
NFI	>0.85	0,894
RMSEA	<0.08	0,069

DFA kapsamında elde edilen uyum indeksi değerlerinin kabul edilebilir değerler olduğu tespit edilmiştir ve bu sonuçlar ise modelin, veri ve örneklem ile uyum düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Nihai ölçek duyarlılık algısı (6 önerme), algılanan ciddiye (2 önerme), yarar algısı (4 önerme), algılanan bariyerler (5 önerme) ve eyleme geçiriciler (3 önerme) olmak üzere toplam 20 önerme ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Her bir önermeden minimum 1, maksimum 5 puan alınabilmektedir. Elde edilen nihai ölçeğin içsel tutarlılığı Cronbach’ın alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Elde edilen katsayılar Tablo 2.2’de özetlenmiştir.

Tablo 2.2. Sağlık inanç modeline göre sigara bırakma ölçeği güvenilirlik katsayıları.

Ölçek	Madde Sayısı	Cronbach Alfa
Algılanan duyarlılık	6	0,901
Algılanan ciddiye	2	0,846
Algılanan yararlar	4	0,901
Algılanan bariyerler	5	0,840
Eyleme geçiriciler	3	0,741
Toplam Ölçek	20	0,929

Elde edilen Cronbach alfa katsayıları hem ölçek alt boyutlarının hem de toplam ölçeğin içsel tutarlılığının yüksek olduğuna işaret etmektedir.

### **2.6.2.Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği**

SOYÖ; bilgiye erişim (5 madde), bilgileri anlama (7 madde), değer biçme/değerlendirme (8 madde), uygulama/kullanma (5 madde) olmak üzere 4 alt boyut ve 25 maddeden oluşan 5li likert türü (1=yapamayacak durumdayım, 5=hiç zorluk çekmiyorum) bir ölçektir. Toplam ölçekten alınabilecek en yüksek puan 125 ve en düşük puan 25'tir. Ölçek geliştirme sürecinde faktör analizi ve güvenilirlik analizi gerçekleştirilmiştir. Bilgiye erişim Cronbach alfa katsayısı 0,71, bilgileri anlama 0,79, değer biçme/değerlendirme 0,66, uygulama/kullanma 0,62'dir. Toplam ölçek Cronbach alfa katsayısı ise 0,92'dir . Buna göre ölçek geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak ifade edilmiştir (Bayık-Temel ve Aras 2017).

### **2.6.3.Sağlık Arama Davranışı Ölçeği**

SADÖ; çevrimiçi sağlık arama (6 madde), profesyonel sağlık arama (3 madde) ve geleneksel sağlık arama (3 madde) olmak üzere toplam 3 alt boyut ve 12 maddeden oluşan 5li likert türü (1=hiç katılmıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum) bir ölçektir. Toplam ölçekten alınabilecek en yüksek puan 60 ve en düşük puan 12'dir. Ölçek geliştirme sürecinde faktör analizi ve güvenilirlik analizi gerçekleştirilmiştir. Binişik maddelerin ölçekten çıkarıldığı ifade edilmiştir. Çevrimiçi sağlık arama Cronbach alfa katsayısı 0,726, profesyonel sağlık arama 0,720 ve geleneksel sağlık arama 0,736'dır. Toplam ölçek Cronbach alfa katsayısı 0,755'tir. Buna göre ölçek geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak ifade edilmiştir (Kıraç 2019, Kıraç ve Öztürk 2021).

### **2.6.4.Sigarayı Bırakma Niyeti Ölçeği**

Araştırmada kullanılan SBNÖ, araştırma kapsamında geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçektir. Geçerlilik bir ölçeğin ölçmek istenilen özellikleri diğer özellikler ile karıştırmadan ölçebilmesi (Lorcu 2015), ölçüm aracının ölçmek için geliştirildiği özelliğin niteliğini tam olarak yansıtmasıdır (Gürbüz ve Şahin, 2017). Bu çerçevede araştırma kapsamında geliştirilen SBNÖ'nün geçerlilik ve güvenilirlik ile ilgili süreci tamamlanmış ve bulgular bölümünde açıklanmıştır. Araştırmada yapı geçerliliği, ölçüt bağımlı geçerlilik, iç tutarlılık ve zamana göre kararlılık analizlerinin gerçekleştirilebilmesi için toplam 497 katılımcı araştırmaya dâhil edilmiştir. Gerçekleştirilen ve bulgularda detaylandırılan ölçek geliştirme

sürecinin sonucunda sekiz maddeden oluşan beş kategorili (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum) Likert türü bir ölçek elde edilmiştir.

### **2.6.5.Sigarayı Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği**

SBBÖÖ beş kategorili Likert türü bir ölçektir (1=Az, 5=Çok). On madde ve iki alt boyuttan oluşmaktadır. 1,2,6,8,9,10 numaralı maddeler kararlılık ve hazır oluş alt boyutunda, 3,4,5,7 numaralı maddeler ise sağlık algısı ve uygun ortam alt boyutunda yer almaktadır. Ölçekte ters puanlanması gereken önerme olmayıp, alınabilecek minimum puan 10 ve maksimum puan 50'dir. Kararlılık ve hazır oluş Cronbach alfa katsayısı 0,769, sağlık algısı ve uygun ortam Cronbach alfa katsayısı 0,656'dır. Ölçek toplam Cronbach alfa katsayısı ise 0,782'dir. Buna göre ölçek geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak ifade edilmiştir (Aydemir ve ark 2019).

### **2.7.Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler**

Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler iki aşamada incelenebilir. İlk aşama olan SBNÖ'nün geliştirilmesinde, AFA ve DFA gerçekleştirilmiştir. Faktör analizlerinin gerçekleştirilmesinin ardından ölçüt bağımlı geçerlilik ve test-tekrar test tutarlılığının incelenmesinde korelasyon analizinden faydalanılmıştır. Ölçeğin içsel tutarlılığının incelenmesinde ise Cronbach'ın alfası kullanılmıştır. Aynı şekilde araştırma amacına uygun olarak revize edilen Sağlık İnanç Modeline Göre Sigara Bırakma Ölçeği'nin uyum iyiliğinin incelenmesinde DFA ve içsel tutarlılığının değerlendirilmesinde Cronbach'ın alfası kullanılmıştır.

Saha uygulaması kapsamında toplanan veriler çerçevesinde öncelikle katılımcılara dair kişisel bilgilerin ve sigara kullanımına ilişkin genel bilgilerin tanımlayıcı istatistiklerine yer verilmiştir. Katılımcıların genel bilgileri yüzde/oran ve frekanslar kullanılarak hesaplanmış ve özetlenmiştir. Ayrıca katılımcıların her bir ölçek ve alt boyutlarından aldıkları puanlara ilişkin olarak da minimum-maksimum puanlar, ortalamalar ve standart sapmalar hesaplanmıştır.

Hipotezlerin test edilmesinden önce, kullanılacak olan hipotez testlerinin belirlenebilmesi için ölçeklere ilişkin normal dağılım varsayımlarının geçerli olup olmadığı incelenmiştir. Burada basıklık ve çarpıklık değerleri kullanılmıştır. Literatürde çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1,5 ile +1,5 arasında olmasının

(Tabachnick ve Fidell 2013) veya -2 ile +2 arasında olmasının normal dağılıma uygunluk kriteri olarak kullanıldığı görülmektedir (George ve Mallery 2010). Araştırma verilerinin normal dağılıma uygun olması nedeniyle ikili grupların karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizinden (One-Way ANOVA) faydalanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bulunan farkların hangi gruplardan kaynaklandığının analizinde ise post-hoc testlerinden faydalanılmıştır. Araştırma kapsamında kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-Kare analizi ile incelenmiştir. Araştırmada elde edilen ölçümsel veriler, aralarındaki ilişkilerin incelenmesi için Pearson Korelasyon analizine tabi tutulmuş, korelasyon analizinin ardından ise bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamında toplanan veriler SPSS ve AMOS 20.0 paket programlarında analiz edilmiştir.

## **2.8.Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırma, araştırmanın amacı doğrultusunda çalışma evrenini oluşturan sigara içen bireyler ve bu bireylerden araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılar ile sınırlıdır. Araştırma aynı zamanda veri toplama amacı ile kullanılan ölçeklerin de yer aldığı anket formuna katılımcıların verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır. Araştırmanın diğer bir sınırlılığı, veri toplama dönemindeki Covid-19 pandemisinin doğurduğu olağanüstü koşullar nedeniyle verilerin çevrimiçi yöntemler ile toplanmasıdır. Araştırma, veri toplama döneminde elde edilen veriler ve bu verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler ile sınırlıdır. Araştırmada, araştırma konusuna ilişkin literatür Türkçe ve İngilizce dillerinde taranabilmektedir.



### **3.BULGULAR**

Araştırma kapsamında öncelikle SBNÖ geliştirilmiş, ardından bu ölçeğin de kullanıldığı saha araştırması gerçekleştirilerek elde edilen sonuçlar değerlendirilmiştir. Bu bölümde öncelikle ölçek geliştirme sürecinde elde edilen bulgulara, ardından saha araştırması sürecinde elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

#### **3.1.Sigarayı Bırakma Niyeti Ölçeğinin Geliştirilmesi**

##### **3.1.1.Literatür Taraması, İçerik ve Kapsam Geçerliliği**

İçerik ve kapsam geçerliliğinin sağlanabilmesi için literatür taraması ve uzman görüşü alınması şeklinde iki yöntem kullanılabilir. Literatürde yer alan ve konu ile ilgili daha önce gerçekleştirilmiş olan araştırmalarda konunun ele alınma biçiminin incelenmesi gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca incelenen konu ile ilgili olarak uzmanlığı bulunan kişilerin görüşlerine başvurmak suretiyle kapsam geçerliliğinin sağlanabileceği ifade edilmektedir (Hayran ve Özbek, 2017).

Literatürde Likert tipi ölçeklerde bulunması gereken kategori sayısına ilişkin bir fikir birliği yoktur ve tartışmalar sürmektedir (Akbaş ve ark 2020). Likert ölçeklerin sürekli türde bir veri sağlayabilip sağlayamadığı ve bu ölçeklerle elde edilen verilere parametrik testlerin yapılabilip yapılamayacağı da ayrı bir tartışma konusudur. Sadece non-parametrik testlerin yapılması gerektiğine ilişkin düşünceler, Likert tipi toplamlı (aggregated) ölçeklerin geliştirilme süreci karşısında aşırı sınırlayıcı olmakta ve bu tür ölçeklerin doğasını yansıtmamaktadır. Bununla birlikte gerçekleştirilmesi planlanan analizlerin temel varsayımlarının da sağlanması gerekmektedir (Harpe 2015). Jacoby ve Matell (1971) kategori sayısının geçerlilik ve güvenilirlikle ilgili olmadığını tespit etmiş, ikili (dichotomous) veya üçlü (trichotomous) kategorilerin kullanılabilirliğini ifade etmişlerdir. Finn (1972), beş ve yedi kategorili ölçeklerin en yüksek güvenilirlik değerlerini sağladığını tespit etmiş, McMordie (1979) ise orijinal formu iki kategorili olan bir ölçeğin yedi kategorili versiyonunun daha yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu tespit etmiştir. Bir başka araştırmada ise güvenilirliğin yedi kategoriye kadar madde sayısı ile ilişkili olduğu, yedi kategoriden sonra ise önemli bir artış olmadığı belirlenmiştir (Cichetti ve ark 1985). Bir başka çalışmada ölçekte yer alan kategori sayısının az olmasının ölçmenin duyarlılığını azaltacağı, çok

fazla olduğu durumlarda ise seçenekler arasında ayırt edilebilirliğin azalacağı ifade edilmektedir (Erkuş 2016'dan akt. Akbaş ve ark 2020).

Ölçeklerde yer alması gereken kategori sayısı ile ilgili tartışmaların yanı sıra, orta noktanın gerekli olup olmadığı ve seçime zorlanıklılık ile ilgili tartışmalar da sürmektedir (Akbaş ve ark 2020). Bir araştırmaya göre ölçülen değişkene ilişkin olarak herhangi bir karara sahip olmayan katılımcılara “kararsızım” seçeneğini seçme olanağının tanınması gerektiği ifade edilirken (Churchill ve Peter 1984), bir başka araştırmaya göre ise her iki durumda da madde ayırt edicilikleri ve güvenilirlikleri arasında bir fark yoktur (Erkuş ve ark 2000). Dolayısıyla geçerli argümanların olması durumunda orta noktalı ve kararsızlığın ifade edilebileceği ölçeklerin yanı sıra seçime zorlanıklı (forced) tipte ölçeklerin de kullanılabilmesi ifade edilmektedir (Bardakçı ve ark 2015).

Gerçekleştirilen literatür araştırmasında niyet ölçümlerinin farklı şekillerde yapıldığı tespit edilmiştir. Örneğin bir çalışmada sigarayı bırakmaya yönelik niyetin olup olmadığı sorusunda “Evet, kesinlikle”, “Evet”, “Hayır” ve “Kesinlikle hayır” şeklinde cevap seçenekleri yer almaktadır (Marques-Vidal ve ark 2011). Benzer şekilde bir başka araştırmada ise altı ay içerisinde sigarayı bırakma niyetine yönelik soruya cevap seçenekleri olarak “Hayır”, “Muhtemelen hayır”, “Muhtemelen evet”, “Evet” seçeneklerinin verildiği tespit edilmiştir (Wu ve ark 2015). Bir başka araştırmada sigarayı bırakmayı ciddi olarak düşünüyor musunuz şeklindeki soruya “Evet” ve “Hayır” şeklinde iki yanıt seçeneği verildiği görülmektedir (Abdullah ve ark 2006). Bir başka araştırmada altı ay içerisinde ve otuz gün içerisinde sigarayı bırakma niyetine ilişkin iki soru sorulmuş olup, cevap seçenekleri de benzer şekilde “Evet”, “Hayır” şeklinde iki seçenekli olarak sunulmuştur (Butler ve ark 2018). Bu örneklerin yanı sıra sigarayı bırakma niyeti ile ilgili tek bir sorunun yer aldığı, 5 seçenekli (Willemsen ve ark 1996, van den Putte ve ark 2009) ve 7 seçenekli (Moorman ve van den Putte 2008) yanıt seçeneklerinin sunulduğu araştırmalar da vardır. Burada yer alan örneklerin sayısı artırılabilir. Bununla beraber tek maddeli ölçümler kısalık ve düzgün bir şekilde geliştirilmiş ölçeklerin olmaması veya kullanılacak ikincil veri setlerinin mevcut olmaması nedeniyle araştırmacıların ilgisini çekse de (Harpe 2015) bu tür ölçeklerin psikometrik değerlendirmesinin yapılmasının güç ve bazı durumlarda imkânsız olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (Furr 2011).

SBNÖ'nün geliştirilmesi için öncelikle ilgili literatür incelenmiştir. Literatür taraması sonucunda ölçüm anında sigarayı bırakmaya yönelik niyeti tespit etmeyi sağlayan bir ölçek olmadığı görülmüştür. Bu nedenle SBNÖ'nün geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda öncelikle ulusal literatürde yer alan çalışmalar, ardından uluslararası literatür incelenmiştir.

Ulusal literatürde yer alan ve sigarayı bırakma niyeti ile ilişkili olan beş çalışma tespit edilmiştir. Bu çalışmalarda kullanılan formlar anket niteliğinde olup bir ölçek geliştirme süreci olmadan, oluşturulan sorular anket formu aracılığı ile uygulanmıştır (Bayık 1993, Türkoğlu 2007, Tırakoğlu 2016, Şen 2018, Hüseyin 2018). Bu araştırmalardan üç tanesi (Tırakoğlu 2016, Şen 2018, Hüseyin 2018) yüksek lisans tezi, bir tanesi tıpta uzmanlık tezi (Türkoğlu 2007), bir tanesi ise bilimsel hakemli dergide yayınlanmış araştırma makalesidir (Bayık 1993).

Ülkemizde gerçekleştirilen çalışmaların yanı sıra uluslararası literatür de incelenmiştir. Bu kapsamda sigarayı bırakma niyetini değerlendirmeye alan ve mevcut araştırmanın amacı ile uyumlu olan yirmi altı adet çalışma tespit edilmiş ve incelenmiştir. Bu araştırmalarda sigarayı bırakma niyetine ilişkin bir ölçek kullanılmadığı ve sigarayı bırakma niyetinin anket sorusu şeklinde değerlendirildiği tespit edilmiştir (Willemsen ve ark 1996, Hu ve Lanese 1998, Hammond ve ark 2003, Abdullah ve ark 2006, Rise ve ark 2008, Moorman ve van den Putte 2008, Burkhalter ve ark 2009, van den Putte ve ark 2009, Marques-Vidal ve ark 2011, Rise ve Ommundsen 2011, Kim ve ark 2012a, Kotz ve ark 2013, Luo ve ark 2015, Wu ve ark 2015, Droomers ve ark 2016, Jung 2016, Park ve ark 2016, Nayak ve ark 2016, Chinwong ve ark 2018, Butler ve ark 2018, Nguyen ve ark 2019, Upadhyay ve ark 2019, Chaaya ve ark 2019, Poggiolini 2019, Nazir ve ark 2020, Vyas ve ark 2020).

Literatürde Türkçe ve İngilizce olarak yer alan ve araştırma amacıyla uyum içerisinde olan toplam otuz bir kaynak incelenmiştir ve soru havuzu, burada yer alan soru formları ve araştırmacı ile alan uzmanlarının da katkısıyla oluşturulmuştur. Başlangıçta oluşturulan madde havuzunda kırk adet önerme yer almıştır. Ardından kırk sorudan oluşan soru havuzunun değerlendirilmesi aşamasına geçilmiştir. Burada uzman görüşleri alınarak her bir maddenin ölçeğin amacına uygunluğu değerlendirilmiştir. Bu kapsamda sağlık yönetimi, sosyal hizmetler, halk sağlığı, hemşirelik ve psikoloji alanlarından uzmanların her bir önermeyi değerlendirmesi

istenmiştir. Gerçekleştirilen ilk uzman değerlendirmesi neticesinde ölçeğin beş kategorili likert formatında oluşturulması gerektiği ifade edilmiş ve ölçekte yer alan madde sayısı yirmiye indirilmiştir. Ölçeğin ilk taslağının incelenmesi ve revize edilmesinin ardından elde edilen yirmi önermeden oluşan ölçek formu için yeniden uzman görüşüne başvurulmuştur. Uzmanlardan üç tanesi sağlık yönetimi, üç tanesi biyoistatistik, bir tanesi hemşirelik, bir tanesi aile hekimliği, bir tanesi ölçme ve değerlendirme, bir tanesi göğüs hastalıkları ve bir tanesi halk sağlığı alanında uzmandır ve bu alanlarda çalışmalarını sürdürmektedirler. Toplam on bir uzmanın görüşleri doğrultusunda yapı geçerliliğinin test edilmesi için 12 önermeden oluşan ölçek formu elde edilmiştir.

### **3.1.2.Yapı Geçerliliği**

Yapı geçerliliği, bir konuyu ölçmek için ortaya çıkarılan ölçeğin ilgili konuyla uyum derecesini, yani teori ve pratiğin ne denli uyumlu olduğunu ifade etmektedir. Yapı geçerliliğinin sağlanmasında faktör analizleri ve korelasyon analizleri kullanılmaktadır (Hayran ve Özbek 2017). Araştırma kapsamında gerçekleştirilen açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri için ayrı veri setleri oluşturulmuştur. AFA gerçekleştirildikten sonra ölçekten herhangi bir madde çıkmamasına rağmen DFA için ayrıca veri toplanmış ve analizler gerçekleştirilmiştir. Bu çerçevede toplam 276 katılımcıya ulaşılmıştır.

Ölçek geliştirme çalışmasının yapı geçerliliği safhasında öncelikle AFA gerçekleştirilmiştir. AFA için gerekli katılımcı sayısına ilişkin farklı görüşler vardır. Kimi kaynaklara göre ölçekteki madde sayısının beş katı kadar katılımcı yeterli iken, kimi kaynaklarda ölçekteki madde sayısının on veya on beş katı kadar katılımcının araştırmaya dahil edilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Bu çerçevede AFA başlangıcında ölçekte 12 madde yer aldığı için 60 ile 180 katılımcının dahil edilmesi planlanmıştır. Veriler 01.09.2021 ile 08.09.2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Örneklem yöntemi olarak kolayda, amaçlı ve kartopu örneklem yöntemleri bir arada kullanılmıştır. Bu çerçevede veri toplama periyodu içerisinde 152 katılımcı araştırmaya dahil edilerek AFA gerçekleştirilmiştir.

Katılımcıların %58,6'sı erkek, %41,4'ü kadındır. %55,9'u bekar ve %44,1'i evlidir. Katılımcıların %44,7'si 10 yıldan fazla süredir, %24,3'ü 5-10 yıl aralığında,

%21,7'si 1-5 yıl aralığında ve %9,2'si 0-1 yıl aralığında sigara kullanmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 30,58±9,52'dir.

AFA öncesinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ölçütü 0,920 ve Bartlett küresellik testi anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu sonuçlar AFA için elde edilen örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu ifade etmektedir. Gerçekleştirilen AFA neticesinde ölçeğin ölçmeyi hedeflediği yapıya katkı sağlamayan ve faktör yapısını bozan herhangi bir madde olmadığı tespit edilmiştir.

AFA neticesinde elde edilen on iki soru ve iki boyutlu yapı toplam varyansın %64,19'unu açıklamaktadır. AFA neticesinde oluşan iki faktörlü yapıda ilk faktör dokuz sorudan, ikinci faktör üç sorudan oluşmuştur.

Tablo 3.1. Sigarayı bırakma niyeti ölçeği birinci analiz faktör yapısı.

Faktörler (Alt Boyutlar)	Ölçek Maddeleri	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans
1.Faktör	S.5. Sigarayı bırakmayı planlıyorum.	,901	%52,32
	S.7. Sigarayı bırakmayı deneyeceğim.	,896	
	S.8. Sigarayı bırakmakla ilgili hayaller kuruyorum.	,878	
	S.1. Sigarayı bırakmak istiyorum.	,825	
	S.2. Sigarayı yakın zamanda bırakacağım.	,816	
	S.12. Nasıl yapılacağını bilsem sigarayı bırakırım.	,720	
	S.9. Sigarayı bırakmakla ilgili araştırmalar yapıyorum.	,748	
	S.4. Sigarayı bırakmayla ilgili olarak bir sağlık profesyoneli ile görüşmeye niyetliyim.	,738	
	S.11. Sigarayı bırakmak benim için önemli.	,802	
2.Faktör	S.10. Sigaranın bana zarar verdiğini düşünmüyorum.	,779	%11,87
	S.6. Sigarayı bırakmayı düşünmüyorum.	,704	
	S.3. Bana zarar verecek kadar sigara içmiyorum.	,593	

İkinci boyut araştırma amacıyla uyumlu olmaması ve isimlendirmesinin uygun olmaması nedeniyle, uzman görüşüne de başvurularak analizden çıkarılmış ve kalan dokuz önerme ile AFA tekrarlanmıştır. Gerçekleştirilen analizde KMO örneklem yeterliliği ölçütü 0,934 ve Bartlett küresellik testi anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu sonuçlar AFA için elde edilen örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu ifade etmektedir. AFA neticesinde ölçeğin ölçmeyi hedeflediği yapıya katkı sağlamayan ve

faktör yapısını bozan herhangi bir madde olmadığı tespit edilmiştir. Tek faktör toplam varyansın %67,34'ünü oluşturmaktadır.

AFA neticesinde elde edilen maddeler ve madde faktör yükleri Tablo 3.2'deki gibidir;

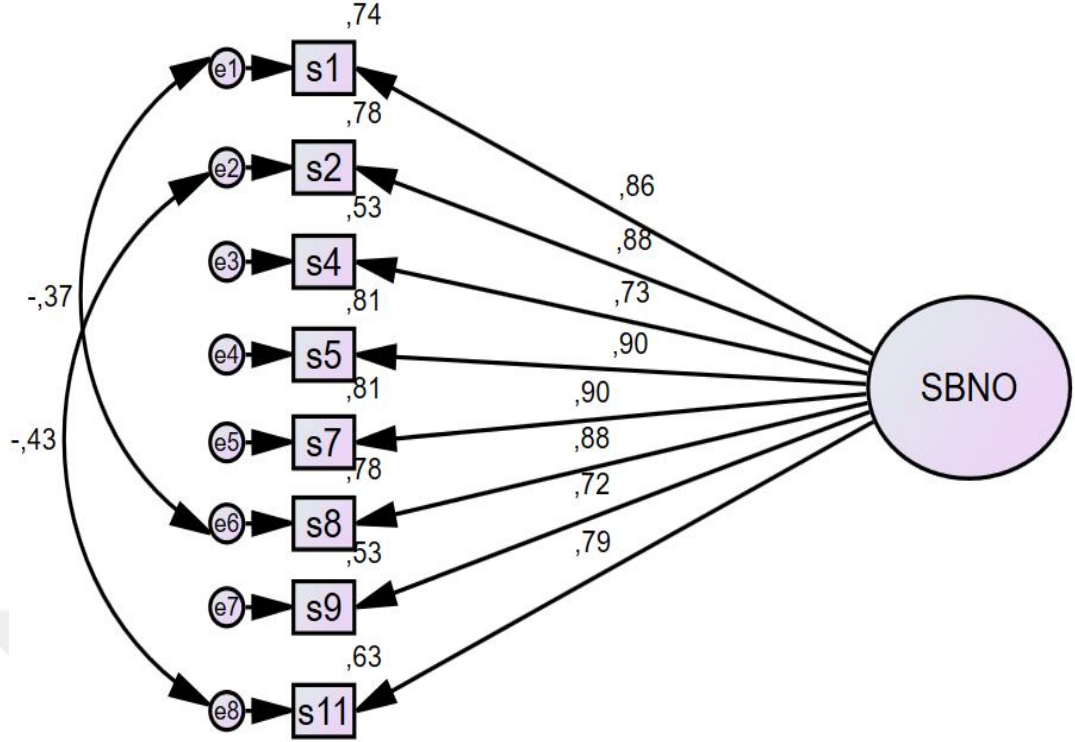
Tablo 3.2. Sigarayı bırakma niyeti ölçeği ikinci analiz faktör yapısı.

Faktörler (Alt Boyutlar)	Ölçek Maddeleri	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans
Sigarayı Bırakma Niyeti	S.5. Sigarayı bırakmayı planlıyorum.	,903	%67,34
	S.7. Sigarayı bırakmayı deneyeceğim.	,901	
	S.8. Sigarayı bırakmakla ilgili hayaller kuruyorum.	,884	
	S.1. Sigarayı bırakmak istiyorum.	,837	
	S.11. Sigarayı bırakmak benim için önemli.	,813	
	S.2. Sigarayı yakın zamanda bırakacağım.	,812	
	S.9. Sigarayı bırakmakla ilgili araştırmalar yapıyorum.	,755	
	S.4. Sigarayı bırakmayla ilgili olarak bir sağlık profesyoneli ile görüşmeye niyetliyim.	,730	
	S.12. Nasıl yapılacağını bilsem sigarayı bırakırım.	,729	

Ölçek maddeleri incelendiğinde faktör yükü 0,50'nin altında olan veya binişik önerme olma özelliği gösteren bir madde olmadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle AFA'nın ortaya koyduğu tek boyut ve dokuz önermeli yapının DFA ile test edilmesi aşamasına geçilmiştir.

AFA sonucunda elde edilen tek faktör ve dokuz önermeden oluşan yapı, DFA ile test edilmiştir. DFA için yeniden veri toplanmış, AFA çerçevesinde kullanılan veriler üzerinden analiz yapılmamıştır. Bu kapsamda, katılımcıların %66,1'i erkek, %33,9'u kadındır. %71,8'i bekar, %28,2'si evlidir. %30,6'sı 1-5 yıldır, %30,6'sı 10 yıl ve üzeri süredir, %22,6'sı 5-10 yıldır, %16,1'i 0-1 yıldır sigara kullanmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 28,08±10,72'dir.

Ölçeğin AFA ile ortaya konulan yapı geçerliliğini sınamak üzere DFA'ya başvurulmuştur. Gözlenen değişkenler ile örtük değişkenler arasındaki açıklayıcılık, standardize regresyon katsayıları ile değerlendirilmiştir. DFA neticesine katsayıları uygun olmayan ve modelin uyum iyiliğini bozan on iki numaralı önerme ölçekten çıkarılmış ve modelin uyum iyiliğinin yükselmesi sağlanmıştır.



Şekil 3.1. Sigarayı bırakma niyeti ölçeğinin yapısı ve standardize katsayılar.

Elde edilen modelin uyumunun incelenmesinde uyum indeksleri (fit indices) göz önünde bulundurulmuştur. DFA aşamasında uyum iyiliğinin geliştirilmesi için madde bir ve sekiz ile madde iki ve on bir arasında kovaryans kurulmuştur. Uyum indekslerine ilişkin kabul edilebilir değerlerle (Harrington 2008, Gürbüz ve Şahin 2017) analiz neticesinde elde edilen indeks değerleri Tablo 3.3'te özetlenmiştir.

Tablo 3.3. Sigarayı bırakma niyeti ölçeği uyum indeksleri.

İndeks Adı	Kabul Edilebilir Değer	Modeldeki Değer
$X^2$ / serbestlik derecesi	<3	1,767
GFI	>0.85	0,939
AGFI	>0.80	0,878
CFI	>0.90	0,984
NFI	>0.85	0,965
RMSEA	<0.08	0,079

DFA kapsamında elde edilen uyum indeksi değerlerinin kabul edilebilir değerler olduğu tespit edilmiştir ve bu sonuçlar ise modelin, veri ve örneklem ile uyum düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Elde edilen nihai ölçek, sekiz önerme ve tek alt boyuttan oluşmaktadır.

### 3.1.3.Ölçüt Bağıntılı Geçerlilik

Ölçüt bağıntılı geçerliliğin test edilebilmesi için araştırmanın bu kısmına toplam 165 katılımcı dahil edilmiştir. SBNÖ ve SBBÖÖ için bağlam geçerliliğinin araştırılmasında korelasyon analizinden faydalanılmıştır. Analize ilişkin sonuçlar Tablo 3.4’te özetlenmiştir.

Tablo 3.4. Ölçüt bağıntılı geçerlilik korelasyon tablosu.

	Kararlılık ve Hazır Oluş	Sağlık Algısı ve Uygun Ortam	SBBÖÖ Toplam
SBNÖ	0,669*	0,698*	0,721*

\*p<0,01

Gerçekleştirilen korelasyon analizi neticesinde SBNÖ ve SBBÖÖ arasında hem alt boyutlar açısından hem de toplam ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. SBNÖ ile SBBÖÖ alt boyutlarından “Kararlılık ve Hazır Oluş” ve “Sağlık Algısı ve Uygun Ortam” arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,01 ve sırasıyla r=0,669; 0,698). SBNÖ ile SBBÖÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve kuvvetli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p<0,01; r=0,721). Elde edilen bu sonuçlar SBNÖ’nün ölçüt bağıntılı geçerliliğinin sağlandığını göstermektedir.

### 3.1.4.İçsel Tutarlılık

İçsel tutarlılık, ölçekte yer alan maddelerin ölçülmesi istenen konuyu ölçme noktasında birbirleri ile tutarlı olması şeklinde tanımlanmaktadır. Genellikle Cronbach’ın alfası veya Kuder-Richardson’un alfası kullanılır. Gerçekleştirilen analiz neticesinde alfa katsayısının 0,70 ve üzerinde bulunması ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğuna işaret eder (Hayran ve Özbek 2017). Diğer bir görüşe göre ise alfa katsayısı 0 ile 0,40 arasında ise ölçek güvenilir değildir; 0,40 ile 0,60 arasındaysa ölçeğin güvenilirliği düşüktür; 0,60 ile 0,80 arasındaysa ölçek oldukça güvenilir ve 0,80 ile 1 arasında ise ölçek yüksek derecede güvenilir (Lorcu 2015). SBNÖ’nin içsel tutarlılığının hesaplanmasında Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır. Elde edilen değerler Tablo 3.5’te özetlenmiştir. Gerçekleştirilen güvenilirlik analizinde SBNÖ toplam ölçek içsel tutarlılık katsayısı 0,943 olarak bulunmuştur. Bu değer, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.



Tablo 3.5. Sigarayı bırakma niyeti ölçeğinin nihai yapısı.

Faktörler (Alt Boyutlar)	Ölçek Maddeleri	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans	Cronbach Alfa
Sigarayı Bırakma Niyeti	S.1. Sigarayı bırakmak istiyorum.	,846	%69,69	0,943
	S.2. Sigarayı yakın zamanda bırakacağım.	,829		
	S.4. Sigarayı bırakmayla ilgili olarak bir sağlık profesyoneli ile görüşmeye niyetliyim.	,727		
	S.5. Sigarayı bırakmayı planlıyorum.	,906		
	S.7. Sigarayı bırakmayı deneyeceğim.	,905		
	S.8. Sigarayı bırakmakla ilgili hayaller kuruyorum.	,881		
	S.9. Sigarayı bırakmakla ilgili araştırmalar yapıyorum.	,766		
	S.11. Sigarayı bırakmak benim için önemli.	,802		

### 3.1.5. Test-Tekrar Test Tutarlılığı

Test-tekrar test tutarlılığı veya ölçeğin zamana göre tutarlılığı, diğer bir deyişle test-tekrar test güvenilirliği bir ölçüm aracının aynı grup üzerinde farklı zamanlarda uygulanması neticesinde benzer sonuçların elde edilmesi ile tespit edilir. Bu ölçümlerin korelasyonu güvenilirlik katsayısı olarak ifade edilebilmekte, grup ölçümlerinde elde edilen sonucun 0,70'ten yüksek olması durumunda ise ölçeğin zamana göre tutarlılığının yüksek olduğu belirtilmektedir (Gürbüz ve Şahin 2017, Hayran ve Özbek 2017).

SBNÖ'nün zamana göre tutarlılığının test edilmesi için 56 kişilik bir gruba üç hafta arayla ölçek uygulanmış ve sonuçlar korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre test ve tekrar test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ;  $r = 0,856$ ). Dolayısıyla ölçeğin zamana göre tutarlılığının yüksek olduğu tespit edilmiştir.

### 3.2. Saha Araştırması Bulgularının Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında öncelikle katılımcılara ilişkin genel bilgiler tanımlayıcı istatistikler ile özetlenmiştir. Buna göre katılımcıların %50,2'si erkek, %67'si 15-25 yaş aralığında, %77,6'sı bekar, %61,5'i üniversite (önlisans-lisans) eğitim

düzeyindedir. Katılımcıların sigaraya başlama yaşı %61,2 oranında 15-20 yaş arası olarak tespit edilmiştir. Katılımcılar %52,2 oranında günlük 1-10 adet sigara tüketirken, %37,1 oranında ise 11-20 adet sigara tüketmektedir. Günlük 21 adet ve üzeri sigara tüketenlerin oranı %10,7'dir. Katılımcıların %39,4'ünün sigara kullandığı toplam süre 1-5 yıl arasındayken, %24,4'ü 6-10 yıl arasında bir süredir sigara tüketmektedirler. 16 yıl ve üzeri %10,7 ve 1 yıldan az süredir sigara tüketenler %17,3 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların %74,7'si ailelerinde de sigara kullanımının olduğunu, %63,5'i daha önce sigarayı bırakmayı denediklerini ifade etmiştir. Katılımcılardan herhangi bir kronik hastalıktan mustarip olanların oranı %17,3 iken, katılımcıların %82,7'si herhangi bir kronik hastalıklarının olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %30,4'ünün hane toplam gelir düzeyi 3001-5000 TL arasındadır. Katılımcıların %62,4'ü Covid-19'a hiç yakalanmadıklarını belirtirken, %35,1'i ayakta atlattığını, %1,9'u hastanede serviste atlattığını ve %0,5'i ise yoğun bakıma alındığını belirtmiştir (Tablo 3.6).

Tablo 3.6. Katılımcılara ait genel bilgilerin tanımlayıcı istatistikleri.

	DEĞİŞKENLER	SAYI	YÜZDE
Cinsiyet	Kadın	461	49,8
	Erkek	464	50,2
Yaş	15-25	620	67,0
	26-35	167	18,1
	36-45	94	10,2
	46-54	32	3,5
	55 ve üzeri	12	1,3
Medeni Durum	Evli	207	22,4
	Bekâr	718	77,6
Eğitim Durumu	İlkokul	23	2,5
	Ortaokul	56	6,1
	Lise	238	25,7
	Üniversite	569	61,5
	Lisansüstü	39	4,2
Sigaraya Başlama Yaşı	15 yaşından küçükken	172	18,6
	15-20 yaş arası	566	61,2
	21-30 yaş arası	172	18,6
	30 yaşından büyükken	15	1,6
Günlük Kullanılan Sigara Miktarı	1-10 adet	483	52,2
	11-20 adet	343	37,1
	21 adet ve üzeri	99	10,7
Sigara Kullanılan Süre	1 yıldan az	160	17,3
	1-5 yıl	364	39,4
	6-10 yıl	226	24,4
	11-15 yıl	76	8,2
	16 yıl ve üzeri	99	10,7
Ailede Sigara Kullanımı	Var	691	74,7
	Yok	234	25,3
Daha Önce Sigarayı Bırakma Denemesi	Evet	587	63,5
	Hayır	338	36,5
Kronik Hastalık Durumu	Var	160	17,3
	Yok	765	82,7
Hane Toplam Geliri	0-3000 TL	172	18,6
	3001-5000 TL	281	30,4
	5001-10000 TL	280	30,3
	10001 TL ve üzeri	192	20,8
COVID 19 Geçirme Durumu	Hayır	577	62,4
	Ayakta atlattım	325	35,1
	Hastanede serviste atlattım	18	1,9
	Yoğun bakıma alındım	5	,5
TOPLAM		925	100

Araştırma kapsamında toplanan verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığının değerlendirilmesinde basıklık ve çarpıklık değerlerinden faydalanılmıştır. Buna göre verilerin normal dağılıma uygun olduğunun değerlendirilebilmesi için basıklık ve çarpıklık değerlerinin +1,5 ile -1,5 arasında veya +2 ile -2 arasında değerler alması gerekmektedir. Araştırmada kullanılan tüm ölçek ve ölçek alt boyutlarında yer alan değişkenlerin hem basıklık hem de çarpıklık değerlerinin +1,5 ile -1,5 aralığında olduğu tespit edilmiştir. Bu çerçevede verilerin normal dağılıma uygun bir dağılım gösterdiği değerlendirilmiş ve analizlerde parametrik testler kullanılmıştır.

Tablo 3.7. Değişkenlere ilişkin çarpıklık ve basıklık değerleri.

<b>Değişken</b>	<b>Çarpıklık</b>	<b>Basıklık</b>
SOY-Bilgiye Erişim	-1,086	0,245
SOY-Bilgileri Anlama	-1,220	0,824
SOY-Değer Bıçme	-1,222	1,329
SOY-Uygulama/Kullanma	-0,910	0,317
SOY-Toplam	-0,982	0,353
SİM-Algılanan Duyarlılık	-0,725	0,625
SİM-Algılanan Ciddiyet	-0,299	-0,483
SİM-Yarar Algısı	-0,716	0,165
SİM-Algılanan Bariyerler	0,594	0,108
SİM-Eyleme Geçiriciler	-0,121	-0,184
SİM-Toplam	-0,259	0,262
SBN Toplam	-0,154	-0,506
SAD-Online	-0,159	-0,363
SAD-Profesyonel	-0,840	0,630
SAD-Geleneksel	-0,613	0,235
SAD Toplam	-0,419	0,663

### 3.2.1.Genel Bilgiler Arasındaki İlişkilere İlişkin Analizler

Katılımcıların cinsiyetleri ile sigaraya başlama yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Tablo incelendiğinde 15 yaşından küçükken sigaraya başlayanların %68'inin erkek olduğu görülmektedir. 15-20 yaş arası ile 21-30 yaş arası sigaraya başlayanların cinsiyetleri incelendiğinde ise kadınların bu yaş aralıklarında daha yüksek oranda sigaraya başladıkları görülmektedir.

Tablo 3.8. Katılımcıların cinsiyeti ile sigaraya başlama yaşı ilişkisi.

		Cinsiyet					
		Kadın		Erkek		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Sigaraya başlama yaşı	15 yaşından küçükken	54	31,4	118	68,6	172	100
	15-20 yaş arası	310	54,8	256	45,2	566	100
	21-30 yaş arası	91	52,9	81	47,1	172	100
	30 yaşından büyükken	6	40	9	60	15	100
Toplam		461	49,8	464	50,2	925	100
X <sup>2</sup> =30,138 DF=3 P<0,001							

Katılımcıların cinsiyetleri ile günlük olarak kullandıkları sigara miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). Tablo incelendiğinde günlük 1-10 adet sigara tüketenlerin %63,4 oranında kadın, %36,6 oranında ise erkek olduğu görülmektedir. Öte yandan 21 adet ve üzeri sigara tüketenlerin %34,3 oranında kadın ve %65,7 oranında erkek olduğu görülmektedir. Buradan erkeklerin günlük olarak daha yüksek miktarda sigara tükettiği tespit edilmiştir.

Tablo 3.9. Katılımcıların cinsiyeti ile günlük sigara kullanımı ilişkisi.

		Cinsiyet					
		Kadın		Erkek		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Günlük kullanılan sigara miktarı	1-10 adet	306	63,4	177	36,6	483	100
	11-20 adet	121	35,3	222	64,7	343	100
	21 adet ve üzeri	34	34,3	65	65,7	99	100
Toplam		461	49,8	464	50,2	925	100
X <sup>2</sup> =73,892 DF=2 P<0,001							

Katılımcıların cinsiyetleri ile toplam sigara kullandıkları süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). Tablo incelendiğinde 1 yıldan az süredir sigara tüketenlerin %61,3 oranında kadın, %38,8 oranında erkeklerden oluştuğu görülmektedir. Öte yandan 16 yıl ve üzeri süredir sigara tüketenlerin %35,4'ü kadın ve %64,6'sı erkeklerden oluşmaktadır. Buna göre erkekler kadınlara göre daha uzun süre sigara tüketmektedir.

Tablo 3.10. Katılımcıların cinsiyeti ile sigara kullanım süresi ilişkisi.

		Cinsiyet					
		Kadın		Erkek		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Toplam sigara kullanılan süre	1 yıldan az	98	61,3	62	38,8	160	100
	1-5 yıl	201	55,2	163	44,8	364	100
	6-10 yıl	100	44,2	126	55,8	226	100
	11-15 yıl	27	35,5	49	64,5	76	100
	16 yıl ve üzeri	35	35,4	64	64,6	99	100
Toplam		461	49,8	464	50,2	925	100
X <sup>2</sup> =29,912 DF=4 P<0,001							

Katılımcıların cinsiyetleri ile sigarayı bırakma denemeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05).

Tablo 3.11. Katılımcıların cinsiyeti ile sigarayı bırakma denemesi ilişkisi.

		Cinsiyet					
		Kadın		Erkek		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Sigarayı bırakma denemesi	Evett	295	50,3	292	49,7	587	100
	Hayır	166	49,1	172	50,9	338	100
Toplam		461	49,8	464	50,2	925	100
X <sup>2</sup> =0,112 DF=1 P=0,738							

Katılımcıların medeni durumları ile günlük olarak kullandıkları sigara miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Tablo incelendiğinde günlük 1-10 adet sigara tüketenlerin %17 oranında evli ve %83 oranında bekâr olduğu tespit edilmiştir. Öte yandan 21 adet ve üzeri sigara tüketenlerin %36,4 oranında evli ve %63,6 oranında bekâr olduğu görülmektedir. Dolayısıyla sigara kullanım miktarının artmasının oransal olarak daha fazla evli bireyin sigara kullanmasıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.12. Katılımcıların medeni durumu ile günlük sigara kullanımını ilişkisi.

		Medeni Durum					
		Evli		Bekar		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Günlük kullanılan sigara miktarı	1-10 adet	82	17	401	83	483	100
	11-20 adet	89	25,9	254	74,1	343	100
	21 adet ve üzeri	36	36,4	63	63,6	99	100
Toplam		207	22,4	718	77,6	925	100
X <sup>2</sup> =21,774 DF=2 P<0,001							

Katılımcıların medeni durumları ile sigara bırakma denemesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Tablo 3.13. Katılımcıların medeni durumu ile sigarayı bırakma denemesi ilişkisi.

		Medeni Durum					
		Evli		Bekar		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Sigarayı bırakma denemesi	Evet	142	24,2	445	75,8	587	100
	Hayır	65	19,2	273	80,8	338	100
Toplam		207	22,4	718	77,6	925	100
$X^2=3,038$ DF=1 P=0,081							

Katılımcıların eğitim durumu ile günlük kullandıkları sigara miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Tablo incelendiğinde eğitim düzeyi daha yüksek olanların oransal olarak daha az miktarda sigara tükettikleri görülmektedir.

Tablo 3.14. Katılımcıların eğitim durumu ile günlük sigara kullanımını ilişkisi.

		Eğitim Durumu							
		İlkokul veya ortaokul		Lise		Üniversite/ Lisansüstü		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Günlük kullanılan sigara miktarı	1-10 adet	26	5,4	129	26,7	328	67,9	483	100
	11 adet ve üzeri	53	12	109	24,7	280	36,3	442	100
Toplam		79	8,5	238	25,7	608	65,7	925	100
$X^2=12,906$ DF=2 P<0,05									

Katılımcıların eğitim durumu ile sigara kullandıkları toplam süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Tablo incelendiğinde eğitim düzeyi arttıkça sigara kullanılan toplam sürenin oransal olarak azaldığı ifade edilebilir.

Tablo 3.15. Katılımcıların eğitim durumu ile sigara kullanım süresi ilişkisi.

		Eğitim Durumu							
		İlkokul veya ortaokul		Lise		Üniversite/ Lisansüstü		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Toplam sigara kullanılan süre	1 yıldan az	7	4,4	47	41,2	106	66,2	160	100
	1-5 yıl	18	4,9	94	25,8	252	69,2	364	100
	6-10 yıl	22	9,7	47	20,8	157	69,5	226	100
	11-15 yıl	8	10,5	21	27,6	47	61,8	76	100
	16 yıl ve üzeri	24	24,2	29	29,3	46	46,5	99	100
Toplam		79	8,5	238	25,7	608	65,7	925	100
X <sup>2</sup> =48,560 DF=8 P<0,001									

Katılımcıların eğitim durumu ile sigarayı bırakma denemeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05).

Tablo 3.16. Katılımcıların eğitim durumu ile sigarayı bırakma denemesi ilişkisi.

		Eğitim Durumu											
		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		Lisansüstü		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sigarayı bırakma denemesi	Evet	16	2,7	34	5,8	147	25	360	61,3	30	5,1	587	100
	Hayır	7	2,1	22	6,5	91	26,9	209	61,8	9	2,7	338	100
	Toplam	23	2,5	56	6,1	238	25,7	569	61,5	39	4,2	925	100
X <sup>2</sup> =3,904 DF=4 P=0,419													

Katılımcıların eğitim durumu ile sigaraya başlama yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Tablo incelendiğinde eğitim düzeyinin artması ile sigaraya başlama yaşının da arttığı ifade edilebilir.

Tablo 3.17. Katılımcıların eğitim durumu ile sigaraya başlama yaşı ilişkisi.

		Eğitim Durumu							
		İlkokul veya ortaokul		Lise		Üniversite/ Lisansüstü		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sigaraya başlama yaşı	15 yaşından küçükken	30	17,4	51	29,7	91	52,9	172	100
	15-20 yaş arası	32	5,7	146	25,8	388	68,6	566	100
	21 ve daha sonra	17	9,1	41	21,9	129	69	187	100
Toplam		79	8,5	238	25,7	608	65,7	925	100
X <sup>2</sup> =28,917 DF=4 P<0,001									

Katılımcıların günlük olarak kullandıkları sigara miktarı ile sigaraya başlama yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Tabloya göre sigaraya başlama yaşı azaldıkça günlük olarak kullanılan sigara miktarı artmaktadır.



Tablo 3.18. Katılımcıların sigaraya başlama yaşı ile günlük sigara kullanımı ilişkisi.

		Günlük Kullanılan Sigara Miktarı							
		1-10 adet		11-20 adet		21 adet ve üzeri		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sigaraya başlama yaşı	15 yaşından küçükken	52	30,2	80	46,5	40	23,3	172	100
	15-20 yaş arası	308	54,4	211	37,3	47	8,3	566	100
	21 yaşından büyükken	123	65,8	52	27,8	12	6,4	187	100
Toplam		483	52,2	343	37,1	99	10,7	925	100
X <sup>2</sup> =63,073 DF=4 P<0,001									

Katılımcıların sigaraya başlama yaşı ile sigarayı bırakma denemesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05).

Tablo 3.19. Katılımcıların sigaraya başlama yaşı ile sigarayı bırakma denemesi ilişkisi.

		Sigaraya başlama yaşı									
		15 yaşından küçükken		15-20 yaş arası		21-30 yaş arası		30 yaşından büyükken		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sigarayı bırakma denemesi	Evet	112	19,1	364	62	101	17,2	10	1,7	587	100
	Hayır	60	17,8	202	59,8	71	21	5	1,5	338	100
	Toplam	172	18,6	566	61,2	172	18,6	15	1,6	925	100
X <sup>2</sup> =2,113 DF=3 P=0,549											

Katılımcıların sigaraya başlama yaşı ile ailelerinde sigara kullanan başka birinin olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Tablo incelendiğinde ailesinde sigara kullanan başka bir bireyin olduğu katılımcıların %19,7'si 15 yaşından küçükken %64,4'ü 15-20 yaş arasında ve %15,9'u 21 yaşından büyükken sigaraya başlamıştır. Söz konusu ailesinde sigara kullanan başka birinin olmadığı katılımcılar olduğunda bu oranlar sırası ile %15,4, %51,7 ve %32,9 olarak tespit edilmiştir. Dolayısıyla ailede sigara kullanımının daha erken yaşta sigaraya başlama ile ilişkili olduğu ifade edilebilir.

Tablo 3.20. Katılımcıların sigaraya başlama yaşı ile ailede sigara kullanımı ilişkisi.

		Sigaraya başlama yaşı							
		15 yaşından küçükken		15-20 yaş arası		21 ve daha sonra		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Ailede sigara kullanan başka bir birey	Var	136	19,7	445	64,4	110	15,9	691	100
	Yok	36	15,4	121	51,7	77	32,9	234	100
	Toplam	172	18,6	566	61,2	187	20,2	925	100
X <sup>2</sup> =31,287 DF=2 P<0,001									

Katılımcıların günlük olarak kullandıkları sigara miktarı ile toplam sigara kullandıkları süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Tablo incelendiğinde sigara kullanım süresi arttıkça günlük kullanılan sigara miktarının da artış gösterdiği görülmektedir.

Tablo 3.21. Katılımcıların günlük sigara kullanımını ile sigara kullanım süresi ilişkisi.

		Günlük Kullanılan Sigara Miktarı							
		1-10 adet		11-20 adet		21 adet ve üzeri		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Toplam sigara kullanılan süre	1 yıldan az	149	93,1	11	6,9	0	0	160	100
	1-5 yıl	202	55,5	134	36,8	28	7,7	364	100
	6-10 yıl	87	38,5	116	51,3	23	10,2	226	100
	11-15 yıl	23	30,3	44	57,9	9	11,8	76	100
	16 yıl ve üzeri	22	22,2	38	38,4	39	39,4	99	100
Toplam		483	52,2	343	37,1	99	10,7	925	100

$X^2=241,421$  DF=8 P<0,001

Katılımcıların günlük olarak kullandıkları sigara miktarı ile sigarayı bırakma denemeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Tablo 3.22. Katılımcıların günlük sigara kullanımını ile sigarayı bırakma denemesi ilişkisi.

		Günlük Kullanılan Sigara Miktarı							
		1-10 adet		11-20 adet		21 adet ve üzeri		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sigarayı bırakma denemesi	Evet	294	50,1	224	38,2	69	11,8	587	100
	Hayır	189	55,9	119	35,2	30	8,9	338	100
	Toplam	483	52,2	343	37,1	99	10,7	925	100

$X^2=3,563$  DF=2 P=0,168

Katılımcıların günlük olarak kullandıkları sigara miktarı ile ailede sigara kullanan başka bir bireyin olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Tablo 3.23. Katılımcıların günlük sigara kullanımını ile ailede sigara kullanımını ilişkisi.

		Günlük Kullanılan Sigara Miktarı							
		1-10 adet		11-20 adet		21 adet ve üzeri		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Ailede sigara kullanan başka bir birey	Var	348	50,4	268	38,8	75	10,9	691	100
	Yok	135	57,7	75	32,1	24	10,3	234	100
	Toplam	483	52,2	343	37,1	99	10,7	925	100

$X^2=3,994$  DF=2 P=0,136

Katılımcıların günlük olarak kullandıkları sigara miktarı ile kronik hastalığa sahip olup olmamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Tablo 3.24. Katılımcıların günlük sigara kullanımı ile kronik hastalık ilişkisi.

		Günlük Kullanılan Sigara Miktarı							
		1-10 adet		11-20 adet		21 adet ve üzeri		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Kronik hastalık durumu	Var	73	45,6	66	41,3	21	13,1	160	100
	Yok	410	53,6	277	36,2	78	10,2	765	100
Toplam		483	52,2	343	37,1	99	10,7	925	100

$X^2=3,577$  DF=2 P=0,167

Katılımcıların günlük olarak kullandıkları sigara miktarı ile hane toplam gelirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Tablo incelendiğinde gelir seviyesinin artmasının daha yüksek miktarda sigara kullanımı ile ilişkili olduğu görülmektedir.

Tablo 3.25. Katılımcıların günlük sigara kullanımı ile hane geliri ilişkisi.

		Günlük Kullanılan Sigara Miktarı							
		1-10 adet		11-20 adet		21 adet ve üzeri		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Hane toplam geliri	0-3000 TL	107	62,2	47	27,3	18	10,5	172	100
	3001-5000 TL	163	58	95	33,8	23	8,2	281	100
	5001-10.000 TL	128	45,7	127	45,4	25	8,9	280	100
	10.001 TL ve üzeri	85	44,3	74	38,5	33	17,2	192	100
Toplam		483	52,2	343	37,1	99	10,7	925	100

$X^2=30,232$  DF=6 P<0,001

Katılımcıların günlük olarak kullandıkları sigara miktarı ile Covid-19 geçirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Tablo 3.26. Katılımcıların günlük sigara kullanımı ile Covid-19 geçirme durumu ilişkisi.

		Günlük Kullanılan Sigara Miktarı							
		1-10 adet		11-20 adet		21 adet ve üzeri		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Covid-19 Geçirme Durumu	Hayır	295	51,1	224	38,8	58	10,1	577	100
	Ayakta atlatmış	179	55,1	108	33,2	38	11,7	325	100
	Hastanede serviste/yoğun bakımda atlatmış	9	39,1	11	47,8	3	13	23	100
	Toplam	483	52,2	343	37,1	99	10,7	925	100

$X^2=4,525$   $DF=4$   $P=0,340$

Katılımcıların sigara kullandıkları toplam süre ile sigarayı bırakma denemeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Tablo incelendiğinde sigara kullanılan toplam süre arttıkça sigarayı bırakma denemesinin de oransal olarak arttığı tespit edilmiştir.

Tablo 3.27. Katılımcıların sigara kullanım süresi ile sigarayı bırakma denemesi ilişkisi.

		Toplam Sigara Kullanılan Süre											
		1 yıldan az		1-5 yıl		6-10 yıl		11-15 yıl		16 yıl ve üzeri		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sigarayı bırakma denemesi	Evet	87	14,8	217	37	157	26,7	56	9,5	70	11,9	587	100
	Hayır	73	21,6	147	43,5	69	20,4	20	5,9	29	8,6	338	100
	Toplam	160	17,3	364	39,4	226	24,4	76	8,2	99	10,7	925	100

$X^2=17,203$   $DF=4$   $P<0,05$

Katılımcıların sigara kullandıkları toplam süre ile ailede sigara kullanan başka bir birey olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Tablo incelendiğinde ailede sigara kullanan başka bir bireyin olmasının 1-5 yıl ve 6-10 yıl süreyle sigara kullanma ile ilişkili olduğu görülmektedir.

Tablo 3.28. Katılımcıların sigara kullanım süresi ile ailede sigara kullanımı ilişkisi.

		Toplam Sigara Kullanılan Süre											
		1 yıldan az		1-5 yıl		6-10 yıl		11-15 yıl		16 yıl ve üzeri		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ailede sigara kullanan başka bir birey	Var	100	14,5	295	42,7	185	26,8	43	6,2	68	9,8	691	100
	Yok	60	25,6	69	29,5	41	17,5	33	14,1	31	13,2	234	100
	Toplam	160	17,3	364	39,4	226	24,4	76	8,2	99	10,7	925	100

$X^2=41,582$   $df=4$   $p<0,001$

Katılımcıların sigara kullandıkları toplam süre ile kronik hastalığa sahip olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Tablo incelendiğinde sigara kullanılan sürenin artmasının kronik hastalığa sahip olma ile ilişkili olduğu görülmektedir.

Tablo 3.29. Katılımcıların sigara kullanım süresi ile kronik hastalık ilişkisi.

		Toplam Sigara Kullanılan Süre										Toplam	
		1 yıldan az		1-5 yıl		6-10 yıl		11-15 yıl		16 yıl ve üzeri			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Kronik hastalık durumu	Var	21	13,1	52	32,5	35	21,9	21	13,1	31	19,4	160	100
	Yok	139	18,2	312	40,8	191	25	55	7,2	68	8,9	765	100
Toplam		160	17,3	364	39,4	226	24,4	76	8,2	99	10,7	925	100

$X^2=24,041$   $df=4$   $p<0,001$

Katılımcıların sigara kullandıkları toplam süre ile hane toplam geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Tablo incelendiğinde gelir düzeyinin yüksek olmasının 1 yıldan az ve 1-5 yıl arası sigara kullanım süresini oransal olarak azalttığı, 6-10 yıldan itibaren sigara kullanılan toplam süreyi artırdığı görülmektedir.

Tablo 3.30. Katılımcıların sigara kullanım süresi ile hane geliri ilişkisi.

		Toplam Sigara Kullanılan Süre										Toplam	
		1 yıldan az		1-5 yıl		6-10 yıl		11-15 yıl		16 yıl ve üzeri			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hane toplam geliri	0-3000 TL	42	24,4	83	48,3	31	18	6	3,5	10	5,8	172	100
	3001-5000 TL	65	23,1	123	43,8	65	23,1	12	4,3	16	5,7	281	100
	5001-10.000 TL	39	13,9	107	38,2	76	27,1	20	7,1	38	13,6	280	100
	10.001 TL ve üzeri	14	7,3	51	26,6	54	28,1	38	19,8	35	18,2	192	100
	Toplam	160	17,3	364	39,4	226	24,4	76	8,2	99	10,7	925	100

$X^2=105,906$   $df=12$   $p<0,001$

Katılımcıların sigarayı bırakma denemesi ile ailede sigara kullanan başka birinin olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Tablo 3.31. Katılımcıların sigarayı bırakma denemesi ile ailede sigara kullanım ilişkisi.

		Sigarayı Bırakma Denemesi					
		Evet		Hayır		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Ailede sigara kullanan başka bir birey	Var	436	63,1	255	36,9	691	100
	Yok	151	64,5	83	35,5	234	100
Toplam		587	63,5	338	36,5	925	100
$X^2=0,155$ df=1 p=0,694							

Katılımcıların kronik hastalık durumları ile sigarayı bırakma denemeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Tablo incelendiğinde kronik hastalığı olan bireylerin daha yüksek bir bırakma denemesi oranına sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 3.32. Katılımcıların sigarayı bırakma denemesi ile kronik hastalık ilişkisi.

		Sigarayı Bırakma Denemesi					
		Evet		Hayır		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Kronik hastalık durumu	Var	123	76,9	37	23,1	160	100
	Yok	464	60,7	301	39,3	765	100
Toplam		587	63,5	338	36,5	925	100
$X^2=15,016$ df=1 p<0,001							

Katılımcıların sigarayı bırakma denemesi ile hane toplam geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Tablo 3.33. Katılımcıların sigarayı bırakma denemesi ile hane geliri ilişkisi.

		Sigarayı Bırakma Denemesi					
		Evet		Hayır		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Hane toplam geliri	0-3000 TL	114	66,3	58	33,7	172	100
	3001-5000 TL	175	62,3	106	37,7	281	100
	5001-10.000 TL	179	63,9	101	36,1	280	100
	10.001 TL ve üzeri	119	62	73	38	192	100
Toplam		587	63,5	338	36,5	925	100
$X^2=0,967$ df=3 p=0,809							

Katılımcıların sigarayı bırakma denemesi ile Covid-19 geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Tablo 3.34. Katılımcıların sigarayı bırakma denemesi ile Covid-19 geçirme durumu ilişkisi.

		Sigarayı Bırakma Denemesi					
		Evet		Hayır		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Covid-19 Geçirme durumu	Hayır	366	63,4	211	36,6	577	100
	Ayakta atlatmış	205	63,1	120	36,9	325	100
	Hastanede serviste/yoğun bakımda atlatmış	16	69,6	7	30,4	23	100
	Toplam	587	63,5	338	36,5	925	100
		$X^2=0,390$ df=2 p=0,823					

Katılımcıların yaşları ile günlük kullandıkları sigara miktarı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Tablo incelendiğinde katılımcıların yaşı arttıkça günlük olarak kullanılan sigara miktarının da arttığı görülmektedir.

Tablo 3.35. Katılımcıların yaşı ile günlük sigara kullanımı ilişkisi.

		Yaş								Toplam	
		15-25		26-35		36-45		46 ve üzeri			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Günlük kullanılan sigara miktarı	1-10 adet	350	72,5	91	18,8	34	7	8	1,7	483	100
	11-20 adet	222	64,7	58	16,9	38	11,1	25	7,3	343	100
	21 adet ve üzeri	48	48,5	18	18,2	22	22,2	11	11,1	99	100
	Toplam	620	67	167	18,1	94	10,2	44	4,8	925	100
		$X^2=49,770$ df=6 p<0,001									

Katılımcıların yaşları ile sigarayı bırakma denemeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). 15-25 yaş ve 26-35 yaş gruplarında sigarayı bırakma denemesi olmayanlar oransal olarak daha yüksekken, 36-45 ve 46 ve üzeri gruplarda sigarayı bırakma denemesi olanların oransal olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.36. Katılımcıların yaşı ile sigarayı bırakma denemesi ilişkisi.

		Yaş								Toplam	
		15-25		26-35		36-45		46 ve üzeri			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sigarayı bırakma denemesi	Evet	385	65,6	100	17	70	11,9	32	5,5	587	100
	Hayır	235	69,5	67	19,8	24	7,1	12	3,6	338	100
Toplam		620	67	167	18,1	94	10,2	44	4,8	925	100
		$X^2=7,962$ df=3 p<0,05									

### 3.2.2.Genel Bilgiler ile Sigarayı Bırakma Niyeti Analizleri

Katılımcıların cinsiyetine göre sigarayı bırakma niyetleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Tablo 3.37. Katılımcıların cinsiyetine göre sigarayı bırakma niyetleri.

	Cinsiyet	N	Ort.	Std. Sapma	t	p
Sigarayı Bırakma Niyeti	Kadın	461	25,40	7,77	0,218	0,828
	Erkek	464	25,28	8,81		

Katılımcıların medeni durumlarına göre sigarayı bırakma niyetleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Tablo 3.38. Katılımcıların medeni durumuna göre sigarayı bırakma niyetleri.

	Medeni Durum	N	Ort.	Std. Sapma	t	p
Sigarayı Bırakma Niyeti	Evli	207	26,28	8,41	1,862	0,063
	Bekâr	718	25,07	8,26		

Katılımcıların ailede sigara kullanımı durumlarına göre sigarayı bırakma niyetleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Tablo 3.39. Katılımcıların ailede sigara kullanma durumuna göre sigarayı bırakma niyetleri.

	Ailede sigara kullanımı	N	Ort.	Std. Sapma	t	p
Sigarayı Bırakma Niyeti	Var	691	25,16	8,21	-1,098	0,273
	Yok	234	25,85	8,57		

Katılımcıların daha önce sigarayı bırakma denemesi durumlarına göre sigarayı bırakma niyetleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Buna göre daha önce sigarayı bırakma denemesi olanların sigarayı bırakma niyetlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.40. Katılımcıların bırakma denemesine göre sigarayı bırakma niyetleri.

	Bırakma denemesi	N	Ort.	Std. Sapma	t	p
Sigarayı Bırakma Niyeti	Evet	587	26,96	7,87	8,076	0,000
	Hayır	338	22,53	8,30		

Katılımcıların kronik hastalık durumlarına göre sigarayı bırakma niyetleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).



Tablo 3.41. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre sigarayı bırakma niyetleri.

	Kronik hastalık durumu	N	Ort.	Std. Sapma	t	p
Sigarayı Bırakma Niyeti	Var	160	26,46	8,86	1,886	0,060
	Yok	765	25,10	8,17		

Katılımcıların yaşlarına göre sigarayı bırakma niyetleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Tablo 3.42. Katılımcıların yaşlarına göre sigarayı bırakma niyetleri.

	Yaş	N	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Sigarayı Bırakma Niyeti	15-25	620	25,03	8,47	1,821	0,123
	26-35	167	25,34	7,58		
	36-45	94	27,46	8,50		
	46-54	32	24,71	8,50		
	55 ve üzeri	12	26,08	5,43		

Katılımcıların eğitim durumlarına göre sigarayı bırakma niyetleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Tablo 3.43. Katılımcıların eğitim durumuna göre sigarayı bırakma niyetleri.

	Eğitim Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Sigarayı Bırakma Niyeti	İlkokul	23	24,56	6,94	1,947	0,101
	Ortaokul	56	22,66	7,11		
	Lise	238	25,83	8,68		
	Üniversite	569	25,34	8,32		
	Lisansüstü	39	26,58	7,59		

Katılımcıların sigaraya başlama yaşlarına göre sigarayı bırakma niyetleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Gerçekleştirilen post-hoc analizine göre 15 yaşından küçükken başlayanlar 15-20 yaş ve 21-30 yaş arasında başlayanlardan anlamlı şekilde düşük ( $p<0,05$ ), 30 yaşından büyükken başlayanlardan daha düşük ortalamaya sahip ancak fark anlamlı değil ( $p>0,05$ ).

Tablo 3.44. Katılımcıların başlama yaşlarına göre sigarayı bırakma niyetleri.

	Başlama Yaşı	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Sigarayı Bırakma Niyeti	15 yaşından küçükken	172	23,30	8,72	6,066	0,000
	15-20 yaş arası	566	25,45	8,05		
	21-30 yaş arası	172	26,72	8,30		
	30 yaşından büyükken	15	28,86	8,88		

**Post-hoc:** 15 yaşından küçükken başlayanlar 15-20 yaş ve 21-30 yaş arasında başlayanlardan anlamlı şekilde düşük, 30 yaşından büyükken başlayanlardan da düşük ama fark anlamlı değil.

Katılımcıların günlük kullandıkları sigara miktarına göre sigarayı bırakma niyetleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Gerçekleştirilen post-hoc analizine göre her üç miktar arasındaki farkın da anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Buna göre kullanılan sigara miktarının artması ile sigarayı bırakma niyeti ortalamasının düştüğü görülmektedir.

Tablo 3.45. Katılımcıların günlük sigara kullanımlarına göre sigarayı bırakma niyetleri.

	Günlük kullanılan sigara miktarı	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Sigarayı Bırakma Niyeti	1-10 adet	483	26,56	8,26	14,127	0,000
	11-20 adet	343	24,50	8,03		
	21 adet ve üzeri	99	22,28	8,38		

**Post-hoc:** Her üç değişken arasındaki farklar da anlamlı.

Katılımcıların toplam sigara kullandıkları süreler göre sigarayı bırakma niyetleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Gerçekleştirilen post-hoc analizine göre 1 yıldan az süredir sigara kullananlar diğerlerine göre daha yüksek sigarayı bırakma niyetine sahiptir. Bu fark 11-15 yıl arası için anlamsız iken ( $p>0,05$ ), diğerleri için anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

Tablo 3.46. Katılımcıların sigara kullanım sürelerine göre sigarayı bırakma niyetleri.

	Toplam sigara kullanılan süre	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Sigarayı Bırakma Niyeti	1 yıldan az	160	28,64	8,61	9,103	0,000
	1-5 yıl	364	24,82	7,64		
	6-10 yıl	226	23,92	8,20		
	11-15 yıl	76	26,22	9,23		
	16 yıl ve üzeri	99	24,47	8,31		

**Post-hoc:** 1 yıldan az, 11-15 yıl dışında hepsinden anlamlı düzeyde yüksek. 11-15 yıl ile aralarındaki fark anlamlı değil.

Katılımcıların gelir düzeylerine göre sigarayı bırakma niyetleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Gerçekleştirilen post-hoc analizine göre bu durum 3001-5000 TL ile 5001-10000 TL arasındaki anlamlı farktan kaynaklanmaktadır ( $p<0,05$ ).

Tablo 3.47. Katılımcıların gelir düzeyine göre sigarayı bırakma niyetleri.

	Gelir düzeyi	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Sigarayı Bırakma Niyeti	0-3000 TL	172	25,52	8,78	3,411	0,017
	3001-5000 TL	281	26,50	8,15		
	5001-10000 TL	280	24,33	7,62		
	10001 TL ve üzeri	192	24,95	8,86		

**Post-hoc:** 3001-5000 TL ile 5001-10000 TL arasındaki fark anlamlı. Diğerlerindeki farklar anlamsız.

Katılımcıların Covid-19 geçirme durumlarına göre sigarayı bırakma niyetleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Gerçekleştirilen post-hoc analizine göre hastanede atılanlar (serviste veya yoğun bakımda) hem ayakta atılanlardan hem de geçirmeyenlerden anlamlı düzeyde daha yüksek bırakma niyetine sahiptir ( $p<0,05$ ).

Tablo 3.48. Katılımcıların Covid-19 geçirme durumuna göre sigarayı bırakma niyetleri.

	Covid -19 geçirme durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Sigarayı Bırakma Niyeti	Hayır	577	25,01	8,23	9,303	0,000
	Ayakta atlattım	325	25,40	8,25		
	Hastanede serviste/yoğun	23	32,56	7,95		
	bakımda atlattım					

**Post-hoc:** Hastanede atlananlar hem ayakta atlananlardan hem de geçirmeyenlerden anlamlı düzeyde daha yüksek bırakma niyetine sahip.

### 3.2.3.Sigarayı Bırakma Niyeti ile Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık İnancı ve Sağlık Arama Davranışı Arasındaki İlişkiler

Katılımcılar sağlık okuryazarlığı alt boyutlarından bilgiye erişim boyutundan ortalama 22,51±2,94 puan, bilgileri anlama boyutundan 31,73±3,64 puan, değer biçme boyutundan 35,75±4,75 puan, uygulama/kullanma boyutundan 21,40±3,55 puan ve toplam ölçek puanından 111,40±12,41 puan almıştır. Sağlık inanç modeline göre sigara bırakma ölçeği alt boyutlarından algılanan duyarlılık boyutundan ortalama 21,49±5,63 puan, algılanan ciddiyet boyutundan 6,67±2,15 puan, algılanan yararlar boyutundan 14,38±4,13 puan, algılanan bariyerler boyutundan 12,26±4,65 puan, eyleme geçiriciler boyutundan 9,24±2,87 puan ve toplam ölçekten 69,53±12,09 puan almıştır. Sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutlarından çevrimiçi arama boyutundan ortalama 18,95±5,92 puan, profesyonel arama boyutundan 11,08±2,88 puan, geleneksel arama boyutundan 10,45±2,86 puan ve toplam sağlık arama davranışı ölçeğinden 40,50±9,77 puan almıştır. Katılımcıların sigarayı bırakma niyeti ölçeğinden aldıkları ortalama puan 25,34±8,30'dur.

Tablo 3.49. Katılımcıların ölçek alt boyutları ve toplamlarından aldıkları puanlar.

		N	Min.	Max.	Ortalama	Std. Sapma
Sağlık Okuryazarlığı	Bilgiye Erişim	925	13,00	25,00	22,51	2,94
	Bilgileri Anlama	925	19,00	35,00	31,73	3,64
	Değer Biçme	925	8,00	40,00	35,75	4,75
	Uygulama/Kullanma	925	6,00	25,00	21,40	3,55
	SOY Toplam	925	69,00	125,00	111,40	12,41
Sağlık İnanç Modeli	Algılanan Duyarlılık	925	6,00	30,00	21,49	5,63
	Algılanan Ciddiyet	925	2,00	10,00	6,67	2,15
	Algılanan Yararlar	925	4,00	20,00	14,38	4,13
	Algılanan Bariyerler	925	5,00	25,00	12,26	4,65
	Eyleme Geçiriciler	925	3,00	15,00	9,24	2,87
	SİM Toplam	925	33,00	100,00	69,53	12,09
Sağlık Arama Davranışı	Çevrimiçi (Online)	925	6,00	30,00	18,95	5,92
	Profesyonel	925	3,00	15,00	11,08	2,88
	Geleneksel	925	3,00	15,00	10,45	2,86
	SAD Toplam	925	12,00	60,00	40,50	9,77
Sigarayı Bırakma Niyeti	SBN Toplam	925	8,00	40,00	25,34	8,30

Sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyutları ve toplam ölçek, sağlık inanç modeline göre sigara bırakma ölçeği alt boyutları ve toplam ölçek, sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları ve toplam ölçek ile sigarayı bırakma niyeti ölçeği arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Sigarayı bırakma niyeti ölçek puanı ile sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyutlarından değer biçme, uygulama/kullanma ve genel ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Öte yandan bilgiye erişim ve bilgileri anlama alt boyutlarıyla istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,01$ ,  $p<0,05$ ; sırasıyla  $r = -0,130$ ,  $-0,70$ ). Sigarayı bırakma niyeti ölçek puanı ile sağlık inanç modeline göre sigara bırakma ölçeği alt boyutlarından algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, eyleme geçiriciler ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,01$ , sırasıyla  $r = 0,455$ ,  $0,398$ ,  $0,425$ ,  $0,474$ ,  $0,477$ ). Algılanan bariyerler ile olan ilişki ise istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzeydedir ( $p<0,01$ ,  $r = 0,167$ ). Sigarayı bırakma niyeti ölçeği ile hem sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları hem de toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,01$ ; sırasıyla  $r = 0,403$ ,  $0,340$ ,  $0,387$ ,  $0,458$ ).

Tablo 3.50. Sigarayı bırakma niyeti ile sağlık okuryazarlığı, sağlık inancı ve sağlık arama davranışı arasındaki ilişkiler.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1.Bilgiye Erişim	-														
2.Bilgileri Anlama	,562**	-													
3.Değer Bıçme	,544**	,679**	-												
4.Uygulama/ Kullanma	,429**	,525**	,700**	-											
5.SOY Toplam	,733**	,837**	,911**	,810**	-										
6.Algılanan Duyarlılık	-,065*	-,007	-,026	-,063	-,045	-									
7.Algılanan Ciddiyet	,004	,062	,032	,013	,035	,800**	-								
8.Algılanan Yararlar	-,020	-,019	-,010	-,043	-,026	,739**	,694**	-							
9.Algılanan Bariyerler	-,114**	-,131**	-,104**	-,055	-,121**	,229**	,261**	,286**	-						
10.Eyleme Geçiriciler	-,028	-,052	,004	,015	-,016	,522**	,472**	,545**	,410**	-					
11.SİM Toplam	,001	,039	,031	-,017	,019	,897**	,800**	,829**	-,036	,594**	-				
12.Çevrimiçi (Online)	,043	,091**	,109**	,104**	,108**	,299**	,281**	,303**	,193**	,306**	,292**	-			
13.Profesyyonel	,005	,049	,074*	,100**	,073*	,313**	,320**	,307**	,085**	,299**	,347**	,525**	-		
14.Geleneksel	-,055	,011	,000	-,006	-,012	,331**	,319**	,345**	,201**	,342**	,333**	,522**	,499**	-	
15.SAD Toplam	,012	,073*	,088**	,091**	,084*	,371**	,359**	,376**	,201**	,374**	,377**	,914**	,759**	,757**	-
16.SBN Toplam	-,130**	-,070*	-,020	,024	-,052	,455**	,398**	,425**	,167**	,474**	,477**	,403**	,340**	,387**	,458**

\*p<0,05

\*\*p<0,01

Ölçek genel puanları incelendiğinde sigarayı bırakma niyeti ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Öte yandan sigarayı bırakma niyeti ile sağlık inanç modeline göre sigara bırakma ölçeği ve sağlık arama davranışı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,01$ ;  $r=0,477$ ,  $0,458$ ). Dolayısıyla  $H_{1a}$  ve  $H_{1c}$  hipotezi kabul edilirken,  $H_{1b}$  hipotezi reddedilmiştir. Bu çerçevede kurulan regresyon modelinde sağlık okuryazarlığı değişkenine yer verilmemiştir.

Tablo 3.51. Sağlık arama davranışı ve sağlık inancının sigarayı bırakma niyeti üzerindeki etkisi.

<b>Değişkenler*</b>	<b>B</b>	<b>S.H.</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Sağlık Arama Davranışı Toplam	0,276	0,025	0,325	11,057	0,00
Sağlık İnanç Modeli Toplam	0,243	0,020	0,354	12,067	0,00
Sabit	-2,758	1,404		-1,964	0,05

$R^2=0,318$ ;  $\Delta R^2=0,316$ ;  $F=214,726$ ;  $p<0,01$

\*Bağımlı değişken: Sigarayı bırakma niyeti

Sağlık arama davranışı ve sağlık inanç modeline göre sigara bırakma değişkenlerinin sigarayı bırakma niyeti üzerindeki etkisinin incelenmesinde korelasyon analizlerinin ardından regresyon modeli kurulmuştur. Kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,01$ ). Her iki değişken de modele anlamlı katkı sağlamaktadır. Sigarayı bırakma niyeti değişkenindeki değişimin %31'i bu iki değişken tarafından açıklanmaktadır.

## 4.TARTIŞMA

Araştırma kapsamında öncelikle SBNÖ geliştirilmiş, ardından diğer ölçeklerin yanı sıra SNBÖ'nün de kullanıldığı bir saha araştırması yürütülmüştür. Saha araştırmasında sigara kullanıcılarının demografik bilgilerine ve sigara kullanmaya ilişkin genel bilgilerine göre sigarayı bırakma niyetleri ve yine sigara kullanan bireylerin demografik bilgilerine göre sigara kullanmaya ilişkin genel bilgileri incelenmiştir. Gerçekleştirilen araştırmanın bulgularına bulgular bölümünde yer verilmiş, bu bölümde ise elde edilen bulgular, bölümler halinde irdelenmiştir.

### 4.1.Sigarayı Bırakma Niyeti Ölçeği

Araştırma kapsamında SBNÖ ölçeğinin geliştirilmesi sürecinde öncelikle literatürde aynı amaçla geliştirilmiş bir ölçek olup olmadığı araştırılmış, bu doğrultuda sigarayı bırakma niyetinin değerlendirildiği çalışmalar incelenmiştir. Gerçekleştirilen literatür incelemesi neticesinde ilgili literatürde ölçek olma özelliği gösteren, geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçek aracının yer almadığı tespit edilmiştir. Bu çerçevede SBNÖ'nün geliştirilmesinin literatüre özgün bir katkı sağlayacağı öngörülmüştür.

Ölçeğin geliştirilmesi sürecine literatür taraması ve madde havuzunun oluşturulması ile başlanmıştır. İlk aşamada ilgili literatür, araştırmacının ve alan uzmanlarının katkısı ile kırk maddelik bir havuz oluşturulmuştur. Oluşturulan madde havuzu için uzman görüşü alınmış ve madde havuzunda yer alan madde sayısı yirmiye indirilmiştir. Yirmi maddeden oluşan ölçek formunun uygunluğunun değerlendirilmesi ve değerlendirme sonucunda önerilerin alınması amacıyla yeniden uzman görüşüne başvurulmuş ve bu çerçevede 12 önermeden oluşan, beş kategorili Likert tipi ölçek formu elde edilmiştir.

Elde edilen 12 maddelik formun yapı geçerliliğinin sağlanması için, AFA ve DFA olarak iki aşamada gerçekleştirilen faktör analizleri neticesinde sekiz madde ve tek boyuttan oluşan SBNÖ elde edilmiştir. Elde edilen tek faktörlü yapı toplam varyansın %69'unu açıklamaktadır. DFA sonucunda tek faktörlü yapının uyum iyiliği indeks değerlerinin iyi ve kabul edilebilir düzeyde olduğu tespit edilmiştir.



SBNÖ için bağlam geçerliliğinin araştırılmasında korelasyon analizinden faydalanılmıştır. Gerçekleştirilen korelasyon analizi neticesinde SBNÖ ve SBBÖÖ arasında hem alt boyutlar açısından hem de toplam ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu ve bu çerçevede ölçüt bağımlı geçerliliğinin sağlandığı tespit edilmiştir.

Ölçeğin içsel tutarlılığının ölçülmesinde Cronbach'ın alfası kullanılmıştır. Buna göre tek boyuttan oluşan ölçeğin alfa katsayısı 0,943 olarak tespit edilmiştir. Test-tekrar test tutarlılığı için aynı örnekleme grubuna üç hafta arayla yapılan iki uygulamanın sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı, kuvvetli bir ilişki tespit edilmiştir. Bu çerçevede ölçeğin iç tutarlılığının ve zamana göre tutarlılığının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

SBNÖ'nün geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi neticesinde elde edilen bulgular, ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin puan hesaplaması, her bir maddeden alınan puanların toplanması suretiyle gerçekleştirilmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 8 ve maksimum puan 40'tır. Artan puanlar sigarayı bırakma niyetinin de arttığını, azalan puanlar ise sigarayı bırakma niyetinin de azaldığını ifade etmektedir.

Ölçek 15 yaş ve üzeri, sigara kullanan bireylerde ölçüm anında sigarayı bırakma niyetinin ölçülmesinde ve değerlendirilmesinde kullanılabilir. Gelecek çalışmalarda daha farklı boyutta ve farklı özelliklere sahip örneklem üzerinde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmasıyla beraber ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin farklı örneklem grupları üzerinde de onaylanması mümkün olacaktır.

#### **4.2. Demografik Bilgiler ile Sigara Kullanmaya İlişkin Genel Bilgiler**

Araştırma kapsamında sigaraya başlama yaşının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği, erkeklerin kadınlara göre daha erken yaşlarda sigara kullanmaya başladıkları tespit edilmiştir. Aynı zamanda erkeler günlük olarak daha fazla sigara tüketmekte ve toplam sigara kullandıkları süre daha uzun olmaktadır. Günlük 21 adet ve üzeri sigara kullananların %65,7 oranında ve 16 yıldan uzun süredir sigara tüketenlerin %64,6 oranında erkeklerden oluştuğu görülmektedir. Cinsiyete göre sigarayı bırakma denemesi ise anlamlı bir farklılık göstermemektedir. 15 yaşından küçükken sigaraya başlayanların %68'i erkek, %31,4'ü kadındır.

Katılımcıların yarısından fazlası sigara kullanmaya 15-20 yaş aralığında başladıklarını belirtmiştir. Sigaraya başlama yaşı aynı zamanda günlük olarak kullanılan sigara miktarı ve ailede sigara kullanımı ile ilişkilidir. Sigaraya başlama yaşı düşük olan sigara kullanıcılarının günlük olarak daha fazla sigara tükettiği ve ailelerinde sigara kullanım oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öte yandan sigaraya başlama yaşı ile daha önce sigarayı bırakma denemesinin olması arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Bu bulguların literatürün geneli ile paralel olduğu ifade edilebilir. Öncel ve ark (2011) gerçekleştirdikleri çalışmada erkeklerin sigaraya başlama yaş ortalamasını 16,6 ve kadınların sigaraya başlama yaş ortalamasını 17,4 olarak tespit etmişlerdir. Aynı araştırmaya göre erkekler günde 15,9 ve kadınlar 13,1 adet sigara tüketmektedir ve erkeklerde nikotin bağımlılığı daha yüksektir. Benzer şekilde erkeklerin daha yüksek oranda ve daha yüksek miktarda sigara tükettiğini tespit eden çalışmalar hem ulusal literatürde (Sezer ve ark 2001, Özşahin ve ark 2007, Mayda ve ark 2010, Hassoy ve ark 2011, Ulukoca ve ark 2013, Baykan ve Naçar 2014, Çelepkolu ve ark 2014, Erdamar ve Kurupınar 2014, Mete ve ark 2020, Dağtekin ve ark 2020) hem de uluslararası literatürde (Waldron ve ark 1988, Metintaş ve ark 1998, Shelley ve ark 2004, Sorensen ve ark 2005, Cho ve ark 2008, Babar ve ark 2010, Prabhakar ve ark 2012, Leatherdale ve Burkhalter 2012, Dietz ve ark 2013, Espinoza ve Monge-Nájera 2013, Richardson ve ark 2014, Pennanen ve ark 2014, Higgins ve ark 2015, Jamal ve ark 2017, Wang ve ark 2018, Wang ve ark 2019) geniş ölçüde yer almıştır. Her ne kadar literatürde erkeklerin sigara kullanım oranı ve düzeyi genel olarak daha yüksek bulunmuş olsa da literatürdeki bazı araştırmalarda kadınların daha erken yaşta sigaraya başladığı ve günlük olarak daha fazla miktarda sigara kullandıkları da tespit edilmiştir (Topçu ve ark 2014). Bir başka araştırmada da aktif sigara içme oranı kadınlarda %34 ve erkeklerde %32 olarak tespit edilmiştir. Sigarayı bırakmış olma prevalansı ise erkeklerde %37 ve kadınlarda %28'dir (Van Loon ve ark 2005). Öte yandan Lemstra ve ark (2009) araştırmalarında cinsiyete göre ortaya çıkan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Yine mevcut araştırmanın bulgularıyla benzer şekilde Özşahin ve ark (2007) erkeklerde daha fazla sigarayı bırakma denemesi olsa da erkeklerle kadınlar arasındaki bırakma denemesi farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Katılımcıların yarısının geçmişte en az bir defa sigarayı bırakmayı denediği bir başka araştırmada ise cinsiyete göre geçmişte sigarayı bırakma girişiminin farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Chinwong ve ark 2018).

Literatürde kadınların erkeklerden daha fazla sigara kullandığı ya da cinsiyetler arası farkların anlamlı olmadığı gibi sonuçlara ulaşan az sayıda çalışma yer almaktadır. Öte yandan erkeklerin daha geniş oranda ve daha yüksek miktarda sigara kullandığına ilişkin geniş bir literatür yer almaktadır ve yıllar içerisinde çoğu defa bu bulgular teyit edilmiştir. Mevcut araştırma sadece sigara kullanan katılımcıları içerdiği için oransal olarak bir karşılaştırma yapmak mümkün olmasa da, sigara kullanım düzeyi açısından erkeklerin daha yüksek bir seviyeye sahip olduğu açıkça görülmektedir. Bu durum farklı sebeplere dayanıyor olabilir. Öncelikle erkeklerin riskli sağlık davranışlarına daha yatkın olduğu bilinmektedir. Bu nedenle sigara kullanımı daha yaygın olabilir. Öte yandan bu durum sigara kullanımına ilişkin düşüncelerle de ilgili olabilir. Örneğin Canbulat Şahiner ve ark (2020) üniversite öğrencileri örnekleminde gerçekleştirdikleri araştırmalarında erkek öğrencilerin sigara kullanımını avantajlı ve olumlu olarak değerlendirdiği ve sigaraya ilişkin mitlere olan inançlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu durumun ise erkeklerin arkadaş ortamında saygı görme, sigarayı erkekliğin sembolü olarak algılama, dertlerinden kurtulacağına ilişkin inançlarının olması ve sigara kullanımını yaşamış oldukları kültürün bir parçası olarak görmesinden kaynaklanabileceğini ifade etmektedirler (Canbulat Şahiner ve ark 2020). Ayrıca toplumların cinsiyetlere atfettiği roller ile beraber her cinsiyetin teşvik edilen ve yasaklanan davranışları olabilmektedir. Sigara kullanımının cinsiyet rolleri ile ilişkilendirilmesi, erkeklerin sigara kullanımının daha yaygın olması sonucunu doğurmuş olabilir. Waldron ve ark (1988) da gerçekleştirdikleri araştırmada erkeklerin daha yaygın olarak sigara kullanmasını cinsiyet rollerinin genel özellikleri ile bağlantılı olarak açıklamaktadır. Diğer bir araştırmada genç kadınların çoğu sosyal olarak kabul edilmeyeceği için sigara içmediklerini ifade etmişlerdir. Araştırmada aynı zamanda kadınların sigara içmesine karşı sosyal yasağın, kadınların davranışları üzerindeki daha genel kısıtlamaların bir bileşeni olduğu ve erkeklerin sigara içmesine ilişkin kısıtlamaların olmamasının, erkeklerin daha büyük sosyal gücüyle ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kaplan ve ark 1990). Romanya'da gerçekleştirilen bir çalışmada da sağlık davranışları açısından eril/dişil cinsiyet kimliğinin önemli olduğuna vurgu yapılmaktadır (Brabete ve ark 2013).

Her ne kadar katılımcıların çoğunluğunu bekâr bireyler oluştursa da mevcut araştırmada medeni durum ile günlük olarak kullanılan sigara miktarının ilişkili olduğu tespit edilmiştir. 1-10 adet sigara tüketenlerin %17 oranında evli ve %83

oranında bekâr olduğu tespit edilmiştir. Öte yandan 21 adet ve üzeri sigara tüketenlerin %36,4 oranında evli ve %63,6 oranında bekâr olduğu görülmektedir. Dolayısıyla günlük tüketilen sigara miktarının artmasının, bu grupta yer alan evli bireylerin de oransal olarak artmasıyla ilişkili olduğu görülmektedir. Öte yandan medeni durum ile daha önce sigarayı bırakma denemesinin ilişkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Alkan (2017) araştırmasında, bekârların evlilere göre sigara kullanımında risk faktörünün az da olsa daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Shelley ve ark (2004) aktif sigara kullanıcılarının evli olma ihtimalinin bekâr olma ihtimalinden daha düşük olduğunu belirtmektedir. Kore’de gerçekleştirilen bir başka araştırmada evli olmayan erkekler ve kadınlar için sigara içme oranlarının evli emsallerine göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu farkın evli olan ve olmayan kadınlar arasında daha yüksek olduğu da araştırmanın bulguları arasında yer almaktadır. Dolayısıyla bu noktada da toplumun cinsiyetlere atfettikleri rollerin etkisi olabileceği ifade edilmektedir (Cho ve ark 2008). Diğer bir araştırmanın sonucuna göre hiç evlenmemiş ve özellikle boşanmış olan katılımcılar, evli ve/veya birlikte yaşayan katılımcılara göre önemli ölçüde daha yüksek bir günlük sigara içme prevalansına sahiptir (Lindström 2010). Benzer şekilde Pennanen ve ark (2014) de eşsiz yaşamının günlük olarak sigara kullanımı ve daha yüksek nikotin bağımlılığı ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşmıştır. Hilz ve Wagner (2018) bu durumu “evli olmak sigara kullanımı üzerinde koruyucu bir etkiye sahiptir” şeklinde ifade etmektedirler. Görüldüğü gibi literatürde yer alan araştırmalarda bekârlarda sigara kullanımının daha yüksek olduğuna ilişkin bir fikir birliği var gibi görünmektedir. Mevcut araştırmada evli bireylerin günlük olarak daha fazla sigara tükettikleri tespit edilmiştir. Bu araştırma yalnızca sigara kullanan bireyleri içerdiğinden dolayı medeni duruma göre sigara kullanım prevalansı açısından bir çıkarım yapılması mümkün olmamaktadır. Ancak sigara kullanım yoğunluğunun evlilerde daha yüksek olduğu ifade edilebilir. Öte yandan araştırmaya dahil edilen katılımcılar incelendiğinde %67’sinin 15-25 yaş arasında olduğu ve %77,6’sının bekar olduğu görülmektedir. Bu çerçevede gelecekte gerçekleştirilecek olan araştırmalarda yaş ve medeni durum dağılımının daha dengeli olmasının bulgulardan yapılacak çıkarımlar açısından önem arz edebileceği değerlendirilmektedir.

Araştırma kapsamında elde edilen bulgulara göre sigara kullanıcılarının eğitim durumu ile günlük olarak kullandıkları sigara miktarı, toplam sigara kullandıkları süre ve sigaraya başlama yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Öte

yandan eğitim durumu ile sigarayı bırakma denemesi arasında bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu kapsamda eğitim düzeyi daha yüksek olan katılımcıların oransal olarak daha az sigara tükettiği, toplam sigara kullandıkları sürenin daha kısa olduğu ve sigaraya oransal olarak daha geç yaşlarda başladıkları görülmektedir. Literatürde yer alan çalışmaların da genel olarak bu bulgular ile örtüştüğü ifade edilebilir. Araştırma kapsamında eğitim durumuna göre sigara kullanma riski incelenmemiştir ancak Alkan (2017), herhangi bir okul bitirmeyenlerle karşılaştırıldığında ilkokul, ortaokul, lise ve dengi bir okul ile üniversite ve lisansüstü düzeyde sigara kullanım riskinin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Öte yandan Sorensen ve ark (2005) ise okuma yazma bilmeyen katılımcıların üniversite mezunu katılımcılara göre daha yüksek bir riske sahip olduğunu tespit etmiştir. Aynı araştırmada tütün kullanımının tüm tütün kullanım türlerinde eğitim düzeyi ile ters orantılı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sorensen ve ark 2005). Benzer şekilde Rath ve ark (2012) da eğitim düzeyi arttıkça sigara ve diğer tütün ürünleri kullanım prevalansının azaldığı sonucuna ulaşmıştır. Bir başka araştırmada sigara kullanımı açısından bekâr ve eğitim durumu düşük olan kadınların daha fazla sigara tükettiği sonucuna ulaşılmıştır (Özvurmaz ve Yavaş 2018). Literatürde yer alan benzer çalışmalarda da eğitim düzeyinin artması ile günlük olarak sigara kullananların oransal olarak azaldığı ifade edilmektedir (Huisman ve ark 2005, Lemstra ve ark 2009). De Walque (2007) eğitilmiş bireylerin sigara içme olasılığının daha düşük olduğunu belirtmektedir. Wetter ve ark (2005a) eğitim düzeyi arttıkça günlük olarak tüketilen sigara miktarının azaldığını belirlemiştir. Benzer şekilde Pennanen ve ark (2014), düşük eğitim düzeyinde olanların daha yoğun sigara tükettiği sonucuna ulaşmışlardır. Bir başka araştırmada kadınlarda eğitim düzeyi arttıkça sigara kullanımının azaldığı, erkeklerde ise lise eğitimine kadar arttığı ve ardından üniversite eğitimi ile beraber en düşük seviyesine gerilediği ifade edilmektedir (Cho ve ark 2008). Dokuz Avrupa ülkesinde sigara içme trendini inceleyen bir araştırmada ülkeler ayrı ayrı ele alındığında bazı ülkelerde temel eğitim ve ilkokul düzeyinde eğitim alanlarda sigara içme azalırken, bazı ülkelerde daha eğitilmiş kesimlerde azaldığı ifade edilmektedir (Giskes ve ark 2005).

Görüldüğü gibi hem mevcut araştırma bulguları hem de literatürde yer alan araştırmalar eğitimin sigara kullanımı konusunda önemli bir faktör olduğunu ve eğitim düzeyi arttıkça sigara kullanımının ve sigara kullanım yoğunluğunun azaldığını

belirtmektedir. Dahası, mevcut araştırmada eğitim durumu yüksek olan bireylerin sigara kullandıkları toplam sürenin daha kısa olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç bağımsız olarak değerlendirilebileceği gibi, yine mevcut araştırma kapsamında elde edilen eğitim düzeyi ile sigaraya başlama yaşı ilişkisinden kaynaklanıyor olabilir. Zira araştırma kapsamında elde edilen bulgulara göre eğitim düzeyi yüksek olan bireyler sigaraya daha geç yaşta başlamaktadır.

Araştırma kapsamında günlük kullanılan sigara miktarı ile toplam sigara kullanılan süre, sigaraya başlama yaşı ve hane toplam geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, öte yandan günlük kullanılan sigara miktarı ile sigarayı bırakma denemesi, ailede sigara kullanımı, kronik hastalık durumu ve Covid-19 geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Toplam sigara kullanılan süre ve gelir düzeyi arttıkça günlük olarak kullanılan sigara miktarı da artış göstermektedir. Ulukoca ve ark (2013) yaptıkları araştırmada aile gelir düzeyi yüksek olan niversite ğrencilerinde sigara kullanımının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Dağtekin ve ark (2020) ise kadınlardan açısından değerlendirildiğinde gelir durumu iyi olanların daha fazla sigara kullandığını belirtmektedir. Alkan (2017) gerçekleştirdiği araştırmada gelir düzeyinin yüksek olmasının özellikle erkekler açısından sigara kullanım riskini artırdığı sonucuna ulaşmıştır. Benzer bir çalışmada Mayda ve ark (2010) gelir düzeyi yükseldikçe sigara içme oranının arttığını ifade etmektedir. Literatürde bu tür bulgulara ulaşan çalışmaların yanı sıra gelir düzeyi ile sigara kullanımının ters yönlü bir ilişkiye sahip olduğu sonucuna ulaşan çalışmalar da mevcuttur. Örneğin zvurmaz ve Yavaş (2018) ile Rath ve ark (2012) araştırmalarında diğer çalışmaların aksine gelir düzeyi daha düşük olanların daha fazla sigara içtiğini tespit etmiştir. Benzer Şekilde Huisman ve ark (2005) ile Lemstra ve ark (2009) da gelir düzeyi arttıkça günlük sigara kullanıcılarının oranının azaldığını tespit etmiştir. Buna ek olarak Lemstra ve ark (2009) düşük gelirli bölgelerde yaşayanlarda sigara kullanım oranının daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Buna paralel olarak aile gelir düzeyinin azalmasının da daha yüksek sigara kullanımı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Soteriades ve DiFranza 2003). Bir başka araştırmada sigara kullananların gelir düzeyinin içmeyenlerden %8 daha düşük olduğu belirlenmiştir (Auld 2005). Binkley (2010) ise düşük gelirli tüketicilerin daha az sağlıklı seçimler yaptığından yola çıkarak, düşük gelirli kesimlerin daha fazla sigara tükettiğini belirtmektedir. Bir başka araştırmada ise düşük

gelir düzeyinin yüksek nikotin bağımlılığı ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir (Hobkirk ve ark 2018). Sigaraya konulan vergiler ile kullanım prevelansını inceleyen bir araştırmada 2001 yılından 2015 yılına kadar geçen sürede, sigaraya konulan vergilerin sigara kullanım prevelansının azalması ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ancak ilginç bir şekilde bu etki düşük gelir düzeyine sahip olan bireylerde en düşük seviyede gerçekleşmiştir (Sharbaugh ve ark 2018).

Görüldüğü gibi gelir durumunun sigara kullanımı ile ilişkisine dair literatürde birbirinden farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçların yorumlanmasında özellikle araştırmaların gerçekleştirildiği ülkelerin gelişmişlik düzeyi, gelir dağılımı adaleti, sosyo-kültürel özellikleri gibi konuların da göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Zira bulgularda yer alan bu farklılıklar, gelir durumunun diğer değişkenlerle ilişkili olarak sigara kullanımına etki ediyor olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle düşük gelir düzeyindeki bireylerin artan vergilere rağmen sigara kullanımlarını yüksek gelir grubundan daha düşük seviyede azaltması ilginç bir sonuç olarak görülmeli ve bunun nedenleri gelecek araştırmalarda irdelenmelidir. Ayrıca sigara kullanımının bir bağımlılık olduğu ve bireylerin sigara talebinin fiyat esnekliklerinin diğer ürünlere göre daha katı bir yapıya sahip olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Zira literatürde de sigara talebinin fiyat esnekliğinin düşük olduğu ifade edilmektedir (Çalışkan 2015).

Hwang ve Park (2014)'a göre sigara içme sıklığı ve sigara kullanım miktarı sigaraya başlama yaşı ile yakından ilişkilidir. Araştırmacılar bu nedenle sigarayı önleme programlarının genç yaşlardan itibaren başlatılmasını önermektedir. Diğer bir araştırmada da sigaraya 18 yaşından sonra başlayanların günlük olarak sigara içme oranı %6 daha düşük bulunmuştur (Pierce ve ark 2021). Araştırmanın bulguları da bu bulgu ile paraleldir. Erken yaşta sigaraya başlamak günlük olarak daha fazla sigara kullanma ve daha uzun süre sigara kullanma ile ilişkilidir. Bu durum da yüksek derecede bağımlılık yapma özelliği olan sigaraya bağımlılık düzeyinin artmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle sigara ile mücadelede daha genç kesimlerin hedef kitle olarak görülmesi, mümkün mertebe sigaraya başlamadan koruyucu müdahalelerin hedefi haline getirilmeleri önem arz etmektedir. Sigaraya başlayan gençlerin de bağımlılık düzeyleri ilerlemeden önce bırakması yönünde çabalar sarf edilmelidir.

Araştırmada katılımcıların toplam sigara kullandıkları süre ile sigarayı bırakma denemeleri, ailede sigara kullanımının olup olmaması, kronik hastalık durumları ve hane toplam geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Sigara kullanılan toplam süre arttıkça sigarayı bırakma denemesinin de oransal olarak arttığı; ailede sigara kullanan başka bir bireyin olmasının 1-5 yıl ve 6-10 yıl süreyle sigara kullanma ile ilişkili olduğu; sigara kullanılan sürenin artmasının kronik hastalığa sahip olma ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda gelir düzeyinin yüksek olmasının 1 yıldan az ve 1-5 yıl arası sigara kullanım süresini oransal olarak azalttığı, 6-10 yıldan itibaren sigara kullanılan toplam süreyi artırdığı görülmektedir. Öte yandan araştırmada toplam sigara kullanılan süre ve kronik hastalık durumu dışındaki genel bilgilerin sigarayı bırakma denemesi ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir. Gerçekleştirilen bir araştırmada sigaraya başlama oranlarının 10 yaşından sonra hızla arttığı ve 13-14 yaşlarında zirve yaptığı tespit edilmiştir. Erken yaşta sigaraya başlayan bireylerin daha büyük yaşlarda sigara içmeye başlayanlara göre düzenli ve ağır sigara kullanıcısı olma olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Escobedo 1993). Diğer bir araştırmada sigaraya 13 yaşından önce başlanmasının halen sigara içenler arasında kardiyovasküler/metabolik hastalıklar ile beraber sigaraya bağlı kanserler için artan riskle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Choi ve Stommel 2017). Toplam sigara kullanılan sürenin günlük kullanılan sigara miktarıyla da ilişkili olduğu değerlendirildiğinde, sigaranın olumsuz sonuçlarının ve kronik sağlık problemlerinin de daha uzun süre sigara kullanımı ile ilişkili olması beklenen bir sonuçtur. Zira araştırmanın bulgularından biri de kronik hastalık durumu ile sigarayı bırakma denemesinin ilişkili olduğudur. Dolayısıyla sigarayı bırakma denemesinin de bu durumla ilişkili olabileceği değerlendirilmektedir. Gerçekleştirilen bir araştırmada 30 yıldan uzun süredir sigara kullanmış olan katılımcıların %58,3'ünün hala sigara kullandığı, %25'inin sık ve balgamlı öksürük problemi yaşadığı, %11,2'sinin sık sık nefes darlığı yaşadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %25,6'sına KOAH teşhisi konulduğu belirtilmiştir. Bu problemler, sigarayı bırakanlarda aktif olarak kullananlara göre daha düşük olarak tespit edilmiştir (Liu ve ark 2015). Wang ve ark (2019)'a göre sigaraya erken başlamak ve uzun süreli sigara içmek kronik hastalıklar açısından yüksek bir risk oluşturmaktadır. Burada da ifade edildiği gibi sigara kullanımı birçoğu kronik olmak üzere çok sayıda sağlık problemi ile ilişkilidir. Bu sorunları yaşayan bireylerin de sigarayı bırakma denemelerinde bulunması beklenen bir durumdur.



### **4.3. Demografik ve Genel Bilgilere Göre Sigarayı Bırakma Niyetinin Değerlendirilmesi**

Mevcut araştırmada katılımcılara ait demografik bilgiler ve sigara kullanımına ilişkin genel bilgilere göre sigarayı bırakma niyeti incelenmiştir. Buna göre katılımcıların daha önce sigarayı bırakma denemesine göre, sigaraya başlama yaşlarına göre, günlük olarak kullandıkları sigara miktarına göre, toplam sigara kullandıkları süreye göre, gelir düzeyine göre ve Covid-19 geçirme durumuna göre sigarayı bırakma niyetleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterirken; cinsiyetlerine göre, medeni durumlarına göre, ailede sigara kullanımının olup olmamasına göre, kronik hastalık durumlarına göre, yaşlarına göre ve eğitim durumlarına göre ortaya çıkan farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu bulgular incelendiğinde daha önce sigarayı bırakmayı denemiş olan, sigaraya daha geç yaşta başlayan, günlük daha az sigara kullanan, daha kısa süredir sigara kullanan ve Covid-19'u hastanede atlatmış olan katılımcıların sigarayı bırakma niyetlerinin daha yüksek olduğu görölmektedir. Gelir düzeyine göre değerlendirildiğinde 3001-5000 TL arasındaki gelir düzeyinde sigarayı bırakma niyeti en yüksek ortalamaya sahipken en düşük ortalama 5001-10000 TL gelir düzeyindeki katılımcılara aittir. Her ne kadar kadınlarda, evli bireylerde, ailede sigara kullanımı olmayanlarda, kronik hastalığı olanlarda, 36-45 yaş arasındaki katılımcılarda ve lisansüstü eğitime sahip olanlarda sigarayı bırakma niyeti ortalaması diğer gruplara göre yüksek bulunmuşsa da bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Literatürde yer alan diğer araştırmalarda çoğunlukla bu bulgulara paralel sonuçlara ulaşılmıştır. Bununla beraber sonuçları farklı olan az sayıda çalışma da mevcuttur.

Khuder ve ark (1999) araştırmalarında sigaraya daha erken yaşta başlayan erkeklerin bırakamama olasılığının daha geç başlayanlara göre 2 kat daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Dahası, aynı araştırmada bekârların ve eğitim durumu düşük olanların sigarayı bırakmama olasılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın diğer bir bulgusu ise günlük olarak kullanılan sigara miktarının sigaranın bırakılması ile ilişkisinin olmadığıdır. Mevcut araştırma bulguları ile örtüşen bir şekilde Kim ve ark (2012b) ile Almogbel ve ark (2016) da daha önce bırakma denemesi olanların sigarayı bırakma niyetlerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bir araştırmada kadınların 30 gün içinde sigarayı bırakma niyetlerinin

erkeklerden yüksek olduğu tespit edilmiştir (Chinwong ve ark 2018). Mevcut araştırmada da kadınların daha yüksek bırakma niyetine sahip olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Diğer bir araştırmada yüksek eğitim düzeyine sahip olmak, sigaraya geç yaşta başlamak, günlük olarak daha az miktarda sigara tüketmek ve erkekler için evli olmak sigarayı bırakma olasılığı ile ilişkili olarak öne çıkmaktadır (Broms ve ark 2004). Van Loon ve ark (2005), mevcut araştırma ile paralel bir şekilde orta ve yüksek sosyoekonomik düzeye sahip bireylerde bırakma oranının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. De Walque (2007), eğitilmiş bireylerin sigara kullanma olasılığının daha düşük olduğunu ve aktif sigara kullanıcısı olmaları durumunda ise sigarayı bırakma olasılıklarının daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Öte yandan Xu ve ark (2015) araştırmalarında yüksek eğitimli genç yetişkin erkeklerin, sigaranın zararları konusunda daha iyi bilgiye sahip olduğunu ancak sigara içenler arasında eğitim düzeyine göre sigarayı bırakma fikri açısından istatistiksel olarak bir fark olsa da bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını tespit etmiştir. Wetter (2005b) sigarayı bırakma oranının eğitim düzeyi yüksek olan grupta daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Khan (2018) ve Hoang ve ark (2022) da eğitim durumunun sigarayı bırakma niyeti ile ilişkili olduğunu ifade etmektedir. Buna karşılık Droomers ve ark (2004) sigarayı bırakma niyetine ilişkin olarak eğitim düzeyi açısından bir farklılık olmadığını tespit etmiştir. Mevcut araştırmada da esasında eğitim durumu yüksek olanların daha yüksek bırakma niyetine sahip olmasına karşın bu farkın anlamlı olmadığı görülmektedir. Zira eğitim düzeyinin yükselmesi ile beraber sigaranın ve pasif sigara dumanının zararlarına ilişkin bilgi ve farkındalık düzeyinin de artması beklenmektedir. Aynı zamana yüksek eğitim düzeyine sahip olan bireylerin sigarayı bırakmayı mümkün kılacak bir yaşam tarzı geliştirme olasılığının da daha yüksek olması beklenmektedir. Bu çerçevede eğitim durumunun yükselmesi ile sigarayı bırakma niyetinin paralel olması beklenen bir sonuçtur. Diğer taraftan mevcut araştırmada yüksek eğitim düzeyinde olan bireylerin daha yüksek bir sigarayı bırakma niyetine sahip olması yönündeki sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir.

Literatürde yer alan başka bir araştırmada da günlük olarak tüketilen sigara miktarı düşük olanların sigarayı bırakma niyetleri daha yüksek bulunmuştur (Wong ve ark 2010). Bu araştırmanın bulgularına benzer sonuçların elde edildiği bir başka araştırmada ise daha fazla sigara kullanmayla ilişkilendirilen daha fazla bağımlı olan

katılımcıların, bekâr olan ve sosyal desteğe sahip olmayan katılımcıların sigarayı bırakma olasılığının daha düşük olduğu belirtilmiştir (Chandola ve ark 2004). Öte yandan bu sonuçlardan farklı bulgular elde eden bir başka araştırmada bekâr katılımcıların sigarayı bırakma niyetlerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Aryanpur ve ark 2016). Bir başka araştırmada erkeklerin, günlük olarak daha az sigara kullananların, daha önce bırakma denemesi olanların sigarayı bırakma niyeti daha yüksek bulunmuştur (Abdulmohsen Hamdan ve ark 2015). Benzer şekilde Parashar ve ark (2017) da sigarayı bırakmayı düşünenlerin büyük çoğunluğun okuryazar olduğunu, sigara kullanmaya 15 yaşından büyükken başladığını ve ara sıra tütün kullananlar olduğunu tespit etmiştir.

Ailede sigara kullanımı bireylerin sigaraya başlamasında ve aktif sigara kullanıcısı olmasında önemli bir faktördür (den Exter Blokland ve ark 2004, Öncel ve ark 2011, Baykan ve Naçar 2014, Alkan 2017). Aynı zamanda arkadaşların sigara kullanması (Hassoy ve ark 2011, Erdamar ve Kurupınar 2014) ve sigara kullanan arkadaş sayısı da (Dietz ve ark 2013) sigara kullanım riskini artıran faktörler arasında yer almaktadır. Agaku ve ark (2012) ise sigara kullanıcılarından ailesinde sigara içen bireylerin bulunmadığı kullanıcıların bırakma niyetlerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Mevcut araştırmada ailesinde sigara kullanma durumu olmayan katılımcıların daha yüksek bırakma niyetine sahip olmasına rağmen bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Öte yandan bireylerin ailelerinde sigara kullanımının olması, sigaranın kabul görmesinde ve örnek alınan aile üyelerinden dolayı sigara kullanmaya devam edilmesinde önemli bir rol oynuyor olabilir. Bu araştırmada örneklemin büyük bir kısmı eğitim düzeyi yüksek gençlerden oluştuğu için aile bireylerinin etkisi istatistiksel olarak anlamlı olmayabilir. Bu çerçevede gelecekte farklı yaş ve eğitim düzeyi ile farklı kültürler çerçevesinde gerçekleştirilecek araştırmalarda bu durumun derinlemesine irdelenmesi önerilebilir. Zira kültür ile beraber, aile kurumuna bakış ve atfedilen önemin de farklılaşabileceği değerlendirilmektedir.

Sigara kullanımı birçok farklı kronik hastalıkla ilişkilidir. Dolayısıyla sigara kullanıcılarının bu sorunları deneyimleme ihtimalinin de daha yüksek olabileceği açıktır. Literatürde yer alan bazı araştırmalarda kronik hastalığa sahip olan bireylerin sigarayı bırakma niyetinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Melzer ve ark 2016,

Layoun 2017). Mevcut araştırmada da kronik hastalığa sahip bireylerin sigarayı bırakma niyeti ortalamasının kronik hastalığa sahip olmayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuşsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Gaffney ve ark (2022) Covid-19 pandemisinin başlamasının ardından sigara kullanımında dūřuř gōrōldōęünü ifade etmektedir. Dięer bir araştırmada, pandeminin sigara kullanıcılarının %67,7'sinin gōnlük sigara kullanım miktarlarını etkilemediği; %18,5'inin sigara kullanımını azalttığı ve %13,8'inin ise sigara kullanımlarını artırdığı tespit edilmiştir. Aynı araştırmada sigara kullanıcılarının ūçte birinin pandemi nedeniyle sigarayı bırakmaya daha istekli olduğu tespit edilmiştir (Elin ve ark 2020). Bir başka araştırmada pandemi sūrecinde hem sigara ve e-sigarayı birlikte tūketenlerin hem de sadece sigara içenlerin gōnlük tūketimlerinin bir miktar azaldığı belirlenmiştir. Sigara tiryakilerinde sigarayı bırakma dūřūncesi mevcutken, e-sigara kullanımında bırakma dūřūncesi oluşmamıştır (Caponnetto ve ark 2020). Kowitt ve ark (2020) araştırmalarında katılımcıların %70'ten fazlasının pandemi nedeniyle sigarayı bırakmaya niyetlendiklerini, %46,5'inin ise bırakma girişiminde bulduklarını belirlemiştir. Mevcut araştırmada ise Covid-19 geçirilip geçirilmediği, geçirildi ise nasıl atlatıldığına gōre sigarayı bırakma niyeti incelenmiştir. Buna gōre Covid-19'u hastanede (serviste veya yoğun bakımda) atlatmış olanların sigarayı bırakma niyetlerinin hastalığa yakalanmamış olanlardan ve yakalanıp ayakta atlatanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gōrōldōęu gibi pandemi sūrecinin sigarayı bırakma niyeti ūzerinde etkili olduğunu ifade etmek yanlış olmayacaktır. Őzellikle sigara kullananların, sigaranın Covid-19 riskini artıracadığına (Rigotti ve ark 2021) veya Covid-19 hastalığına yakalanılması durumunda sigara kullanımı nedeniyle komplikasyon riskinin daha yüksek oladığına inanması (Kowitt ve ark 2020) bu durum ūzerinde ōnemli bir etkiye sahip olabilir.

#### **4.4.Sigarayı Bırakma Niyeti ile Sigarayı Bırakmaya İlişkin Sağlık İnanıcı, Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Arama Davranışı İlişkisinin Değerlendirilmesi**

Araştırma kapsamında sigara kullanıcılarının sigarayı bırakma niyetleri ile sigarayı bırakmaya ilişkin sağlık inançları, sağlık okuryazarlıkları ve sağlık arama davranışları arasındaki ilişkiler ile bu değişkenlerin sigarayı bırakma niyeti ūzerindeki etkisi incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara gōre sigarayı bırakma niyeti ile sağlık okuryazarlığı genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Őte

yandan sigarayı bırakma niyeti ile sağlık okuryazarlığı alt boyutlarından bilgiye erişim ve bilgileri anlama arasında istatistiksel olarak anlamlı ancak oldukça düşük bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu çerçevede değerlendirildiğinde beklenenin aksine sağlık okuryazarlığının sigarayı bırakma niyeti ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı görülmektedir. Choi ve ark (2018) araştırmalarında sigara içmenin riskleri konusunda düşük bilgi sahibi olan bireylerin daha ağır sigara içicisi olduğunu ve sigarayı bırakma niyeti olmadığını tespit etmiştir. Benzer bir araştırmada sigaranın zararları konusunda bilgili olma durumunun daha yüksek bırakma niyeti ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Agaku ve ark 2012). Lee ve ark (2022) da sigarayla mücadele politikaları ve sigaranın zararları hakkında farkındalığı düşük olan kesimin sigarayı bırakma niyetinin de düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır. Mevcut araştırmada her iki değişken arasında ilişkinin olmaması katılımcıların sağlık okuryazarlık durumunun yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir. Zira araştırmada orta noktası 75 olan sağlık okuryazarlığı genel ölçeğinden katılımcıların 111,40±12,41 puan aldığı görülmektedir. Alt boyutlar incelendiğinde orta noktası 15 puan olan bilgiye erişim alt boyutundan katılımcıların 22,51±2,94 puan, orta noktası 21 olan bilgileri anlama alt boyutundan 31,73±3,64 puan, orta noktası 24 olan değer biçme alt boyutundan 35,75±4,75 puan ve orta noktası 15 olan uygulama/kullanma alt boyutundan 21,40±3,55 puan aldıkları belirlenmiştir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı ve alt boyutları ortalamalarının ölçek orta noktalarının üzerinde olduğu, bu sebeple sigarayı bırakma niyeti ile ilişkisinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu değerlendirilebilir. Diğer değişkenler için ise ölçek orta noktalarına kıyasla alınan ortalama puanlarının önemli farklılıklar oluşturmadığı görülmektedir.

Araştırma kapsamında elde edilen bulgulardan bir diğeri de sigarayı bırakma niyeti ile sağlık inanç modeline dayalı sigarayı bırakma değişkeni ve alt boyutları arasındaki ilişkiye ilişkindir. Buna göre sigarayı bırakma niyeti ölçek puanı ile sağlık inanç modeline göre sigara bırakma ölçeği alt boyutlarından algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, eyleme geçiriciler ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Algılanan bariyerler ile olan ilişki ise istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ancak oldukça zayıf bir düzeydedir. Sigara kullanan bireylerin sigaraya bağlı olarak sağlık sorunları yaşayabileceklerine ilişkin duyarlılıkları, bu problemlerin ne kadar ciddi olabileceğine ilişkin algıları, sigarayı bırakmanın yararlarına ilişkin inançları ve eyleme geçiricilere verdikleri yanıtın sigarayı bırakma niyetleri ile pozitif

yönlü bir ilişkisinin olması beklenen bir durumdur. Bu çerçevede araştırma bulgularına göre bireylerin sigaraya bağlı olarak bir sağlık sorunu yaşayabileceklerini ve bu sorunların ciddi olabileceğini düşünmeleri, sigarayı bırakmanın yararlarını algılama biçimleri ile eyleme geçiriciler neticesinde sigarayı bırakma niyetleri buna paralel olarak artmaktadır. Öte yandan sigarayı bırakmaya ilişkin olarak algıladıkları engellerin, burada algılanan bariyerler olarak ifade edilmektedir, sigarayı bırakma niyetini olumsuz etkilemesi beklenmektedir. Ancak elde edilen sonuçlar çok zayıf da olsa pozitif yönlü bir ilişkiye işaret etmektedir. Dolayısıyla bireylerin bir takım bariyerlerle karşılaşması sigarayı bırakma niyetlerini olumsuz etkilememektedir. Bu durum katılımcıların algılanan bariyerler alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının, bu alt boyutun orta noktasından düşük olmasıyla açıklanabilir. Zira ortalamanın düşük olması bireylerin bariyer algılarının da düşük olduğunu göstermektedir. Bu noktada ilgili bariyerlerin belki de sigarayı bırakmaya niyetlenmiş olan bireylerin harekete geçmesini engellediği değerlendirilebilir. Gelecekte yapılacak araştırmalarda ilgili bariyerlerin harekete geçme noktasındaki etkisinin incelenmesi önerilebilir.

Genç kadınlarda sağlık inanç modelinin sigarayı bırakma niyeti ile ilişkisinin incelendiği bir araştırmada sigarayı bırakma niyetinin; algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan faydalar, algılanan bariyerler ve öz yeterlilik ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Pribadi ve Devy 2020). Mevcut araştırmada, gerçekleştirilen DFA neticesinde Sağlık İnanç Modeline Göre Sigara Bırakma Ölçeği'nde yer alan öz yeterlilik alt boyutu araştırmadan dışlanmak zorunda kalmıştır. Bu çerçevede öz yeterlilik dışında elde edilen bulguların araştırmanın mevcut bulguları ile örtüştüğü ifade edilebilir. Patterson ve ark (2010) araştırmalarında katılımcılardan yüksek kanser riski algısında olanlar ve bir aile üyesinde kanser öyküsü olanların %36 oranında daha yüksek sigarayı bırakma niyetine sahip olduklarını belirtmişlerdir. Dolayısıyla kansere karşı duyarlılığı yüksek olan, bu riskin ciddiyetinin farkında olan ve kendilerinde olmasa bile bir aile üyelerinde yaşanan bu sorundan dolayı eyleme geçiş ipuçları ortaya çıkan bireylerin sigarayı bırakma niyetlerinin daha yüksek olduğu ifade edilebilir. Bu durum mevcut araştırma sonuçları ile de örtüşmektedir. Diğer bir araştırmada sigarayı bırakmanın yararlı olduğunu düşünmenin ve gelecekteki olumsuz etkilerinden endişe duymanın bırakma niyeti ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Kaai ve ark 2019). Sigarayı bırakmanın yararlı olduğunu düşünmek ve zararlarından endişe duymak sağlık inancının algılanan fayda boyutu ile ilgilidir ve mevcut araştırmanın bulguları ile

örtüşmektedir. Khan ve ark (2018), mevcut sağlık sorunlarının olmasının ve sigaranın zararları hakkındaki farkındalığın sigarayı bırakma niyeti ile ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Bu durum da eyleme geçirciler ile algılanan duyarlılık ve ciddiyetin bırakma niyeti üzerinde etkili olduğunu ve mevcut araştırma bulguları ile de örtüştüğünü göstermektedir. Wang ve ark (2005) gerçekleştirdikleri araştırmada bırakma niyetinin; duyarlılık, ciddiyet, bariyerler, çıktı beklentileri ve teşvik edicilerle ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Her ne kadar bariyer algısı ile buldukları ilişkinin yönü negatif olsa da, burada ifade edilen bulguların mevcut araştırma bulguları ile büyük ölçüde örtüştüğü görülmektedir. Bir başka araştırmada geçmişte sağlık sorunları yaşamayan sigarayı bırakma niyeti ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Abdullah ve ark 2006). Bu durum da esasında alt boyutlardan eyleme geçirciler başta olmak üzere sağlık inanç modeli çerçevesinde incelenen alt boyutlarla bir ilişkiye işaret etmektedir. Elling ve ark (2020)'nin araştırmasına göre Covid-19 nedeniyle sigarayı bırakma motivasyonu, Covid-19'un ciddi bir tehdit olduğuna ilişkin inançlar, Covid-19'a yakalanma ve ciddi bir hastalık geliştirme riski ile ilgili algılar, sigara içenlerin içmeyenlere göre bu anlamda daha yüksek bir risk altında olması gibi durumlar sigarayı bırakma ile pozitif yönlü bir ilişkiye sahiptir. Bu durum da Covid-19 özelinde olsa da sigara kullanıcılarının sağlık inançları ile ilişkilidir ve mevcut araştırma bulguları ile uyum içerisindedir.

Literatürde sağlık inanç modelinin ve alt boyutlarının sigarayı bırakma niyeti ile ilişkili olduğuna dair sonuçlara ulaşan çok sayıda araştırmanın yanı sıra, bu sonuçlarla kısmen örtüşmeyen bulguların elde edildiği araştırmalar da mevcuttur. Mohammadi ve ark (2017) sigara içme davranışı ile sigaranın zararları hakkında bilgi sahibi olma arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Ancak algılanan faydalar ile sigara kullanmamanın ilişkili olduğunu ifade etmektedir. Burada özellikle sigara kullanımının bir bağımlılık olduğu ve bireylerde yüksek derecede nikotin bağımlılığı gelişmesine neden olduğu vurgulanmalıdır. Dolayısıyla bireyler sigaranın zararlarının farkında olsalar dahi, bırakmaya yönelik bir niyet geliştirmemiş olabilirler. Bu çerçevede sigara kullanımının sonlandırılması ile ilgili imkân ve yöntemler konusunda bireylerin bilgilendirilmesi, farkındalıklarının artırılması ve teşvik edilmesi gerekmektedir.

Literatürde aynı zamanda sağlık inanç modeline dayalı olarak verilen eğitimin sigara kullanımı üzerindeki etkisini inceleyen araştırmalar da mevcuttur. Bu araştırmalardan birinde genç kadınlar üzerinde sağlık inanç modeli çerçevesinde gerçekleştirilen eğitimsel girişimin hem modelin alt boyutlarını hem de sigarayla ilgili önleyici davranışları artırdığı belirlenmiştir (Zahra ve ark 2011). Diğer bir araştırmada ise algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet ve algılanan faydalar gibi sağlık inanç modeli alt boyutlarının puanlarının artırılması suretiyle sigara içmeyi önleyici eylemleri benimsemenin mümkün olabileceği ifade edilmektedir (Sharifi-rad ve ark 2007). Bu araştırmalarda elde edilen bulgu ve sonuçlar ile mevcut araştırma çerçevesinde elde edilen bulgu ve sonuçların örtüştüğü görülmektedir.

Araştırma kapsamında sigarayı bırakma niyeti ölçeği ile hem sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları olan profesyonel sağlık arama davranışı, çevrimiçi/online sağlık arama davranışı ve geleneksel sağlık arama davranışı; hem de toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada aynı zamanda sağlık arama davranışı ve sağlık inanç modelinin bağımsız, sigarayı bırakma niyetinin ise bağımlı değişken olduğu bir regresyon modeli kurulmuştur. Bu modele göre sigarayı bırakma niyeti değişkeni varyansındaki değişimin %31'i bu iki değişken tarafından açıklanmaktadır. Bu bulgudan hareketle, bireylerin sigarayı bırakma niyetlerinin artmasının çeşitli yollarla sağlık arama davranışı göstermelerinde de bir artışla ilişkili olduğu ifade edilebilir. Chinwong ve ark (2018) araştırmalarında bırakma niyetinin en yaygın sebebinin sigaranın sağlığa zarar vermesiyle ilgili farkındalık olduğunu tespit etmiş, sigarayı bırakma noktasında yardım talep edilen kanalları da eczaneler, hastaneler ve sigarayı bırakma hatları olarak ifade etmişlerdir. Dolayısıyla bu araştırmada hem sağlık inancının sigarayı bırakma niyeti ile ilişkisi hem de sağlık arama kanalı irdelenmiştir. Bir başka araştırmada aktif sigara kullanıcılarının daha önce sigarayı bırakmış olanlara göre sigaranın nasıl bırakılacağı, kullanılan ilaçlar ve alternatif yöntemleri online olarak daha yüksek oranda aradığı tespit edilmiştir (Cobb ve Graham 2006). Groth-Marnat ve ark (1996) ise sigara bırakmada geleneksel ve yerli yöntemlerin de başarıyla kullanılabilceğini araştırmalarında vurgulamaktadırlar. Sağlık bilgisi arama davranışının sigarayı bırakma niyeti ile ilişkisinin incelendiği başka bir araştırmada ise sigara içen bireylerden sağlık bilgisi arayışında olanların böyle bir arayışta



olmayanlara göre sigarayı bırakma niyetlerinin 2,67 kat daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Upadhyay ve ark 2019).

Sigarayı bırakmayla ilgili nikotin replasman tedavisi gibi yöntemlere ek olarak mobil uygulamalar ve e-sigara gibi yöntemlere de başvurulabileceği ifade edilmektedir (Lund ve Kvavik 2021). Groth-Marnat ve ark (1996)'nın da vurguladığı gibi, kültürel özelliklerin göz önünde bulundurulmasıyla gerçekleştirilen geleneksel uygulamaların da sigaranın bırakılmasında kullanıldığı görülmektedir. Bu araştırma kapsamında da sağlık arama davranışının çevrimiçi/online, geleneksel ve profesyonel olmak üzere her üç yönü de incelenmiştir. Sigarayı bırakma niyeti ile bu üç yöntemin de ilişkili olduğu bulgusundan yola çıkarak, sigarayı bırakma niyeti geliştirmiş olan bireylerin en sağlıklı ve uygun yöntemlere ulaşabilmesi adına çalışmaların gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bununla beraber Upadhyay ve ark (2019) ise ilişkiye denklemin diğer tarafından yaklaşarak, sigara kullanan bireylerin sigara ile ilgili bilgi aramaya yönlendirilmesinin ve bu yönlendirmenin optimal yollarının belirlenmesinin sigarayı bırakmanın sağlanmasını ve sürdürülmesini destekleyebileceğini ifade etmektedir.

Sigarayı bırakma niyeti ile sağlık inancı ve sağlık arama davranışı değişkenleri arasında tespit edilen ilişkiler neticesinde özellikle sağlık inancının alt boyutlarına yönelik geliştirilebilecek olan çalışmaların bırakma noktasında önem arz edebileceği değerlendirilmektedir. Mevcut çalışmada sağlık okuryazarlığı ve alt boyutları ortalamasının üzerinde olduğu için belki de gerçek ilişkiyi ve etkisini test etmek mümkün olmamıştır ancak sigara kullananların çeşitli özelliklerine göre sınıflandırılması ve her bir kesime uygun müdahalelerin gerçekleştirilmesi, bu kesimlerin içerisinde sağlık okuryazarlığı düşük olan kesimlerin de yer alması ile beraber sigarayı bırakma niyetinin artırılabilmesini beklemek yanlış olmayacaktır. Nihayetinde, sağlık arama davranışının da günümüzde birçok alanda olduğu gibi, sigarayı bırakma konusunda da önem arz eden bir davranış olduğu gerçeği unutulmadan, bireylerin sosyoekonomik ve kültürel özellikleri de göz önünde bulundurularak uygun sağlık arama kanallarına aktarılması, müdahalelerin başarısını artırabilir.

Literatürde sağlık okuryazarlığının, sağlık inanç modelinin ve sağlık arama davranışının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının farklı yönleri ile ilişkisini ele alan araştırmalar olmasına rağmen bu araştırma; sağlık arama davranışı, sigarayı bırakmaya

yönelik sağlık inancı ve sağlık okuryazarlığının sigarayı bırakma niyeti ile ilişkisini ve sigarayı bırakma niyeti üzerindeki etkisini inceleyen ilk araştırma olması açısından özgün değere sahiptir. Araştırma aynı zamanda ‘‘Sigarayı Bırakma Niyeti Ölçeği’’nin geliştirilmesi ve literatüre kazandırılması noktasında da özgün bir değere sahiptir. Araştırma kapsamında geliştirilen ölçeğin ve saha araştırması neticesinde elde edilen sonuçların literatürde önemli bir boşluğu dolduracağı değerlendirilmektedir.



## 5.SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre sigara kullanan bireylerin sigarayı bırakma niyetleri ile hem sağlık inançları hem de sağlık arama davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tespit edilen bu ilişkiye istinaden gerçekleştirilen regresyon analizinde ise bu iki değişkenin sigarayı bırakma niyeti değişkenindeki değişimin %31'ini açıkladığı sonucu elde edilmiştir. Öte yandan beklenenin aksine, sigarayı bırakma niyeti ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmanın temel amaçları doğrultusunda elde edilen sonuçların yanı sıra, alt amaçları doğrultusunda gerçekleştirilen analizler neticesinde de bir takım sonuçlara ulaşılmıştır. Bu sonuçlar aşağıdaki gibidir;

- SBNÖ, ölçüm anında sigarayı bırakma niyetinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi için kullanılabilir, geçerli ve güvenilir bir ölçektir.
- Erkekler sigara kullanmaya daha erken yaşta başlamaktadır.
- Erkekler günlük olarak daha yüksek miktarda sigara tüketmektedir.
- Erkekler toplamda daha uzun süre sigara kullanmaktadır.
- Cinsiyete göre geçmişte sigarayı bırakma denemesi farklılık göstermemektedir.
- Evli bireyler günlük olarak daha yüksek miktarda sigara tüketmektedir.
- Medeni duruma göre geçmişte sigarayı bırakma denemesi farklılık göstermemektedir.
- Eğitim düzeyi daha yüksek olanlar günlük olarak daha az miktarda sigara tüketmektedir.
- Eğitim düzeyi daha yüksek olanlar toplamda daha kısa süre sigara kullanmaktadır.
- Eğitim durumuna göre geçmişte sigarayı bırakma denemesi farklılık göstermemektedir.
- Eğitim düzeyi daha yüksek olanlar sigaraya daha geç yaşta başlamaktadır.
- Sigaraya başlama yaşının düşük olması, günlük olarak daha fazla sigara kullanımı ile ilişkilidir.

- Sigaraya başlama yaşı ile geçmişte sigarayı bırakma denemesi arasında bir ilişki yoktur.
- Ailede sigara kullanımı daha erken yaşta sigaraya başlama ile ilişkilidir.
- Toplam sigara kullanılan süre ile günlük olarak sigara tüketimi ilişkilidir.
- Sigaraya başlama yaşı düştükçe, günlük olarak kullanılan sigara miktarı artmaktadır.
- Günlük olarak kullanılan sigara miktarı ile geçmişte sigarayı bırakma denemesi arasında bir ilişki yoktur.
- Günlük olarak kullanılan sigara miktarı ile ailede sigara kullanımı arasında bir ilişki yoktur.
- Günlük olarak kullanılan sigara miktarı ile kronik hastalık durumu arasında bir ilişki yoktur.
- Yüksek gelir seviyesindeki bireyler günlük olarak daha yüksek miktarda sigara kullanmaktadır.
- Günlük olarak kullanılan sigara miktarı ile Covid-19 geçirme durumu arasında bir ilişki yoktur.
- Sigara kullanılan toplam süre arttıkça sigarayı bırakma denemesi de oransal olarak artmaktadır.
- Ailede sigara kullanan başka bir bireyin olması, 1-5 yıl ve 6-10 yıl süreyle sigara kullanma ile ilişkilidir.
- Toplam sigara kullanılan sürenin artması kronik hastalığa sahip olma ile ilişkilidir.
- Gelir düzeyinin yüksek olması 1 yıldan az ve 1-5 yıl arası sigara kullanım süresini oransal olarak azaltmakta, 6-10 yıldan itibaren sigara kullanılan toplam süreyi artırmaktadır.
- Ailede sigara kullanımı ile daha önce sigarayı bırakma denemesi arasında bir ilişki yoktur.
- Kronik hastalığı olan bireyler daha yüksek bir sigarayı bırakma denemesi oranına sahiptir.
- Hane toplam geliri ile sigarayı bırakma denemesi arasında bir ilişki yoktur.
- Sigarayı bırakma denemesi ile Covid-19 geçirme durumu arasında bir ilişki yoktur.
- Yaş arttıkça günlük olarak kullanılan sigara miktarı da artmaktadır.

- Yaş ile daha önce sigarayı bırakma denemesi ilişkilidir.
- Cinsiyete göre sigarayı bırakma niyeti farklılık göstermemektedir.
- Medeni duruma göre sigarayı bırakma niyeti farklılık göstermemektedir.
- Ailede sigara kullanımına göre sigarayı bırakma niyeti farklılık göstermemektedir.
- Daha önce bırakma denemesi olanların sigarayı bırakma niyetleri daha yüksektir.
- Kronik hastalık durumuna göre sigarayı bırakma niyeti farklılık göstermemektedir.
- Yaşa göre sigarayı bırakma niyeti farklılık göstermemektedir.
- Eğitim durumuna göre sigarayı bırakma niyeti farklılık göstermemektedir.
- Sigaraya erken yaşta başlayanların sigarayı bırakma niyeti daha düşüktür.
- Günlük olarak daha az sigara kullananların sigarayı bırakma niyeti daha yüksektir.
- 1 yıldan az süreyle sigara kullananlarda sigarayı bırakma niyeti daha yüksektir.
- Gelir düzeyine göre sigarayı bırakma niyeti farklılık göstermektedir.
- Covid-19'u hastanede atlatanların sigarayı bırakma niyeti diğerlerinden yüksektir.
- Sigarayı bırakma niyeti ile sağlık inanç modeline göre sigarayı bırakma ve sağlık arama davranışı arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki vardır.
- Sağlık okuryazarlığı ile sigarayı bırakma niyeti arasında ilişki yoktur.
- Sağlık inanç modeline göre sigarayı bırakma ve sağlık arama davranışı sigarayı bırakma niyetini etkilemektedir.

Araştırma kapsamında elde edilen sonuçlar ışığında bir takım öneriler geliştirilmiştir. Bu öneriler aşağıdaki gibidir;

- Sigarayı bıraktırma ile ilgili araştırmalarda öncelikle SBNÖ kullanılarak katılımcıların sigarayı bırakma niyetleri değerlendirilmeli, ardından elde edilen bulgular doğrultusunda spesifik hedef kitleler belirlenmelidir.
- Sağlık arama davranışı yüksek olan bireylerin sigarayı bırakma niyeti de yüksek olacağından, sigarayı bıraktırma girişimlerinde hedef kitle olarak değerlendirilmesi önerilir.

- Gelecek araştırmalarda sigarayı bırakmaya niyetlenmiş bireyler açısından sağlık arama davranışı çerçevesinde tercih edilen kanalların etkinliğinin değerlendirilmesi önerilir.
- Sağlık arama kanallarında sigarayı bırakmaya yönelik aydınlatıcı ve anlaşılması kolay bilgiler ile harekete geçirici mesajların verilmesi önerilir.
- Günümüzde özellikle evrimii sağlık aramanın kolaylığı ve internet ortamında yer alan bilgilerin güvenilirliğinin şüpheli olmasından yola çıkarak, evrimii sağlık arama davranışını yoğun olarak sergileyen gruplara özgü bir takım çalışmaların yapılması önerilir.
- Sigarayı bırakmaya yönelik sağlık inancı alt boyutlarının her biri tek tek ele alınarak çeşitli hedef gruplara bu alt boyutların göz önünde bulundurulduğu girişimlerin uygulanması önerilir.
- Sağlık inanç modeline dayalı girişimlerin, sigarayı bırakma niyetini artırabileceği değerlendirilmektedir. Bu nedenle sigarayla mücadele çabalarında bu modelin kullanımının artırılması önerilir.
- Her ne kadar bu araştırmada bariyer algısının sigarayı bırakma niyeti önünde bir engel olmadığı görülmüşse de, sigarayı bırakma niyeti olan bireylerin bariyer olarak değerlendirdikleri hususların çeşitli girişimlerle ortadan kaldırılması önerilir.
- Covid-19'a yakalanmış ve hastanede atlatmış bireylerin sigarayı bırakma niyetlerinin yüksek olması, duyarlılık ve ciddiye algılarında bir artış olduğu değerlendirmesinin yapılmasını olanaklı kılmaktadır. Literatürde de sigaranın bırakılmasında sağlık inanç modelinin alt boyutlarından algılanan ciddiye ve algılanan duyarlılığın önem arz ettiği vurgulanmıştır. Mevcut araştırmada da her iki değişken sigarayı bırakma niyeti ile ilişkili bulunmuştur. Bu çerçevede sigarayla mücadelede bu iki değişkene yönelik farkındalık girişimlerinde bulunulması önerilir.
- Gelecekteki çalışmalarda farklı sağlık okuryazarlığı düzeylerindeki bireylerin sigarayı bırakma niyetlerinin incelenmesi önerilir.
- Sigarayla mücadele çabalarında sadece sigara kullanan bireylerin değil, henüz sigara kullanmayan bireylerin de hedef kitle kapsamında değerlendirilmesi önerilir.

- Erken yaşıta sigaraya başlamamın etkileri değerdendirildiğinde sigaraya başlama açısından risk altında bulunan erken yaş gruplarına özel girişimlerde bulunulması önerilir.
- Sigaraya başlanmasının önlenmesi adına, sigara kullanımında önem arz eden risk faktörlerinin göz önünde bulundurulması önerilir.
- Sigarayla mücadele çabalarında özellikle cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ailede sigara kullanımı, gelir düzeyi gibi faktörlerin, çabaların spesifik hedef gruplara uygun girişimler haline getirilmesinde kriter olarak kullanılması önerilir.
- Daha önce sigarayı bırakmayı denemiş ancak başarılı olamamış bireylerin motivasyonlarını kaybetmelerinin önlenmesi gerekmektedir. Bu grubun bıraktırma çabalarında özel olarak değerdendirilmesi önerilir.

## 6.KAYNAKLAR

- Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT, 2017. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: a large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24, 17, 1880-1888.
- Abdullah ASM, Ho LM, Kwan YH, Cheung WL, McGhee SM, Chan, WH, 2006. Promoting smoking cessation among the elderly: what are the predictors of intention to quit and successful quitting?. *Journal of Aging and Health*, 18, 4, 552-564.
- Abdulmohsen Hamdan AZ, Ayat Roushdy A, Reem Ibrahim A, 2015. Intention to quit smoking among intermediate and secondary school students in Saudi Arabia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16, 15, 6741-6747.
- Abraham C, Sheeran P, 2015. The health belief model. In: Predicting and changing health behaviour, research and practice with social cognition models. Eds: Conner M, Norman P, 3rd ed. Berkshire: Open University Press.
- Adams RJ, Piantadosi C, Ettridge K, Miller C, Wilson C, Tucker G, Hill CL, 2013. Functional health literacy mediates the relationship between socio-economic status, perceptions and lifestyle behaviors related to cancer risk in an Australian population. *Patient Education and Counseling*, 91, 2, 206-212.
- Adhikari RK, Sherchand JB, Mishra SR, Ranabhat K, Pokharel A, Devkota P,... Wagle RR, 2015. Health-seeking behaviors and self-care practices of people with filarial lymphoedema in Nepal: a qualitative study. *Journal of Tropical Medicine*, 2015, doi: 10.1155/2015/260359.
- Agaku I, Akinyele AO, Omaduvie UT, 2012. Evaluation of factors influencing intention to quit smokeless and cigarette tobacco use among Nigerian adolescents. *Nigerian Medical Journal: Journal of the Nigeria Medical Association*, 53, 1, 31-36.
- Aiken LS, West SG, Woodward CK, Reno RR, Reynolds KD, 1994. Increasing screening mammography in asymptomatic women: Evaluation of a second-generation, theory-based program. *Health Psychology*, 13, 6, 526-538.
- Akbaş U, Aydoğdu Ő, Büyüköztürk Ő, 2020. Farklı ortamlarda uygulanan likert tipi ölçek ile metrik ölçeğin psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 35, 1, 222-242.
- Akdağ R, 2012. türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011), Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Akman M, 2015. Sağlık arama davranışı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 19, 2, 53-54.
- Alkan Ö, 2017. Türkiye’de gençlerin tütün kullanımında cinsiyet farklılıklarının araştırılması. *Bağımlılık Dergisi*, 18, 2, 35-45.
- Almogbel YS, Abughosh SM, Almeman AA, Sansgiry SS, 2016. Factors associated with the willingness to quit smoking among a cohort of university students in the KSA. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 11, 2, 128-133.
- Amegbor PM, Kuire VZ, Bisung E, Braimah JA, 2019. Modern or traditional health care? Understanding the role of insurance in health-seeking behaviours among older Ghanaians. *Primary Health Care Research & Development*, 20, e71, 1-8.
- Ampofo AG, Adumatta AD, Owusu E, Awuviry-Newton K, 2020. A cross-sectional study of barriers to cervical cancer screening uptake in Ghana: An application of the health belief model. *PloS One*, 15, 4, e0231459.
- Aryanpur M, Masjedi MR, Mortaz E, Hosseini M, Jamaati H, Tabarsi P,... Mozafarian A, 2016. Intention to quit smoking and associated factors in smokers newly diagnosed with pulmonary tuberculosis. *Tanaffos*, 15, 1, 17-24.
- ASAM, 2019. Definition of addiction. Erişim tarihi, 09 Eylül 2021. Erişim adresi, <https://www.asam.org/Quality-Science/definition-of-addiction>
- Ascher MS, Levounis P, 2015. The behavioral addictions. Washington: American Psychiatric Publishing.



- Aspden P, Katz JE, 2001. Assessments of quality of health care information and referrals to physicians: a nationwide survey. In: The internet and health communication experiences and expectations. Eds: Rice RE, Katz JE, California: Sage Publications, p.99-106.
- Atri SB, Sahebhiagh MH, Jafarabadi MA, Behshid M, Ghasempour M, Abri F, 2018. The relationship between health literacy and stages of change in smoking behavior among employees of educational health centers of Tabriz University of Medical Sciences (2016). *International Journal of Preventive Medicine*, 9, 1-7.
- Attwood A, Aveyard P, Bauld L, Britton J, Hajek P,...West R, 2013. Tobacco. In: Principles of addiction: comprehensive addictive behaviors and disorders. Ed: Miller PM, Vol 1, San Diego, CA: Academic Press.
- Atwine F, Hultsjö S, Albin B, Hjelm K, 2015. Health-care seeking behaviour and the use of traditional medicine among persons with type 2 diabetes in south-western Uganda: a study of focus group interviews. *Pan African Medical Journal*, 20, 76, doi:10.11604/pamj.2015.20.76.5497.
- Auld MC, 2005. Smoking, drinking, and income. *Journal of Human Resources*, 40, 2, 505-518.
- Aydemir Y, Doğu Ö, Dede C, Çınar N, 2019. Sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği: geliştirme ve geçerlik, güvenilirlik çalışması. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 6, 2, 387-402.
- Babar AA, Stigler MH, Perry CL, Arora M, Shrivastav R, Reddy KS, 2010. Tobacco-use psychosocial risk profiles of girls and boys in urban India: implications for gender-specific tobacco intervention development. *Nicotine & Tobacco Research*, 12, 1, 29-36.
- Bağcı H, Atasever M, 2020. Türkiye sağlık sistemi, Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Bahar A, Savaş HA, Bahar G, 2010. Psikiyatri hastalarında tıp dışı yardım arama davranışının değerlendirilmesi. *New/Yeni Symposium*, 48, 3, 216-222.
- Bahar Z, Aydoğdu NG, Açıl D, Cengiz B, Çaloğlu A, Gürkan KP, 2020. Türkiye’de halk sağlığı hemşireliği alanında yapılan doktora tezlerinin değerlendirilmesi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2, 1, 26-38.
- Baker L, Wagner TH, Singer S, Bundorf MK, 2003. Use of the Internet and e-mail for health care information: results from a national survey. *Jama*, 289, 18, 2400-2406.
- Bardakcı A, Haşiloğlu SB, Balce AO, 2015. Ölçek orta noktası bitaraf cevaplar için mi yoksa bihaber cevaplar için mi kullanılmaktadır? *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 16, 87-97.
- Batarseh D, 2018. Sports injury and recovery analyzed using blum's model of health determinants. Honors Theses, 1696, Union College, Sociology Department <https://digitalworks.union.edu/theses/1696>.
- Bayık A, 1993. Sigara için hastaların, sigarayı bırakmaya yönelik motivasyon geliştirmeleri için hemşirelik danışmanlığı üzerine bir çalışma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9, 2, 129-141.
- Bayık-Temel A, Aras Z, 2017. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25, 2, 85-94.
- Baykan Z, Naçar M 2014. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara kullanımı ve tütün kanununa ilişkin görüşleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 41, 3, 483-490.
- Bennadi D, Aralık 2013-Şubat 2014. Self-medication: A current challenge. *Journal of Basic and Clinical Pharmacy*, 5, 1, 19-23.
- Bessel TL, Silagy CA, Anderson JN, Hiller JE, Sansom LN, 2002. Prevalence of south australia’s online health seekers. *Aust N Z J Public Health*, 26, 2, 170-173.
- Bevilacqua L, Goldman D, 2009. Genes and addictions. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 85, 4, 359-361.
- Binkley J, 2010. Low income and poor health choices: the example of smoking. *American Journal of Agricultural Economics*, 92, 4, 972-984.
- Bircher J, Kuruvilla S, 2014. Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: new opportunities for health care and public health. *Journal of Public Health Policy*, 35, 3, 363-386.

- Blum HL, 1981. Planning for health: development and application of social change theory, 2nd Edition, New York: Human Sciences Press.
- Blum HL, 1974. Planning for health: Development and application of social change theory. New York: Human Sciences Press.
- Blume AW, Rudisill DM, Hendricks S, Santoya N 2013. Disease model. In: Principles of addiction: Comprehensive addictive behaviors and disorders. Ed: Miller PM, Vol.1, San Diego, CA: Academic Press.
- Bonnie RJ, Stratton K, Kwan LY, 2015. Public health implications of raising the minimum age of legal access to tobacco products. Washington DC: National Academies Press.
- Boztaş G, Aslan D, Bilir N, 2006. Çevresel sigara dumanından etkilenim ve çocuklar. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 15, 5, 75-78.
- Brabete AC, del Pilar Sánchez-López, M, Cuéllar-Flores I, Rivas-Diez R, 2013. The impact of gender norms on alcohol and tobacco use at Romanians. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 78, 230-234.
- Brickman P, Rabinowitz VC, Karuza J, Coates D, Cohn E, Kidder L, 1982. Models of helping and coping. American Psychologist, 37, 4, 368-384.
- Broms U, Silventoinen K, Lahelma E, Koskenvuo M, Kaprio J, 2004. Smoking cessation by socioeconomic status and marital status: the contribution of smoking behavior and family background. Nicotine & Tobacco Research, 6, 3, 447-455.
- Burkhalter JE, Warren B, Shuk E, Primavera L, Ostroff JS, 2009. Intention to quit smoking among lesbian, gay, bisexual, and transgender smokers. Nicotine & Tobacco Research, 11, 11, 1312-1320.
- Butler KM, Ickes MJ, Rayens MK, Wiggins AT, Ashford K, Hahn EJ, 2018. Intention to quit smoking and polytobacco use among college student smokers. Preventive Medicine Reports, 10, 72-75.
- Bülbül SH, Ceyhan AG, 2006. Pasif sigara içiciliği. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 10, 3, 123-128.
- Calvo M, Laguno M, Martinez M, Martinez E, 2015. Effects of tobacco smoking on HIV-infected individuals. AIDS Reviews, 17, 1, 47-55.
- Canbulat Şahiner N, Şahin A, Aypar Akbağ NN, 2020. Üniversite öğrencilerinin sigara içme durumları ve sigara bağımlılığına yönelik tutumları. Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 2, 2, 64-79.
- Cankardaş S, Tosun A, 2016. Sağlık inanç modeli çerçevesinde gençlerde kondom kullanımını etkileyen faktörler. Turk Psikoloji Dergisi, 31, 77, 31-41.
- Caponnetto P, Inguscio L, Saitta C, Maglia M, Benfatto F, Polosa R, 2020. Smoking behavior and psychological dynamics during COVID-19 social distancing and stay-at-home policies: A survey. Health Psychology Research, 8, 1, 68-73.
- Card AJ, 2017. Moving beyond the WHO definition of health: A new perspective for an aging world and the emerging era of value-based care. World Medical & Health Policy, 9, 1, 127-137.
- CDC, 2022. Understanding health literacy. Erişim tarihi, 10 Ocak 2022. Erişim adresi, <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/Understanding.html>
- Ceylan S, 2017. Kadın sağlık çalışanlarının kendi kendine meme muayenesi uygulamalarına sağlık inanç düzeylerinin etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Chaaya M, Nakkash R, Saab D, Kadi L, Afifi R, 2019. Effect of tobacco control policies on intention to quit smoking cigarettes: A study from Beirut, Lebanon. Tobacco Induced Diseases, 17, 63, 1-9.
- Champion VL, Skinner CS, 2008. The health belief model. In: Health behavior and health education: theory, research, and practice, Eds: Glanz K, Rimer BK, Viswanath, K, 4th ed, San Francisco, CA: Jossey-Bass, p.45-65
- Chandola T, Head J, Bartley M, 2004. Socio-demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors?. Addiction, 99, 6, 770-777.

- Chikafu H, Mutero IT, Chimbari MJ, 2022. "If I were to suffer a stroke right now, the first place that I should be taken to is the traditional healer": community beliefs and health-seeking practices for noncommunicable diseases in rural kwazulu-natal, south africa. *The Qualitative Report*, 27, 1, 243-256.
- Chinwong D, Mookmanee N, Chongpornchai J, Chinwong S, 2018. A comparison of gender differences in smoking behaviors, intention to quit, and nicotine dependence among thai university students. *Journal of Addiction*, 2018, 8081670. <https://doi.org/10.1155/2018/8081670>.
- Chiosi JJ, Andes L, Asma S, Palipudi K, McAfee T, 2016. Warning about the harms of tobacco use in 22 countries: findings from a cross-sectional household survey. *Tobacco Control*, 25, 4, 393-401.
- Cho HJ, Khang YH, Jun HJ, Kawachi I, 2008. Marital status and smoking in Korea: the influence of gender and age. *Social Science & Medicine*, 66, 3, 609-619.
- Choi SH, Stommel M, 2017. Impact of age at smoking initiation on smoking-related morbidity and all-cause mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, 53, 1, 33-41.
- Choi YJ, Seo HG, Kim Y, Kim EY, Fong GT, Yan M, Driezen P, 2018. Tobacco related knowledge is associated with Heaviness of Smoking Index (HSI) and intention to quit among korean smokers: findings from 2016 ITC Korea Survey. *Journal of the Korean Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 9, 31-38.
- CHRR, 2021. Health behaviors. Erişim tarihi, 24 Şubat 2022. Erişim adresi, <https://www.countyhealthrankings.org/explore-health-rankings/measures-data-sources/county-health-rankings-model/health-factors/health-behaviors>
- Churchill Jr GA, Peter JP, 1984. Research design effects on the reliability of rating scales: A meta-analysis. *Journal of Marketing Research*, 21, 4, 360-375.
- Cicchetti DV, Showalter D, Tyrer PJ, 1985. The effect of number of rating scale categories on levels of interrater reliability: a monte carlo investigation. *Applied Psychological Measurement*, 9, 1, 31-36.
- Cline RJ, Haynes KM, 2001. Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art. *Health Education Research*, 16, 6, 671-692.
- Cnattingius S, 2004. The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. *Nicotine & Tobacco Research*, 6, Suppl\_2, S125-S140.
- Cobb NK, Graham AL, 2006. Characterizing Internet searchers of smoking cessation information. *Journal of Medical Internet Research*, 8, 3, e17, 1-11.
- Conner M, Norman P, 2005. Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models, 2nd ed, Open University Press.
- Coşkun F, Özçırıcı B, Özgür S, 2019. Gaziantep üniversitesi merkez kampüsü'ndeki lisans öğrencilerinde alkol ve madde kullanma durumu. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 11, 2, 143-147.
- Cotten SR, Gupta SS, 2004. Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them. *Social Science & Medicine*, 59, 9, 1795-1806.
- Çalışkan Ş, 2015. Üniversite öğrencilerinin sigara kullanımını etkileyen faktörler (ekonometrik bir yaklaşım). *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8, 2, 23-48.
- Çelepkolu T, Atli A, Palancı Y, Yılmaz A, Demir S, Okan İblioğlu A, Ekin S, 2014. Sigara kullanıcılarında nikotin bağımlılık düzeyinin yaş ve cinsiyetle ilişkisi: Diyarbakır örnekleme. *Dicle Tıp Dergisi*, 41, 4, 712-716.
- Çetinkaya PD, Uyanusta Küçük Ç, Salepçi B, Pazarlı P, Dülger S, Arpaz S, Görek Dilektaşlı A, 2018. Türkiye'de tütün kontrolü çalışmaları ve türk toraks derneği. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27, özel sayı, 55-62.
- Çiftçi-Kıraç F, 2021. Sağlık okuryazarlığı. In: Davranışsal boyutları ile sağlık. Eds: Kıraç R, Uysal S, Ankara: Nobel Bilimsel, p.119-132.
- D'Avanzo B, Barbato A, Erzegovesi S, Lampertico L, Rapisarda F, Valsecchi L, 2012. Formal and informal help-seeking for mental health problems. A survey of preferences of Italian students. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 8, 47-51.

- Dağtekin G, Atay E, Kılınç A, Eyüboğlu M, Eyüboğlu D, Ünsal A, Arslantaş D, 2020. Tıp fakültesi öğrencilerinde cinsiyete göre sigara tüketimi, algılanan stres ve yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 42, 4, 350-356.
- Dai JB, Wang ZX, Qiao ZD, 2015. The hazardous effects of tobacco smoking on male fertility. *Asian Journal of Andrology*, 17, 6, 954-960.
- Davis RM, Wakefield M, Amos A, Gupta PC, 2007. The Hitchhiker's guide to tobacco control: a global assessment of harms, remedies, and controversies. *Annu. Rev. Public Health*, 28, 171-194.
- De Walque D, 2007. Does education affect smoking behaviors?: Evidence using the Vietnam draft as an instrument for college education. *Journal of Health Economics*, 26, 5, 877-895.
- den Exter Blokland EA, Engels RC, Hale WW 3rd, Meeus W, Willemsen MC, 2004. Lifetime parental smoking history and cessation and early adolescent smoking behavior. *Preventive Medicine*, 38, 3, 359-368.
- DeWit SC, Stromberg H, Dallred C, 2017. *Medical-surgical nursing: concepts & practice*. 3rd ed, Missouri: Elsevier Health Sciences.
- Dietz NA, Sly DF, Lee DJ, Arheart KL, McClure LA, 2013. Correlates of smoking among young adults: the role of lifestyle, attitudes/beliefs, demographics, and exposure to anti-tobacco media messaging. *Drug and Alcohol Dependence*, 130,1-3, 115-121.
- Dimeff LA, Baer JS, Kivlahan DR, Marlatt GA, 1999. *Brief alcohol screening and intervention for college students (basics): a harm reduction approach*. Guilford Press.
- Doğan L, Mevsim V, 2020. Anksiyete, depresyon ve sigara bağımlılığı. *Türkiye Klinikleri İç Hastalıkları Dergisi*, 5, 1, 22-26.
- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I, 2004. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *Bmj*, 328, 7455, 1519-1528.
- Droomers M, Huang X, Fu W, Yang Y, Li H, Zheng P, 2016. Educational disparities in the intention to quit smoking among male smokers in China: a cross-sectional survey on the explanations provided by the theory of planned behaviour. *BMJ Open*, 6, 10, 1-8.
- Droomers M, Schrijvers CT, Mackenbach JP, 2004. Educational differences in the intention to stop smoking: explanations based on the theory of planned behaviour. *The European Journal of Public Health*, 14, 2, 194-198.
- Drope J, Schluger N, Cahn Z, Drope J, Hamill S, Islami F, Liber A, Nargis N, Stoklosa M. 2018. *The tobacco atlas*. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies.
- Ducrot P, Montagni I, Thanh VN, Serry AJ, Richard JB, 2021. Evolution of online health-related information seeking in France from 2010 to 2017: Results from nationally representative surveys. *Journal of Medical Internet Research*, 23, 4, e18799.
- Duru CB, Iwu AC, Uwakwe KA, Diwe KC, Merenu IA, Okafor CU,...Ohale I, 2017. Health care seeking behaviour and predictors of combined orthodox and traditional health care utilization among households in communities in owerri, imo state, nigeria. *Open Journal of Preventive Medicine*, 7, 115-137.
- Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray-Ready FN, Çakır B, Akalın HE, 2014. *Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması, Birinci baskı*, Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Eagle S, 2012. *Diseases in a flash!: an interactive, flash-card approach*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Efroymsen D, Ahmed S, Townsend J, Alam SM, Dey AR, Saha R,...Rahman O, 2001. Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco consumption on the poor in Bangladesh. *Tobacco Control*, 10, 3, 212-217.
- Eichhorn, T, Greten HJ, Efferth T, 2011. Self-medication with nutritional supplements and herbal over-the-counter products. *Natural Products and Bioprospecting*, 1, 2, 62-70.
- Elling JM, Crutzen R, Talhout R, de Vries H, 2020. Tobacco smoking and smoking cessation in times of COVID-19. *Tobacco Prevention & Cessation*, 6, july, 39, <https://doi.org/10.18332/tpc/122753>.

- Erdamar G, Kurupınar A, 2014. Ortaöğretim öğrencilerinde görülen madde bağımlılığı alışkanlığı ve yaygınlığı: Bartın ili örneği. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 16, 1, 65-84.
- Erdem G, Eke CY, Ögel K, Taner S, 2006. Lise öğrencilerinde arkadaş özellikleri ve madde kullanımı. *Journal of Dependence*, 7, 111-116.
- Erkuş A, Sanlı N, Bağlı MT, Güven K, 2000. Öğretmenliğe ilişkin tutum ölçeği geliştirilmesi. *Eğitim ve Bilim*, 25, 116, 27-33.
- Ersin F, Bahar Z, 2012. Sağlığı geliştirme modelleri'nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: bir literatür derlemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5, 1, 28-38.
- Escobedo LG, Marcus SE, Holtzman D, Giovino GA, 1993. Sports participation, age at smoking initiation, and the risk of smoking among US high school students. *Jama*, 269, 11, 1391-1395.
- Espinoza LA, Monge-Nájera J, 2013. Effect of marital status, gender and job position in smoking behavior and cessation intent of staff members in a Central American public university. *UNED Research Journal/Cuadernos de Investigación UNED*, 5, 1, 157-161.
- Fawns-Ritchie C, Starr JM, Deary IJ, 2018. Health literacy, cognitive ability and smoking: a cross-sectional analysis of the english longitudinal study of ageing. *BMJ Open*, 8, 10, e023929.
- Feuerstein M, Labbé EE, Kuczmierczyk AR, 1986. *Health psychology: a psychobiological perspective*. New York: Plenum Press.
- Finn RH, 1972. Effects of some variations in rating scale characteristics on the means and reliabilities of ratings. *Educational and Psychological Measurement*, 32, 255-265.
- Fisher JD, Fisher WA, 2000. *Handbook of HIV prevention*. New York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Friis K, Lasgaard M, Rowlands G, Osborne RH, Maingdal HT, 2016. Health literacy mediates the relationship between educational attainment and health behavior: a Danish population-based study. *Journal of Health Communication*, 21, sup2, 54-60.
- Furr M, 2011. *Scale construction and psychometrics for social and personality psychology*. Thousand Oaks, California: SAGE Publication.
- Gaffney A, Himmelstein DU, Woolhandler S, 2022. Smoking Prevalence during the COVID-19 Pandemic in the United States. *Annals of the American Thoracic Society*, 19, 6, 1065-1068.
- Gakidou E, Afshin A, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM,...Abu-Raddad LJ, 2017. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390, 10100, 1345-1422.
- Gallagher S, Doherty DT, 2009. Searching for health information online: characteristics of online health seekers. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 2, 2, 99-106.
- Geboers B, de Winter AF, Luten KA, Jansen CJ, Reijneveld SA, 2014. The association of health literacy with physical activity and nutritional behavior in older adults, and its social cognitive mediators. *Journal of Health Communication*, 19, sup2, 61-76.
- George D, Mallery M, 2010. *SPSS for windows step by step: a simple guide and reference, 17.0 update, 10a ed*, Boston: Pearson
- Giordano AL, 2022. *A clinical guide to treating behavioral addictions*. New York: Springer Publishing.
- Giskes K, Kunst AE, Benach J, Borrell C, Costa G, Dahl E,...Mackenbach JP, 2005. Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59, 5, 395-401.
- Glanz K, Bishop DB, 2010. The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annual Review of Public Health*, 31, 399-418.
- Goldman D, Oroszi G, Ducci F, 2005. The genetics of addictions: uncovering the genes. *Nature Reviews Genetics*, 6, 7, 521-532.

- Gözüm S, Çapık C, 2014. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7, 3, 230-237.
- Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA, 2010. Introduction to behavioral addictions. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 36, 5, 233-241.
- Groth-Marnat G, Leslie S, Renneker M, 1996. Tobacco control in a traditional Fijian village: indigenous methods of smoking cessation and relapse prevention. Social Science & Medicine, 43, 4, 473-477.
- Gunes NA, Gucuk S, 2021. The Effect of health literacy levels on successful of smoking cessation therapy: a survey study. Euras J Fam Med, 10, 3, 151-157.
- Gupta PC, Subramoney S, 2006. Smokeless tobacco use and risk of stillbirth: a cohort study in Mumbai, India. Epidemiology, 17, 1, 47-51.
- Güleç G, Yenilmez Ç, Ay F, 2011. Bir anadolu şehrinde psikiyatri kliniğine başvuran hastaların hastalık açıklama ve çare arama davranışları. Klinik Psikiyatri Dergisi, 14, 3, 131-142.
- Gürbüz S, Şahin F, 2017. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri felsefe-yönetim-analiz. Ankara: Seçkin.
- Hammond D, Fong GT, McDonald PW, Cameron R, Brown KS, 2003. Impact of the graphic Canadian warning labels on adult smoking behaviour. Tobacco Control, 12, 4, 391-395.
- Harpe SE, 2015. How to analyze Likert and other rating scale data. Currents in Pharmacy Teaching and Learning, 7, 6, 836-850.
- Harrington D, 2008. Confirmator factor analysis. London: Oxford University.
- Hassoy H, Ergin I, Davas A, Durusoy R, Karababa AO, 2011. Sağlık meslek yüksek okulu öğrencilerinde sigara, nargile, sarma tütün kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve öğrencilerin sigara, nargile, sarma tütüne başlama ve sürdürme konusundaki görüşleri. Solunum Dergisi, 13, 2, 91-99.
- Hayden J, 2000. Introduction to health behavior theory. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Hayden J, 2021. Effective health program planning. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Hayran O, 2013. Sağlık ve hastalık. In: Hastane yönetimi. Eds: Sur H, Palteki T. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Hayran O, Özbek H, 2017. Sağlık bilimlerinde araştırma ve istatistik yöntemler, SPSS uygulama örnekleri ile genişletilmiş 2. baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Heather N, 2017. Q: Is addiction a brain disease or a moral failing? A: Neither. Neuroethics, 10, 1, 115-124.
- Henden E, Melberg HO, Rogeberg O, 2013. Addiction: choice or compulsion?. Frontiers in Psychiatry, 4, 77, doi: 10.3389/fpsy.2013.00077.
- Heshmat S, 2015. Addiction: a behavioral economic perspective. New York: Routledge.
- Heyman GM, 2013. Addiction and choice: theory and new data. Frontiers in Psychiatry, 4, 31, doi: 10.3389/fpsy.2013.00031.
- Higgins ST, Kurti AN, Redner R, White TJ, Gaalema DE, Roberts ME,...Atwood GS, 2015. A literature review on prevalence of gender differences and intersections with other vulnerabilities to tobacco use in the United States, 2004–2014. Preventive Medicine, 80, 89-100.
- Hildt-Ciupińska K, Pawłowska-Cypriak K, 2020. Positive health behaviors and their determinants among men active on the labor market in Poland. American Journal of Men's Health, 14, 1, 1557988319899236, doi: 10.1177/1557988319899236.
- Hilz R, Wagner M, 2018. Marital status, partnership and health behaviour: findings from the German ageing survey (DEAS). Comparative Population Studies-Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 43, 65-97.
- Hjelm K, Atwine F, 2011. Health-care seeking behaviour among persons with diabetes in Uganda: an interview study. BMC International Health and Human Rights, 11, 1, 1-8.

- Hoang LT, Tuyet Hanh TT, Khue LN, Hai PT, Can PV, Long KQ,...Van Minh H, 2022. Intention to quit and predictive factors among current smokers in vietnam: findings from adult tobacco survey 2020. *Tobacco Use Insights*, 15, 1179173X221098460.
- Hobkirk AL, Krebs NM, Muscat JE, 2018. Income as a moderator of psychological stress and nicotine dependence among adult smokers. *Addictive Behaviors*, 84, 215-223.
- Hochbaum GM, 1958. Public participation in medical screening programs: a socio-psychological study. US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Bureau of State Services, Division of Special Health Services, Tuberculosis Program. Washington DC: Public Health Service Publication No: 572.
- HSGM, 2017. Sigara bırakma hizmetleri. Erişim tarihi, 21 Kasım 2021. Erişim adresi, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimliliklamucadele-haberler/sigara-birakma-hizmetleri.html>
- Hu SC, Lanese RR, 1998. The applicability of the theory of planned behavior to the intention to quit smoking across workplaces in southern Taiwan. *Addictive Behaviors*, 23, 2, 225-237.
- Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D,...Schnabel P, 2011. How should we define health?. *Bmj*, 343, d4163, doi: 10.1136/bmj.d4163.
- Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP, 2005. Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. *Preventive Medicine*, 40, 6, 756-764.
- Husson O, Mols F, Fransen MP, Van De Poll-Franse LV, Ezendam NPM, 2015. Low subjective health literacy is associated with adverse health behaviors and worse health-related quality of life among colorectal cancer survivors: Results from the profiles registry. *Psycho-Oncology*, 24, 4, 478-486.
- Hüseyin B, 2018. Kanser Tanısı alan hastaların birinci dereceden yakınlarında sigara bırakma davranışının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Hwang JH, Park SW, 2014. Age at smoking initiation and subsequent smoking among Korean adolescent smokers. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 47, 5, 266-272.
- ICD, 2022a. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Erişim tarihi, 24 Ocak 2022. Erişim adresi, <https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1602669465>
- ICD, 2022b. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Erişim tarihi, 25 Ocak 2022. Erişim adresi, <https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/499894965>
- Institute of Medicine, 2001. Health and behavior: the interplay of biological, behavioral, and societal influences. Washington DC: National Academy Press.
- Jacoby J, Matell MS, 1971. Three-point Likert scales are good enough. *Journal of Marketing Research*, 8, 4, 495-500.
- Jamal A, Gentzke A, Hu SS, Cullen KA, Apelberg BJ, Homa DM, King BA, 2017. Tobacco use among middle and high school students—United States, 2011–2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 66, 23, 597-603.
- James PB, Wardle J, Steel A, Adams J, 2020. Ebola survivors' healthcare-seeking experiences and preferences of conventional, complementary and traditional medicine use: A qualitative exploratory study in Sierra Leone. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 101127, 1-9.
- Janz NK, Becker MH, 1984. The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1, 1–47.
- Johnson CE, Mues KE, Mayne SL, Kiblawi AN, 2008. Cervical cancer screening among immigrants and ethnic minorities: a systematic review using the health belief model. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 12, 3, 232-241.
- Jung M, 2016. Exploring socio-contextual factors associated with male smoker's intention to quit smoking. *BMC Public Health*, 16, 1, 1-8.
- Kaai SC, Fong GT, Goma F, Meng G, Ikamari L, Ong'ang'o JR, Elton-Marshall T, 2019. Identifying factors associated with quit intentions among smokers from two nationally representative samples in africa: findings from the ITC kenya and zambia surveys. *Preventive Medicine Reports*, 15, 100951, <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100951>.

- Kalkınma Planı, 2019. Kalkınma planı 2019-2023 (onbirinci beş yıl). T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı.
- Kalkım A, Dağhan Ş, Toraman AU, Eren D, 2018. Psychometric properties of the turkish version: The Osteoporosis smoking health belief scale. *Journal of Substance Use*, 23, 6, 610-617.
- Kalucka S, 2015. Self-medication in smoking cessation among smokers. *Przeгляд Lekarski*, 72, 10, 522-525.
- Kamran A, Ahari SS, Biria M, Malpour A, Heydari H, 2014. Determinants of patient's adherence to hypertension medications: application of health belief model among rural patients. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 4, 6, 922-927.
- Kandel D, Yamaguchi K, 1993. From beer to crack: developmental patterns of drug involvement. *American Journal of Public Health*, 83, 6, 851-855.
- Kanj M, Mitic W, 2009. Promoting health and development: closing the implementation gap. Working document for discussion at the 7th Global Conference on Health Promotio, Nairobi, Kenya.
- Kaplan M, Carriker L, Waldron I, 1990. Gender differences in tobacco use in Kenya. *Social Science & Medicine*, 30, 3, 305-310.
- Kappelle RPV, 2019. *Addiction: how we get stuck and unstuck in compulsive patterns and behavior*. Eugene, OR: Wipf and Stock Publishers.
- Karagöz SA, Tacı DY, Fidancı İ, 2021. The impact of health literacy on smoking cessation behavior. *Acta Medica Mediterranea*, 37, 2917-2920.
- Kasl SV, Cobb S, 1966. Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 12, 2, 246-266.
- Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S, 2018. *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi*. 5. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kendler KS, Neale MC, Sullivan P, Corey LA, Gardner CO, Prescott CA, 1999. A population-based twin study in women of smoking initiation and nicotine dependence. *Psychological Medicine*, 29, 2, 299-308.
- Kendler KS, Schmitt E, Aggen SH, Prescott CA, 2008. Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine use from early adolescence to middle adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 65, 6, 674-682.
- Khan ZA, Goel R, Mukherjee AK, Khan T, 2018. Prevalence and predictors of intention to quit tobacco smoking in smokers of rural area of North India (Haryana). *Int J Community Med Public Health*, 5, 1617-22.
- Khuder SA, Dayal HH, Mutgi AB, 1999. Age at smoking onset and its effect on smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 24, 5, 673-677.
- Kıraç R, 2019. Sağlık arama davranışını etkileyen faktörler: yapısal eşitlik modellemesine dayalı bir çalışma. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Kıraç R, Öztürk YE, 2021. Health seeking behavior: scale development study. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 12, 29, 224-234.
- Kırpınar İ, 1992. Erzurum numune hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda ruhsal bozukluklar nedeni ile tıp dışı kişilere başvurma davranışı üzerine bir araştırma. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Science*, 5, 24-28.
- Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, 2013. *World health organization, health literacy the solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Kim HS, Bigman CA, Leader AE, Lerman C, Cappella JN, 2012a. Narrative health communication and behavior change: The influence of exemplars in the news on intention to quit smoking. *Journal of Communication*, 62, 3, 473-492.
- Kim JS, Yu JO, Kim MS, 2012b. Factors contributing to the intention to quit smoking in community-dwelling elderly smokers. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 23, 4, 358-365.



- Kim J, Kim S, 2009. Physicians' perception of the effects of internet health information on the doctor–patient relationship. *Informatics for Health and Social Care*, 34, 3, 136-148.
- Kirch W, 2008. Health belief model. In: *Encyclopedia of Public Health*, Ed: Kirch W. Springer.
- Kotz D, Brown J, West R, 2013. Predictive validity of the motivation to stop scale (MTSS): a single-item measure of motivation to stop smoking. *Drug and Alcohol Dependence*, 128, 1-2, 15-19.
- Kowitt SD, Cornacchione Ross J, Jarman KL, Kistler CE, Lazard AJ, Ranney LM,...Goldstein AO, 2020. Tobacco quit intentions and behaviors among cigar smokers in the united states in response to covid-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 15, 5368, 1-14.
- Kurcer MA, Erdoğan Z, 2020. Sağlık inanç modeline göre sigara bırakma ölçeğinin geliştirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11, 3, 464-470.
- Kwamanga DHO, Odhiambo JA, Amukoye EI, 2003. Prevalence and risk factors of smoking among secondary school students in nairobi. *East African Medical Journal*, 80, 4, 207-212.
- Kyriacou A, Sherratt C, 2019. Online health information–seeking behavior by endocrinology patients. *Hormones*, 18, 4, 495-505.
- Lambert J, Leonard K, Mungai G, Omindi-Ogaja E, Gatheru G, Mirangi M,... Lemiere C, 2011. The contribution of traditional herbal medicine practitioners to kenyan health care delivery: results from community health-seeking behavior vignettes and a traditional herbal medicine practitioner survey. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- Latunji OO, Akinyemi OO, 2018. Factors influencing health-seeking behaviour among civil servants in Ibadan, Nigeria. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine*, 16, 1, 52-60.
- Lau J, Lim TZ, Wong GJ, Tan KK, 2020. The health belief model and colorectal cancer screening in the general population: A systematic review. *Preventive medicine reports*, 20, 101223, 1-15.
- Lauzier-Jobin F, Houle J, 2021. A comparison of formal and informal help in the context of mental health recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 68, 4, 729-737.
- Layoun N, Hallit S, Waked M, Aoun Bacha Z, Godin I, Dramaix M, Salameh P, 2017. Predictors of readiness to quit stages and intention to quit cigarette smoking in 2 and 6 months in lebanon. *Journal of Research in Health Sciences*, 17, 2, e00379.
- Leatherdale ST, Burkhalter R, 2012. The substance use profile of canadian youth: exploring the prevalence of alcohol, drug and tobacco use by gender and grade. *Addictive Behaviors*, 37, 3, 318-322.
- Lee EH, Shin SH, Jeong GC, 2022. Smoking awareness and intention to quit smoking in smoking female workers: secondary data analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 5, 2841, doi: 10.3390/ijerph19052841.
- Lemstra M, Mackenbach J, Neudorf C, Nannapaneni U, Kunst A, 2009. Daily smoking in saskatoon: the independent effect of income and cultural status. *Canadian Journal of Public Health*, 100, 1, 51-54.
- Leonardi F, 2018. The definition of health: towards new perspectives. *International Journal of Health Services*, 48, 4, 735-748.
- Leshner AI, 1997. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278, 5335, 45-47.
- Levitt D, 2020. The lived experience of HIV positive immigrant african mothers in the uk: an interpretative phenomenological analysis. PhD thesis, London Metropolitan University, Londra.
- Li J, Song Y, 2019. Formal and informal care. In: *Encyclopedia of gerontology and population aging*, Eds: Gu D, Dupre M. Springer, Cham.
- Li MD, 2018. Tobacco smoking addiction: epidemiology, genetics, mechanisms, and treatment. Singapore: Springer.
- Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H,...Pelizzari PM, 2012. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *The Lancet*, 380, 9859, 2224-2260.

- Lindström M, 2010. Social capital, economic conditions, marital status and daily smoking: a population-based study. *Public Health*, 124, 2, 71-77.
- Liu Y, Pleasants RA, Croft JB, Wheaton AG, Heidari K, Malarcher AM,...Strange C, 2015. Smoking duration, respiratory symptoms, and COPD in adults aged  $\geq 45$  years with a smoking history. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10, 1409-1416.
- Lopez AD, Collishaw NE, Piha T, 1994. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 3, 3, 242.
- Lorcu F, 2015. Örneklerle veri analizi spss uygulamalı. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Lund M, Kvaavik E, 2021. Methods used in smoking cessation and reduction attempts: findings from help-seeking smokers. *Journal of Smoking Cessation*, 2021, 6670628, <https://doi.org/10.1155/2021/6670628>.
- Luo B, Wan L, Liang L, Li T, 2015. The effects of educational campaigns and smoking bans in public places on smokers' intention to quit smoking: findings from 17 cities in china. *BioMed Research International*, 2015, Article ID 853418, doi: 10.1155/2015/853418.
- Macfarlane JE, Alpers MP, 2009. Treatment-seeking behaviour among the nasioi people of bougainville: choosing between traditional and western medicine. *Ethnicity & Health*, 14, 2, 147-168.
- Mackay J, Eriksen M, 2002. The tobacco atlas. World Health Organization.
- Mahmood SS, Iqbal M, Hanifi SMA, 2009. Health -seeking behaviour. In: Health for the rural masses insights from chakaria. Ed: Bhuiya A. Dhaka: ICDDR,B, p. 67-93.
- Marques-Vidal P, Melich-Cerveira J, Paccaud F, Waeber G, Vollenweider P, Cornuz J, 2011. Prevalence and factors associated with difficulty and intention to quit smoking in switzerland. *BMC Public Health*, 11, 1, 1-9.
- Marton C, Wei Choo C, 2012. A review of theoretical models of health information seeking on the web. *Journal of Documentation*, 68, 3, 330-352.
- Mayda AS, Gerçek ÇG, Gümüş G, Demir S, Deniz M, Sürücü ZP, Konuk M, Türkmaya M, Taner H, 2010. Düzce üniversitesi orman fakültesi öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanım sıklığı ve kullanmaya başlama nedenleri. *Düzce Tıp Dergisi*, 13, 3, 7-14.
- Mayo Clinic, 2017. Drug addiction (substance use disorder). Erişim tarihi, 29 Kasım 2021. Erişim adresi, <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/drug-addiction/symptoms-causes/syc-20365112>
- McMordie WR, 1979. Improving measurement of death anxiety. *Psychological Reports*, 44, 975-980.
- Mead AN, 2010. Drug addiction. In: Encyclopedia of behavioral neuroscience. Eds: Koob G, Le Moal M, Thompson R. Academic Press, p.411-419.
- Mechanic D, 1962. The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Diseases*, 15, 2, 189-194.
- Melzer AC, Feemster LC, Crothers K, Carson SS, Gillespie SE, Henderson AG,...Au DH, 2016. Respiratory and bronchitic symptoms predict intention to quit smoking among current smokers with, and at risk for, chronic obstructive pulmonary disease. *Annals of the American Thoracic Society*, 13, 9, 1490-1496.
- Mete B, Söyler V, Pehlivan E, 2020. Adölesanlarda sigara içme ve madde kullanma prevalansı. *Bağımlılık Dergisi*, 21, 1, 64-71.
- Metintaş S, Sariboyaci MA, Nuhoğlu S, Metintaş M, Kalyoncu C, Etiz S,...Aktaş C, 1998. Smoking patterns of university students in eskişehir, turkey. *Public Health*, 112, 4, 261-264.
- Mohammadi S, Ghajari H, Valizade R, Ghaderi N, Yousefi F, Taymoori P, Nouri B, 2017. Predictors of smoking among the secondary high school boy students based on the health belief model. *International Journal of Preventive Medicine*, 8, 24, 1-5.
- Moorman M, van den Putte B, 2008. The influence of message framing, intention to quit smoking, and nicotine dependence on the persuasiveness of smoking cessation messages. *Addictive Behaviors*, 33, 10, 1267-1275.

- Mullner RM, 2009. Encyclopedia of health services research. Chicago: SAGE Publications.
- Musinguzi G, Anthierens S, Nuwaha F, Van Geertruyden JP, Wanyenze RK, Bastiaens H, 2018. Factors influencing compliance and health seeking behaviour for hypertension in mukono and buikwe in uganda: a qualitative study. *International Journal of Hypertension*, 2018, 8307591, 1-13.
- Napoli PM, 2001. Consumer use of medical information from electronic and paper media: a literature review. In: *The internet and health communication experiences and expectations*. Eds: Rice RE, Katz JE. California: Sage Publications, p.79-98.
- National Institute on Drug Abuse, 2016. Neurobiology of addiction. In: *Pocket guide to addiction assessment and treatment*. Eds: Levounis P, Zerbo E, Aggarwal R. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing, p. 3-6.
- Nayak P, Pechacek TF, Weaver SR, Eriksen MP, 2016. Electronic nicotine delivery system dual use and intention to quit smoking: Will the socioeconomic gap in smoking get greater?. *Addictive Behaviors*, 61, 112-116.
- Nazir M, AlAbdullah H, Alhareky M, Al-Ansari A, Alhumaid J, 2020. Influence of dental pain and tooth sensitivity on the intention to quit smoking among schoolchildren. *International Journal of Dentistry*, 2020, Article ID 8823146, doi: 10.1155/2020/8823146.
- Nguyen N, Lisha NE, Neilands TB, Jordan JW, Ling PM, 2019. Differential associations between anti-tobacco industry attitudes and intention to quit smoking across young adult peer crowds. *American Journal of Health Promotion*, 33, 6, 876-885.
- Nielsen-Bohman L, Panzer AM, Kindig DA, 2004. *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington: The National Academy Press.
- Nunnally JC, 1978. *Psychometric theory*. 2nd edition, New York: McGraw-Hill.
- Nunnally JC, Bernstein I, 1994. *Psychometric theory*. 3rd edition, New York: McGraw-Hill.
- Nutbeam D, 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15, 3, 259-267.
- O'Connor BB, 1995. *Health traditions*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- OECD, 2021a, Daily smokers (indicator). doi: 10.1787/1ff488c2-en. Erişim tarihi, 21 Nisan 2021. Erişim adresi: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/daily-smokers/indicator/english\\_1ff488c2-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/daily-smokers/indicator/english_1ff488c2-en)
- OECD, 2021b. Doctors' consultations (indicator). Erişim tarihi: 28 Mayıs 2021. Erişim adresi: <https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm>
- OECD/WHO, 2020, *Health at a glance: asia/pacific 2020: measuring progress towards universal health coverage*, Paris: OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/26b007cd-en>.
- Okay A, 2020. *Sağlık iletişimi*, 4.Baskı, İstanbul: Der Yayınları.
- Onor IO, Stirling DL, Williams SR, Bediako D, Borghol A, Harris MB,...Sarpong DF, 2017. Clinical effects of cigarette smoking: epidemiologic impact and review of pharmacotherapy options. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, 10, 1147. doi: 10.3390/ijerph14101147.
- Öncel SY, Gebizlioğlu ÖL, Alioğlu FA, 2011. Risk factors for smoking behavior among university students. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 41, 6, 1071-1080.
- Önder R, 2014. *Sağlık arama davranışı ve etki eden etkenler*. Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın.
- Özkorumak E, Güleç H, Köse S, Borckardt J, Sayar K, 2006. Depresyon hastalarında tıp dışı yardım arama davranışı: aleksitimi bir etken olabilir mi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 9, 4, 161-169.
- Özşahin K, Ünsal A, Erdoğan F, Gereklioğlu Ç, Bakar C, Tokalak İ, 2007. Sigara bırakma üzerinde etkili faktörler: aile hekimliği poliklinik hastaları üzerinde bir çalışma. *TAF Prev Med Bull*, 6, 3, 181-186.
- Öztoprak SD, Günay T, 2013. Sağlık açısından toplumsal cinsiyet ve tütün kontrolü. *Turk J Public Health*, 11, 3, 197-206.

- Özurmaz S, Yavaş S, 2018. Hekim dışı sağlık çalışanlarının sigara içme ve bağımlılık düzeyleri ile ilişkili etmenler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11, 2, 157-166.
- Parashar M, Singh M, Agarwalla R, Panda M, Pathak R, 2017. Predictors of intention to quit tobacco among construction site workers in delhi, india. *Indian Journal of Psychiatry*, 59, 2, 208-213.
- Park JY, Seo DC, Lin HC, 2016. E-cigarette use and intention to initiate or quit smoking among US youths. *American Journal of Public Health*, 106, 4, 672-678.
- Patterson F, Wileyto EP, Segal J, Kurz J, Glanz K, Hanlon A, 2010. Intention to quit smoking: role of personal and family member cancer diagnosis. *Health Education Research*, 25, 5, 792-802.
- Peerson A, Saunders M, 2009. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?. *Health Promotion International*, 24, 3, 285-296.
- Pennanen M, Broms U, Korhonen T, Haukkala A, Partonen T, Tuulio-Henriksson A,...Kaprio J, 2014. Smoking, nicotine dependence and nicotine intake by socio-economic status and marital status. *Addictive Behaviors*, 39, 7, 1145-1151.
- Penning MJ, Chappell NL, 1990. Self-care in relation to informal and formal care. *Ageing and Society*, 10, 01, 41-59.
- Petratis J, Flay BR, Miller TQ, Torpy EJ, Greiner B, 1998. Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors. *Substance Use & Misuse*, 33, 13, 2561-2604.
- Petry NM, 2016. Introduction to behavioral addictions. In: *Behavioral addictions: DSM-5® and beyond*. New York: Oxford University Press, p. 1-5.
- Pett MA, Lackey NR, Sullivan J, 2003. Making sense of factor analysis: the use of factor analysis for instrument development in healthcare research. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Pickard H, Ahmed SH, Foddy B, 2015. Alternative models of addiction. *Frontiers in Psychiatry*, 6, 20, doi:10.3389/fpsyt.2015.00020.
- Pierce JP, Chen R, Leas EC, White MM, Kealey S, Stone MD,...Messer K, 2021. Use of e-cigarettes and other tobacco products and progression to daily cigarette smoking. *Pediatrics*, 147, 2, e2020025122, doi: 10.1542/peds.2020-025122.
- Poggiolini C, 2019. High self-efficacy regarding smoking cessation may weaken the intention to quit smoking. *Cogent Psychology*, 6, 1, 1574096. doi: 10.1080/23311908.2019.1574096.
- Porche DJ, 2004. Public and community health nursing practice: a population-based approach. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Prabhakar B, Narake SS, Pednekar MS, 2012. Social disparities in tobacco use in india: the roles of occupation, education and gender. *Indian Journal of Cancer*, 49, 4, 401-409.
- Pribadi ET, Devy SR, 2020. Application of the health belief model on the intention to stop smoking behavior among young adult women. *Journal of Public Health Research*, 9, 2, 121-124.
- Pushpalata NK, Chandrika KB, 2017. Health care seeking behaviour-A theoretical perspective. *Paripeks Indian J Res*, 6, 1, 790-792.
- Ranjbaran M, Mohammadshahi F, Mani S, Karimy M, 2018. Risk factors for addiction potential among college students. *International Journal of Preventive Medicine*, 9, 17, 1-4.
- Rask M, Uusiautti S, Määttä K, 2013. The fourth level of health literacy. *International Quarterly of Community Health Education*, 34, 1, 51-71.
- Rath JM, Villanti AC, Abrams DB, Vallone DM, 2012. Patterns of tobacco use and dual use in us young adults: the missing link between youth prevention and adult cessation. *Journal of Environmental and Public Health*, 2012, Article ID 679134, <https://doi.org/10.1155/2012/679134>.
- Reddy RK, Charles WN, Sklavounos A, Dutt A, Seed PT, Khajuria A, 2021. The effect of smoking on covid-19 severity: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Virology*, 93, 2, 1045-1056.
- Resmi Gazete, 26.11.1996. "4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun". sayı: 22829.

- Rice RE, 2006. Influences, usage, and outcomes of Internet health information searching: multivariate results from the pew surveys. *International Journal of Medical Informatics*, 75, 1, 8-28.
- Richardson A, Williams V, Rath J, Villanti AC, Vallone D, 2014. The next generation of users: prevalence and longitudinal patterns of tobacco use among us young adults. *American Journal of Public Health*, 104, 8, 1429-1436.
- Rigotti NA, Chang Y, Regan S, Lee S, Kelley JH, Davis E,...Tindle HA, 2021. Cigarette smoking and risk perceptions during the covid-19 pandemic reported by recently hospitalized participants in a smoking cessation trial. *Journal of General Internal Medicine*, 36, 12, 3786-3793.
- Rise J, Ommundsen R, 2011. Predicting the intention to quit smoking: a comparative study among spanish and norwegian students. *Europe's Journal of Psychology*, 7, 1, 143-163.
- Rise J, Kovac V, Kraft P, Moan IS, 2008. Predicting the intention to quit smoking and quitting behaviour: extending the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 13, 2, 291-310.
- Rodgman A, Perfetti TA, 2013. *The chemical components of tobacco and tobacco smoke*. Boca Raton: CRC press.
- Rohleder P, 2012. *Critical issues in clinical and health psychology*. London, SAGE Publications.
- Rosenberg KP, Feder LC, 2014. *Behavioral addictions: criteria, evidence, and treatment*. Academic Press.
- Rosenstock IM, 1974. The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 4, 354-386.
- Roy LC, Torrez D, Dale JC, 2004. Ethnicity, traditional health beliefs, and health-seeking behavior: guardians' attitudes regarding their children's medical treatment. *Journal of Pediatric Health Care*, 18, 1, 22-29.
- Ruiz ME, 2010. Risks of self-medication practices. *Current Drug Safety*, 5, 4, 315-323.
- Russell C, Davies JB, Hunter SC, 2011. Predictors of addiction treatment providers' beliefs in the disease and choice models of addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40, 2, 150-164.
- Sadoff RL, Drogin EY, Gurmu S, 2015. Forensic implications of behavioral addictions. In: *The behavioral addictions*. Eds: Ascher MS, Levounis P, Washington, D.C: American Psychiatric Association Publishing.
- Sağlık Bakanlığı, 2017. 2018-2023 tütün kontrolü strateji belgesi ve eylem planı. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Dairesi Başkanlığı.
- Sağlık Bakanlığı, 2018. Tütün kontrolü strateji belgesi ve eylem planı 2018-2023, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, 2008. Ulusal tütün kontrol programı ve eylem planı 2008-2012, Ankara.
- Samet JM, 2013. Tobacco smoking: the leading cause of preventable disease worldwide. *Thoracic Surgery Clinics*, 23, 2, 103-112.
- Santoro A, Tomino C, Prinzi G, Lamonaca P, Cardaci V, Fini M, Russo P, 2019. Tobacco smoking: risk to develop addiction, chronic obstructive pulmonary disease, and lung cancer. *Recent Patents on Anti-Cancer Drug Discovery*, 14, 1, 39-52.
- Saraçoğlu S, Öztürk F, 2020. Türkiye'de tütün kontrol politikaları ve tütün tüketimi üzerine bir değerlendirme. *Politik Ekonomik Kuram*, 4, 1, 20-44.
- Sarı N, 2016. Sağlık arama davranışı ve medya. Tıpta Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş.
- Satel S, Lilienfeld SO, 2014. Addiction and the brain-disease fallacy. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 141, 1-11.
- Schmidt H, Wild EM, Schreyögg J, 2021. Explaining variation in health information seeking behaviour—insights from a multilingual survey. *Health Policy*, 125, 5, 618-626.
- Schulz R, Johnson AC, 2003. *Management of hospitals and health services strategic issues and performance*. 3rd ed, Washington, D.C: BeardBooks.

- Schwartz KL, Roe T, Northrup J, Meza J, Seifeldin R, Neale AV, 2006. Family medicine patients' use of the Internet for health information: a MetroNet study. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 19, 1, 39-45.
- Selya AS, Dierker LC, Rose JS, Hedeker D, Mermelstein RJ, 2012. Risk factors for adolescent smoking: parental smoking and the mediating role of nicotine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 124, 3, 311-318.
- Senol Y, Donmez L, Turkay M, Aktekin M, 2006. The incidence of smoking and risk factors for smoking initiation in medical faculty students: cohort study. *BMC Public Health*, 6, 1, 1-8.
- Sezer RE, Marakoğlu K, Sezer H, Marakoğlu İ, 2001. Cumhuriyet üniversitesi tıp ve dişhekimliği fakülteleri öğretim elemanlarının sigara kullanım durumu ve sigara ile bağlantılı görüşleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23, 1, 25-36.
- Sezgin D, 2013. Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, Özel Sayı 3, Sağlık İletişimi*, 73-92.
- Sharbaugh MS, Althouse AD, Thoma FW, Lee JS, Figueredo VM, Mulukutla SR, 2018. Impact of cigarette taxes on smoking prevalence from 2001-2015: A report using the Behavioral and Risk Factor Surveillance Survey (BRFSS). *PLoS ONE*, 13, 9, 1-10.
- Sharifi-rad G, Hazavei MM, Hasan-zadeh A, Danesh-amouz A, 2007. The effect of health education based on health belief model on preventive actions of smoking in grade one, middle school students. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 10, 1, 79-86.
- Sharma M, Romas JA, 2012. *Theoretical foundations of health education and health promotion*, 2nd ed, Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Shelley D, Fahs M, Scheinmann R, Swain S, Qu J, Burton D, 2004. Acculturation and tobacco use among chinese americans. *American Journal of Public Health*, 94, 2, 300-307.
- Short SE, Mollborn S, 2015. Social determinants and health behaviors: conceptual frames and empirical advances. *Current Opinion in Psychology*, 5, 78-84.
- Siepmann M, 2008. Health behavior, theories. In: *Encyclopedia of public health*. Ed: Kirch W, Springer.
- Simons-Morton BG, McLeroy KR, Wendel ML, 2012. *Behavior theory in health promotion practice and research*. Jones & Bartlett Learning: Burlington, MA.
- Singh J, Singh R, Gautam CS, 2012. Self-medication with herbal remedies amongst patients of type 2 diabetes mellitus: a preliminary study. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 16, 4, 662-663.
- Singh NP, Singh SJ, 2019. Traditional health seeking behavior of the khurkhuls of manipur. *International Journal of Advanced Research in Commerce, Management & Social Science (IJARCMSS)*, 2, 3, 143-149.
- Singh R, Upadhyay A, 2021. Preventive behavior against covid-19: role of psychological factors. In: *Predictive and preventive measures for covid-19 pandemic*. Eds: Khosla PK, Mittal M, Sharma D, Goyal LM. Singapore: Springer Nature.
- Skewes MC, Gonzalez VM., 2013. The biopsychosocial model of addiction. In: *Principles of addiction: comprehensive addictive behaviors and disorders*. Ed: Miller PM, Vol 1, San Diego, CA: Academic Press.
- Smith DE, 2012. Editor's note: The process addictions and the new ASAM definition of addiction. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44, 1, 1-4.
- Sorensen G, Gupta PC, Pednekar MS, 2005. Social disparities in tobacco use in mumbai, india: the roles of occupation, education, and gender. *American Journal of Public Health*, 95, 6, 1003-1008.
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H, 2012. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 1, 1-13.
- Soteriades ES, DiFranza JR, 2003. Parent's socioeconomic status, adolescents' disposable income, and adolescents' smoking status in massachusetts. *American Journal of Public Health*, 93, 7, 1155-1160.

- Söyler S, 2021. Sağlık davranışının kültürel boyutu. In: Davranışsal boyutları ile sağlık. Ankara: Nobel Bilimsel, p. 45-74.
- Söyler S, Çavmak D, 2019. Sağlıkta bölgesel eşitsizlikler: türkiye açısından bir değerlendirme. In: Sağlık bilimlerinde yeni gelişmeler, Eds: Eriş H, Bucak F. Ankara: IKSAD Publishing House.
- St Claire S, Gouda H, Schotte K, Fayokun R, Fu D, Varghese C, Prasad VM, 2020. Lung health, tobacco, and related products: gaps, challenges, new threats, and suggested research. *American Journal of Physiology-Lung Cellular and Molecular Physiology*, 318, 5, L1004-L1007.
- Stekelenburg J, Jager BE, Kolk PR, Westen EH, van der Kwaak A, Wolffers IN, 2005. Health care seeking behaviour and utilisation of traditional healers in kalabo, zambia. *Health Policy*, 71, 1, 67-81.
- Stewart DW, Adams CE, Cano MA, Correa-Fernández V, Li Y, Waters AJ,...Vidrine JI, 2013. Associations between health literacy and established predictors of smoking cessation. *American Journal of Public Health*, 103, 7, e43-e49.
- Sulat JS, Prabandari YS, Sanusi R, Hapsari ED, Santoso B, 2018. The validity of health belief model variables in predicting behavioral change: a scoping review. *Health Education*, 118, 6, 499-512.
- Sun A, Ashley L, Dickson L, 2012. Behavioral addiction: screening, assessment, and treatment. Las Vegas: Central Recovery Press.
- Şen Ş, 2018. Bir sosyal pazarlama aracı olarak kamu spotlarına yönelik tutumun davranışsal etkileri: sigara bırakma kamu spotu kırşehir ili örneği. Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Nevşehir.
- Şen MA, Ceylan A, Kurt ME, Palancı Y, Adın C, 2017. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 44, 1, 1-12.
- Şenel B, 2020. Davranışsal bağımlılıklara yedam desteği, Ekim, 2020. Erişim adresi: <https://www.yesilay.org.tr/tr/makaleler/davranissal-bagimliliklere-yedam-destegi>
- Tabachnick BG, Fidell LS, 2013. Using multivariate statistics, 6th ed. Boston, MA: Pearson.
- Tabuti JRS, Dhillion SS, Lye KA, 2003. Traditional medicine in bulamogi county, uganda: its practitioners, users and viability. *Journal of Ethnopharmacology*, 85, 1, 119-129.
- Terzi H, Ayaz Alkaya S, 2017. Hassas gruplarda halk sağlığı hemşiresinin rol ve sorumlulukları. *Türkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics*, 3, 3, 117-124.
- Thorsen RS, Pouliot M, 2016. Traditional medicine for the rich and knowledgeable: challenging assumptions about treatment-seeking behaviour in rural and peri-urban nepal. *Health Policy and Planning*, 31, 3, 314-324.
- Tırakoğlu B, 2016. Sigara içen kişilerde sigarayı bırakmaya yönelik niyetin planlanmış davranış teorisine göre değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
- Toçi E, Burazeri G, Sorensen K, Jerliu N, Ramadani N, Roshi E, Brand H, 2013. Health literacy and socioeconomic characteristics among older people in transitional kosovo. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*, 3, 4, 1646-1658.
- Topçu B, Ünsal C, Gazeloğlu C, Aktaş S, 2014. Kapalı mekânlarda sigara içme yasağı ve üniversite öğrencilerinin sigara içme alışkanlıkları üzerine etkisi. *International Journal of Basic and Clinical Medicine*, 2, 1, 24-31.
- TUIK, 2021. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları, 2020. Erişim tarihi, 16 Mart 2021, Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayal%C4%B1-N%C3%BCfus-Kay%C4%B1t-Sistemi-Sonu%C3%A7lar%C4%B1-2020-37210&dil=1>
- TUİK, 2020. Türkiye sağlık araştırması, 2019. Sayı: 3366, Erişim tarihi, 21 Nisan 2021, Erişim adresi, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661>
- Tuncay Yılmaz S, Demirhan İ, Şahin S, Kaplan S, 2019. Sağlık inanç modeli örneği: tütün bağımlılığı. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1, 3, 38-46.

- Türkoğlu M, 2007. Adnan menderes üniversitesi öğrencilerinin sigara içme ve bırakma davranışlarının değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010. National action plan to improve health literacy. Washington, DC: Author.
- Ulukoca N, Gökgöz Ş, Karakoç A, 2013. Kırklareli üniversitesi öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanım sıklığı. Fırat Tıp Dergisi, 18, 4, 230-234.
- Upadhyay S, Lord J, Gakh M, 2019. Health-information seeking and intention to quit smoking: do health beliefs have a mediating role?. Tobacco Use Insights, 12, 1179173X19871310.
- Uzbay İT, 2009 Beyin nasıl bağımlı oluyor. MİSED (Türk Eczacıları Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi), Aralık, 21-22, 34-48.
- Ünal S, Özcan Y, Emul HM, Çekem AB, Elbozan HB, Sezer Ö, 2001. Hastalık açıklama modeli ve çare arama davranışı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2, 4, 222-229.
- van den Putte B, Yzer M, Willemsen MC, de Bruijn GJ, 2009. The effects of smoking self-identity and quitting self-identity on attempts to quit smoking. Health Psychology, 28, 5, 535-544.
- Van Loon AJM, Tijhuis M, Surtees PG, Ormel J, 2005. Determinants of smoking status: cross-sectional data on smoking initiation and cessation. The European Journal of Public Health, 15, 3, 256-261.
- VanLeeuwen JA, Waltner-Toews D, Abernathy T, Smit B, 1999. Evolving models of human health toward an ecosystem context. Ecosystem Health, 5, 3, 204-219.
- Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J, 2007. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of british adults. Journal of Epidemiology & Community Health, 61, 12, 1086-1090.
- Vyas P, Tsoh JY, Gildengorin G, Stewart SL, Yu E, Guan A,...McPhee SJ, 2020. Disentangling individual and neighborhood differences in the intention to quit smoking in asian american male smokers. Preventive Medicine Reports, 18, 101064, 1-8.
- Waldron I, Bratelli G, Carriker L, Sung WC, Vogeli C, Waldman E, 1988. Gender differences in tobacco use in africa, asia, the pacific, and latin america. Social Science & Medicine, 27, 11, 1269-1275.
- Walters R, Leslie SJ, Polson R, Cusack T, Gorely T, 2020. Establishing the efficacy of interventions to improve health literacy and health behaviors: a systematic review. BMC Public Health, 20, 1, 1-17.
- Wang M, Luo X, Xu S, Liu W, Ding F, Zhang X,...Wang W, 2019. Trends in smoking prevalence and implication for chronic diseases in china: serial national cross-sectional surveys from 2003 to 2013. The Lancet Respiratory Medicine, 7, 1, 35-45.
- Wang Q, Shen JJ, Sotero M, Li CA, Hou Z, 2018. Income, occupation and education: are they related to smoking behaviors in china?. PloS One, 13, 2, e0192571.
- Wang SH, Borland R, Whelan A, 2005. Determinants of intention to quit: confirmation and extension of western theories in male chinese smokers. Psychology & Health, 20, 1, 35-51.
- Wetter DW, Cofta-Gunn L, Irvin JE, Fouladi RT, Wright K, Daza P, ...Gritz ER, 2005a. What accounts for the association of education and smoking cessation?. Preventive Medicine, 40, 4, 452-460.
- Wetter DW, Cofta-Gunn L, Fouladi RT, Irvin JE, Daza P, Mazas C,...Gritz ER, 2005b. Understanding the associations among education, employment characteristics, and smoking. Addictive Behaviors, 30, 5, 905-914.
- Wewers ME, Salsberry PJ, Ferketich AK, Ahijevych KL, Hood NE, Paskett ED, 2012. Risk factors for smoking in rural women. Journal of Women's Health, 21, 5, 548-556.
- WHO, 2008. Report on the global tobacco epidemic, 2008. The mpower package. Geneva: World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43818>
- WHO, 2009. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smokefree environments. Geneva: World Health Organization Press.
- WHO, 2022. Tobacco. Erişim tarihi, 24 Mayıs 2022 tarihinde güncellenmiştir. Erişim adresi, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>



- WHO, 2017. Determinants of health. Erişim tarihi, 18 Şubat 2021, Erişim adresi, <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/determinants-of-health>
- WHO, 2021a. Social determinants of health. Erişim adresi, 22 Şubat 2021, Erişim adresi, [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1)
- WHO, 2021b. US\$ 1.4 trillion lost every year to tobacco use - New tobacco tax manual shows ways to save lives, money and build back better after COVID-19. Erişim adresi, 21 Nisan 2021. Erişim adresi, <https://www.who.int/news/item/12-04-2021-1.4-trillion-lost-every-year-to-tobacco-use-new-tobacco-tax-manual-shows-ways-to-save-money-and-build-back-better-after-covid-19>
- WHO, 2021c. Social determinants of health. Erişim tarihi, 12 Ekim 2021. Erişim adresi, [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1)
- WHO, 2021d. Constitution of the world health organization. Erişim tarihi, 7 Haziran 2021. Erişim adresi, <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- WHO, 2003. WHO framework convention on tobacco control. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.
- Wiecha JM, Lee V, Hodgkins J, 1998. Patterns of smoking, risk factors for smoking, and smoking cessation among vietnamese men in massachusetts (united states). *Tobacco Control*, 7, 1, 27-34.
- Willemsen MC, de Vries H, van Breukelen G, Oldenburg B, 1996. Determinants of intention to quit smoking among dutch employees: the influence of the social environment. *Preventive Medicine*, 25, 2, 195-202.
- Witte K, Meyer G, Martell D, 2001. *Effective health risk messages: a step-by-step guide*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Wong DC, Chan SS, Ho SY, Fong DY, Lam TH, 2010. Predictors of intention to quit smoking in hong kong secondary school children. *Journal of Public Health*, 32, 3, 360-371.
- Wu D, Yang T, Cottrell RR, Zhou H, Yang XY, Zhang Y, 2015. The effects of tobacco-related health-warning images on intention to quit smoking among urban chinese smokers. *Health Education Journal*, 74, 3, 287-298.
- Xu X, Liu L, Sharma M, Zhao Y, 2015. Smoking-related knowledge, attitudes, behaviors, smoking cessation idea and education level among young adult male smokers in chongqing, china. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 2, 2135-2149.
- YEDAM, 2021. Madde bağımlılığı. Erişim tarihi, 29 Kasım 2021. Erişim adresi, <https://www.yedam.org.tr/madde-bagimliliği>
- Yorgancıoğlu A, Esen A, 2000. Sigara bağımlılığı ve hekimler. *Toraks Dergisi*, 1, 1, 90-95.
- Yuefeng L, Keqin R, Xiaowei R, 2012. Use of and factors associated with self-treatment in china. *BMC Public Health*, 12, 1, 1-9.
- Yun EK, Park HA, 2010. Consumers' disease information-seeking behaviour on the internet in korea. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 19-20, 2860-2868.
- Zachariah R, Nkhoma W, Harries AD, Arendt V, Chantulo A, Spielmann MP,...Buhendwa L, 2002. Health seeking and sexual behaviour in patients with sexually transmitted infections: the importance of traditional healers in thyolo, malawi. *Sexually Transmitted Infections*, 78, 2, 127-129.
- Zahra R, Masooma M, Fatemeh R, Mitra Z, 2011. < An> educational intervention using health belief model on smoking preventive behavior among female teenagers. *HAYAT-Journal of Faculty of Nursing and Midwifery*, 17, 3, 15-26.
- Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS, 2006. *Advancing health literacy: A framework for understanding and action*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Zaybak A, Fadıloğlu Ç, 2004. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20, 1, 77-95.
- Zbikowski SM, Klesges RC, Robinson LA, Alfano CM, 2002. Risk factors for smoking among adolescents with asthma. *Journal of Adolescent Health*, 30, 4, 279-287.

Zhang D, Zhan W, Zheng C, Zhang J, Huang A, Hu S, Ba-Thein W, 2021. Online health information-seeking behaviors and skills of chinese college students. *BMC Public Health*, 21, 1, 1-9.



## 7.EKLER

### EK-A: Anket Formu

#### DEMOGRAFİK VE GENEL BİLGİ FORMU

Cinsiyetiniz	a)Kadın b)Erkek
Yaşınız	a)15-25 b)26-35 c)36-45 d) 46-54 e)55 ve üzeri
Medeni Durumunuz	a)Evli b)Bekâr
Eğitim Durumunuz	a)İlkokul b)Ortaokul c)Lise d)Üniversite e)Lisansüstü
Sigaraya Başlama Yaşınız	a)15'ten küçük b)15-20 c)21-30 d)30'dan büyük
Günlük Kullanılan Sigara	a)1-10 adet b) 11-20 adet c) 21 adet ve üzeri
Toplam sigara içilen süre	a)1 yıldan az b)1-5 yıl c)6-10 yıl d)11-15 yıl e)16 ve üzeri
Ailede sigara kullanımı	a)Var b) Yok
Daha önce bırakma denemesi	a)Evet b)Hayır
Kronik bir hastalık	a)Var b) Yok
Hane toplam geliri	a)0-3000 TL b) 3001-5000 TL c) 5001-10000 TL d) 10001 TL ve üzeri
Covid-19 geçirdiniz mi?	a)Hayır b) Ayakta atlattım c) Hastanede serviste atlattım d)Yoğun bakıma alındım

#### SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI ÖLÇEĞİ

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Hastalığımla ilgili internetten araştırma yaparım					
2. Hastalığımla ilgili televizyondaki programları takip ederim.					
3. Hastalığımla ilgili internetten hekimlerle iletişime geçerim					
4. Hastalandığımda kullandığım ilaçların yan etkilerine internetten bakarım					
5. Hastalığımla ilgili internetten forumları takip ederim.					
6. Hastalığımla ilgili online dergi ve kitaplarda tarama yaparım.					
7. Hastalandığımda hemen aile hekimine başvuru yaparım.					
8. Hastalığımla ilgili aile hekimimin yönlendirmesine dikkat ederim					
9. Hekimin tavsiye ettiği gıdaları almaya dikkat ederim					
10. Evde bulunan bitkisel ilaçlarla iyileşmeye çalışırım					
11. Hastalığım için güvendiğim kişilerin tavsiyelerine dikkat ederim					
12. Daha önce aynı hastalığı geçirmiş kişilerin tavsiyelerine dikkat ederim					

## SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

	Hiç zorluk çekmiyorum	Az zorluk çekiyorum	Biraz zorluk çekiyorum	Çok zorluk çekiyorum	Yapamayacak durumdayım
1. Hastalıklar hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
2. Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?					
3. Sigara içme, şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
4. Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
5. Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyor musunuz?					
6. İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
7. Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?					
8. Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenehanelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?					
9. Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
10. Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?					
11. Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?					
12. Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?					
13. Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?					
14. Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
15. Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?					
16. Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?					
17. Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?					
18. Sağlık personeli, arkadaşlarınız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?					
19. Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?					
20. Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
21. Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
22. Aşı yaptıрма, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
23. Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?					
24. Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?					
25. Sağlıkla ilgili bilgileri sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?					

**SAĞLIK İNANÇ MODELİNE GÖRE SİGARA BIRAKMA ÖLÇEĞİ  
(REVİZE EDİLMİŞ)**

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Eğer sigara içmeye devam edersem kanser olabilirim					
2. Eğer sigara içmeye devam edersem kalp hastası olabilirim					
3. Eğer sigara içmeye devam edersem ömrüm kısalsabilir					
4. Eğer sigara içmeye devam edersem çevremdeki insanların sağlığına zarar verebilirim					
5. Eğer sigara içmeye devam edersem çevremdeki insanlara da sigaraya başlayabilir					
6. Vücudumda Kötü kokular diş- saç ve bıyık sararmaları meydana gelebilir.					
7. Sigara nedeniyle bir hastalığa yakalanırsam bu ölümcül olur					
8. Sigara nedeniyle ani bir şekilde hayatımı kaybedebilirim					
9. Eğer sigara içmeyi bırakırsam kanser olma riskim azalır					
10. Eğer sigara içmeyi bırakırsam kalp hastası olma riskim azalır					
11. Eğer sigara içmeyi bırakırsam daha uzun süre yaşayacağıma inanıyorum.					
12. Eğer sigara içmeyi bırakırsam diş ve diş eti hastalıklarından korunacağıma inanıyorum.					
13. Sigarayı bırakırsam arkadaş ortamında zorluk yaşayacağımdan endişeleniyorum.					
14. Sigarayı bırakamayacağıma inanıyorum.					
15. Sigarayı bırakma sürecinin maliyetlerini karşılayamayacağımı düşünüyorum.					
16. Sigarayı bırakmak için sağlık hizmeti almak istersem benimle alay edileceğinden çekiniyorum.					
17. Sigarayı bırakmanın güçsüzlük olarak görülebileceğini düşünüyorum.					
18. Tıbbi destek alırsam bırakabileceğime inanıyorum.					
19. Okul-arkadaş çevresinden uzaklaşırsam bırakabileceğime inanıyorum.					
20. Ciddi bir hastalığa yakalanırsam bırakabileceğime inanıyorum.					

## SİGARAYI BIRAKMA BAŞARISI ÖNGÖRÜ ÖLÇEĞİ

	Çok Az	Az	Orta	Biraz Çok	Çok
1. Kendimi sigarayı bırakmaya hazır hissediyorum.					
2. Sigarayı bırakmayı yeterince düşündüm.					
3. Sigara içmeyi önemli bir sorun olarak görüyorum.					
4. Sigaranın sağlığımı olumsuz etkilediğini düşünüyorum.					
5. Sigarayı bırakmak için profesyonel yardım almaya hazırım.					
6. Sigarayı bırakma ile ilgili tüm önerilere uyarım					
7. Sigarayı bırakmamı ailemve yakın çevrem destekleyeceğini düşünüyorum.					
8. İstersem sigarayı bırakabileceğime inanıyorum.					
9. Sigarayı bırakırken çok zorlanacağımı düşünüyorum.					
10. Sigarayı bırakma yönündeki çabalarımın boşa gitmeyeceğini düşünüyorum.					

## SİGARAYI BIRAKMA NİYETİ ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Sigarayı bırakmayı planlıyorum.					
2. Sigarayı bırakmayı deneyeceğim					
3. Sigarayı bırakmakla ilgili hayaller kuruyorum.					
4. Sigarayı bırakmak istiyorum.					
5. Sigarayı bırakmak benim için önemli.					
6. Sigarayı yakın zamanda bırakacağım.					
7. Sigarayı bırakmakla ilgili araştırmalar yapıyorum.					
8. Sigarayı bırakmayla ilgili olarak bir sağlık profesyoneli ile görüşmeye niyetliyim					

## 8.TURNITIN RAPORU

### SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, SAĞLIK İNANCI VE SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞININ SİGARAYI BIRAKMA NİYETİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

#### ORJİNALLİK RAPORU

% <b>12</b>	% <b>12</b>	% <b>4</b>	% <b>6</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<b>acikbilim.yok.gov.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>3</b>
<b>2</b>	<b>dergipark.org.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>3</b>	<b>acikerisim.erbakan.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	<b>toad.halileksi.net</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>