

Evde sigara içme durumu ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Evaluation of the relationship between smoking status at home and health literacy

Caner Aslan¹, Tijen Acar²

¹Sağlık Bakanlığı, Kahramankazan Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği, Ankara, Türkiye

²Kafkas Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kars, Türkiye

Öz

Amaç: Çalışmamızda evde sigara içme durumuyla sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kesitsel analitik bir çalışmadır. Çalışma 18 yaş üstü gönüllü 164 kişiye; sosyodemografik veriler, evde sigara içme durumu, Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32 anketi yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 164 hastanın yaş ortalaması $42,1 \pm 12,8$ idi (19-75 yaş). Hastaların erkek/kadın oranı 1,2/1 idi. Hastaların %54,9'u evde sigara içtiğini ifade ederken, evde sigara içmediğini ifade edenlerin %75,7'si açık balkon veya terasta sigara içtiğini ifade etti. Median sigara kullanımı 22,2 paket/yıl idi. Evde sigara içen hastaların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi skoru evde sigara içmeyenlerden anlamlı derecede daha yüksekti ($p=0,021$). Evde sigara içenlerde çocuk varlığı içmeyenlerden anlamlı derecede daha düşüktü ($p=0,011$). Evde sigara içenlerin aylık geliri içmeyenlerden daha düşük düzeydeydi ($p=0,009$). Sadece açık balkon veya terasta sigara içenlerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32 skoru ($p=0,024$) içmeyenlerden anlamlı derecede düşüktü. Sadece açık balkon veya terasta sigara içenlerin aylık gelirleri içmeyenlerden anlamlı derecede düşüktü ($p<0,001$). Eğitim durumuna göre TSOY32 skorlarında anlamlı farklılık izlendi ($p=0,035$). Post-hoc analizlerde, eğitim seviyesi üniversite ve üzeri olanların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32 skorunun, eğitim seviyesi ilköğretim ve altı olanlardan anlamlı derecede daha yüksek olduğu izlendi ($p=0,032$). TSOY32 skoru yaş ($p=0,001$) ve sigara miktarı ile ($p=0,006$) negatif yönde korele iken, aylık gelir ($p=0,023$) ile pozitif yönde korele bulundu.

Sonuç: Çalışmamızda Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran evde sigara içmeyip açık balkon/terasta dahi sigara içmeyen bireylerde sağlık okuryazarlığı puanı, içen bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Toplumun sağlık okuryazarlığı seviyesini artırmak, bireylerin kendine ve çevresine olan zararı azaltması ve sigarayı

✉ Tijen Acar ▪ tijensengezer@hotmail.com

Geliş tarihi / Received: 18.03.2025 **Kabul tarihi / Accepted:** 17.04.2025 **Yayın tarihi / Published:** 23.04.2025

Telif hakkı © 2025 Yazar(lar). Sağlık Geliştirme ve Sigara ile Mücadele Derneği tarafından yayımlandı. Açık erişimli bu makale, orijinal çalışmaya uygun şekilde atıfta bulunulması koşuluyla, herhangi bir ortamda veya formatta sınırsız kullanım, dağıtım ve çoğaltmaya izin veren [Creative Commons Atıf Lisansı \(CC BY\)](#) ile dağıtılmıştır.

Copyright © 2025 The Author(s). Published by The Society for Health Promotion and Tobacco Control. This is an open access article distributed under the [Creative Commons Attribution License \(CC BY\)](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium or format, provided the original work is properly cited.

bırakmayı hedeflemesine imkân sağlamak adına tütün ile mücadelede önemli bir model olabilir.

Anahtar kelimeler: Sigara bağımlılığı, evde sigara içme durumu, sağlık okuryazarlığı, çevresel sigara dumanı

ABSTRACT

Objective: This study aims to evaluate the relationship between smoking at home and health literacy levels.

Materials and Methods: Our study is a cross-sectional analytical study. It was conducted with 164 volunteers aged 18 and over. Sociodemographic data, home smoking status, the Fagerström Test for Nicotine Dependence, and the Turkish Health Literacy-32 (TSOY-32) questionnaire were applied through face-to-face interviews.

Results: The mean age of the 164 participants was 42.1 ± 12.8 years (range: 19–75), with a male-to-female ratio of 1.2:1. While 54.9% reported smoking at home, 75.7% of those who did not smoke at home stated that they smoked on an open balcony or terrace. The median smoking history was 22.2 pack-years. The Fagerström score was significantly higher in those who smoked at home ($p=0.021$). The presence of children was significantly lower among home smokers ($p=0.011$). Monthly income was lower in home smokers than in non-smokers ($p=0.009$). Those who smoked only on a balcony/terrace had significantly lower TSOY-32 scores ($p=0.024$) and monthly income ($p<0.001$) compared to non-smokers. TSOY-32 scores differed significantly by education level ($p=0.035$). Post-hoc analysis showed that individuals with a university degree or higher had significantly higher TSOY-32 scores than those with primary education or lower ($p=0.032$). TSOY-32 scores were negatively correlated with age ($p=0.001$) and smoking amount ($p=0.006$) but positively correlated with monthly income ($p=0.023$).

Conclusion: Among individuals attending a Smoking Cessation Clinic, those who did not smoke even on a balcony/terrace had higher health literacy scores than smokers. Improving health literacy in society may serve as an important model for tobacco control by helping individuals reduce harm to themselves and others and supporting smoking cessation efforts.

Keywords: Smoking addiction, home smoking, health literacy, secondhand smoke

Giriş

Tütün kullanımı en önemli halk sağlığı problemi olup her yıl 9 milyon insanı öldüren önlenebilir ölümlerin başlıca nedenidir.¹ Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sigara kullanımı 20.yy yaklaşık 100 milyon insanın ölümüne neden olacak ve bu sayının 21. yy yaklaşıp 1 milyar olacağı düşünülmektedir.² WHO'nun 2000-2030 yılları arasında tütün kullanımının yaygınlığına ilişkin raporuna göre, tütün kullanımı dünya genelinde önemli bir düşüş göstermektedir. 2000'de 1.397 milyar olan tütün kullanıcı sayısı, 2022 itibarıyla 1.25 milyar olarak kaydedilmiştir. Ancak, tütünle ilgili ölümlerin yüksek kalmaya devam edeceği öngörülmektedir. WHO, bu durumu, kullanıcı sayısındaki azalmaya rağmen, tütünle ilişkili

hastalıklar nedeniyle yıllar sürecektir bir ölüm oranı ile ilişkilendirmektedir.³

Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörlerinden en sık ikisi sigara kullanımı ve sigara içmeyen kimselerin tütün ürünleri dumanını soluması olarak tanımlanan ikinci el sigara dumanıdır.^{4,5} Bireylerin birçoğu zehirli en az 70'i kansere yol açtığı kanıtlanan 7.000'i geçen kimyasal maddeyi doğrudan veya pasif olarak soludukları bilinmektedir.⁴

Sigara kullanımının birçok kronik hastalıkla ve kanserle ilişkisi vardır.⁵ Çevresel sigara dumanına maruz kalan yetişkinlerde nasal iritasyon, aterosklerotik kalp hastalığı, inme, akciğer kanseri ve üreme sağlığına ilişkin negatif etkisi gösterilmiştir. Çocuklarda ise orta kulak

hastalıkları, hışıltılı çocuk, öksürük – nefes darlığı, alt solunum yolu enfeksiyonları, ani bebek ölümü sendromu gibi solunum semptomlarına neden olmaktadır.⁶

Son dönemde önemi artan sağlık okuryazarlığı (SOY); bireyin hastalığının farkında olması, sağlığıyla ilgili uygun kararlar alabilmesi, kendi sağlığını tanımlayabilmesi ve sağlık sistemini kullanabilmesi gerekliliğini ortaya çıkaran bir kavramdır. En basit ifadeyle; bir hastanın verilen tıbbi bilgiyi anlayıp yorumlaması ve ona göre karar alabilmesidir.⁷

Ülkemizde yakın zamanda yapılan bir çalışmada; toplumun %69,4'ü sorunlu veya yetersiz SOY'a sahiptir.⁸ Toplumda SOY'un genel olarak düşük olmasıyla birlikte bireyin tıbbi durumunu anlama ve tıbbi önerilere bağlılık konusunda sorun yaşadığı, kendisine verilen koruyucu sağlık hizmetlerine katılım konusunda aksaklıklar yaşadığı ve tüm bunların sonucu olarak yapılan sağlık bakım harcamalarının arttığı gözlenmektedir. Bununla beraber SOY düzeyi artırıldığında kaliteli ve sağlıklı sürdürülen yıllar da artmış olur.⁹

Bu çalışmada yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi vb sosyodemografik özelliklerle birlikte Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), evde sigara içme durumu ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32 (TSOY-32) anketini kullanarak; evde sigara içme durumu ile SOY ilişkisinin değerlendirilmesi hedeflenmektedir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmamız 15.02.2022-14.05.2022 tarihleri arasında yürütülmüş kesitsel analitik tipte bir araştırmadır.

Araştırma örneklemini bir eğitim araştırma hastanesinde sigara bırakma polikliniğine (SBP) başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden,

çalışmaya katılmaya engel olacak nörolojik ya da psikiyatrik bir bozukluğa sahip olmayan yetişkin hastalardan oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğü hesaplamasında G*power 3.1.9.7 programı kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda t testi için, grup sayısı=2, gruplardaki hasta sayısının oranı 1/1, etki genişliği=0,6, α hata=0,05, $1-\beta$ hata=0,95 olduğunda toplam örneklem büyüklüğünün minimum 148 olması gerektiği anlaşılmış, eksik veriler de dikkate alınarak örneklem büyüklüğünün %10 büyük seçilmesi planlanmıştır. Araştırma için gereken minimum katılımcı sayısının olan 164 kişi çalışmaya alınmıştır

Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak veriler toplanmıştır. Katılımcıların her birinden bilgilendirilmiş onam formu ile sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Aşağıda belirtilen araçlar kullanılarak veriler toplanmıştır.

Demografik Veriler Formu

SBP'ne başvuran katılımcılar için hazırlanan veri toplama formlarında, sosyo-demografik bilgiler sorgulanmıştır. Bunlar: hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sayısı, aylık ortalama geliri, çalışma durumu, eğitim durumu, kaç paket/yıl sigara kullandığı, evinde sigara içip içmediği, içmiyorsa açık balkon veya terasta sigara içip içmediği ile ilgili sorulardır.

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

Karl Fagerstrom tarafından, tütün bağımlılığının düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir ve puanları farklı olan 6 sorudan oluşur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini Uysal ve arkadaşları yapmıştır. Toplam puan 0-10 arasında değişir. Puan ile bağımlılık düzeyi doğru orantılıdır.¹⁰ FNBT puanları, nikotin bağımlılığı düşük (0-3puan), orta (4-6 puan), yüksek (≥ 7 puan) olarak 3 grupta derecelendirilmiştir.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32 Anketi

Anket, Türkiye’deki çeşitli akademik çalışmalarda ve araştırmalarda sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Geçerlilik güvenilirliği Abacigil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bireylerin sağlık okuryazarlık seviyelerini ölçmeye yardımcı olan 32 sorudan oluşmaktadır. “Çok kolay, kolay, zor, çok zor ve fikrim yok” şeklinde cevap seçenekleri olan bir ölçektir. Her madde, 1=Çok kolay, 2=Kolay, 3=Zor, 4=Çok zor olacak şekilde 4 derecelidir. “Fikrim yok” ifadesi için, 5 kodu kullanılmıştır.

Ölçekte; 0 puan en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 puan en yüksek SOY’u göstermektedir. SOY düzeyi, elde edilen puana göre dört kategoride değerlendirilmiştir⁸:

(0-25) puan: Yetersiz SOY

(>25-33) puan: Sorunlu-SOY

(>33-42) puan: Yeterli SOY

(>42-50) puan: Mükemmel SOY anlamına gelir.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 21.0 (IBM®, Chicago, ABD) paket programı kullanılarak yapıldı. Değişkenlerin normal dağılımına uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Shapiro-Wilk testi) kullanılarak incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler normal dağılan sayısal verilerde ortalama ve standart sapma, normal dağılım göstermeyenlerde median ve minimum-maximum değer, nominal verilerde sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Normal dağılan sayısal değişkenler iki grup arasında “Bağımsız Gruplarda T testi” ile üç veya daha fazla grup arasında ise “One-Way ANOVA testi” ile, normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenler iki grup arasında “Mann Whitney U testi” ile analiz edilmiştir. Nominal veriler iki grup arasında “Pearson Ki-kare testi” ya da Fisher’s Exact test” kullanılarak değerlendirilmiştir

Korelasyon analizlerinde “Spearman ve Pearson korelasyon testleri” kullanıldı. Çalışmadaki istatistiksel analizlerde p değeri 0.05’in altındaki karşılaştırmalar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

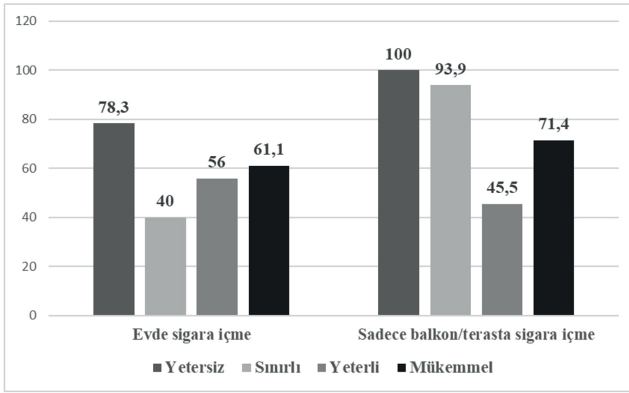
Hastaların %54,9’u evde sigara içtiğini ifade ederken, evde sigara içmediğini ifade edenlerin %75,7’si balkon veya terasta sigara içmektedir. Median sigara kullanımı 22,2 paket/yıldır.

Hastaların median FNBT skoru 6 idi (2-10 aralığında). FNBT skoruna göre tütün bağımlılığı değerlendirildiğinde, hastaların %22,6’sında düşük derecede, %32,3’ünde orta derecede, %45,1’inde yüksek derecede tütün bağımlılığı mevcuttu.

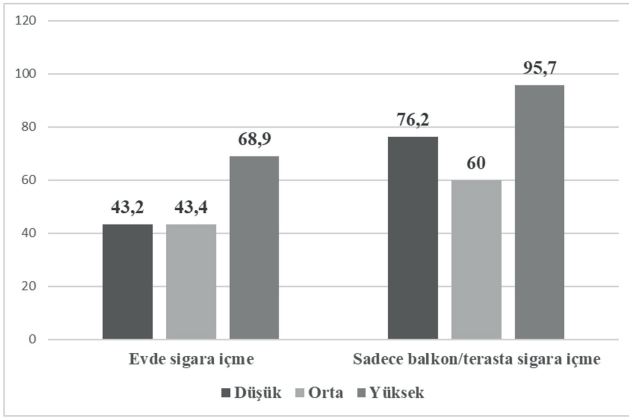
Hastaların TSOY32 skor ortalaması $34,2 \pm 8,4$ idi (13-50 aralığında). TSOY32 ölçeğine göre hastaların SOY düzeyi hastaların %14’ünde yetersiz, %33,5’inde sınırlı, %30,5’inde yeterli, %22’sinde mükemmel düzeydeydi.

SOY düzeyine göre değerlendirildiğinde, yetersiz SOY olanların %78,3’ü, sınırlı SOY olanların %40’ı, SOY %56’sı, mükemmel SOY olanların ise %61,1’i evde sigara içmekteydi. Evde sigara içmediğini ifade edenler arasında, yetersiz SOY olanların %100’ü, sınırlı SOY olanların %93,9’u, yeterli SOY olanların %45,5’i, mükemmel SOY olanların ise %71,4’ü sadece açık balkon veya terasta sigara içmekteydi (Şekil 1).

Tütün bağımlılığına göre değerlendirildiğinde, düşük bağımlılığı olanların %43,2’si, orta derecede bağımlılığı olanların %43,4’ü, yüksek düzeyde bağımlılığı olanların %68,9’u evde sigara içmekteydi. Evde sigara içmediğini ifade edenler arasında, düşük bağımlılığı olanların %76,2’si, orta derecede bağımlılığı olanların %60’ı, yüksek düzeyde bağımlılığı olanların %95,7’si sadece açık balkon veya terasta sigara içmekteydi (Şekil 2).



Şekil 1. Sağlık okuryazarlık düzeyine göre evde ve sadece açık balkon/terasta sigara içme oranları



Şekil 2. Tütün bağımlılığına göre evde ve sadece açık balkon/terasta sigara içme oranları

Evde sigara içen ve içmeyen hastalar SOY, tütün bağımlılığı ve sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırıldı. Evde sigara içen hastaların FNBT skoru evde sigara içmeyenlerden anlamlı derecede daha yüksekti ($p=0,021$). Ancak TSOY32 skoru açısından anlamlı farklılık izlenmedi ($p=0,899$). Evde sigara içenlerde çocuk varlığı içmeyenlerden anlamlı derecede daha düşüktü ($p=0,011$). Evde sigara içenlerin aylık geliri içmeyenlerden daha düşük düzeydeydi ($p=0,009$). Tablo 1’de evde sigara içen ve içmeyenlerin analizleri gösterilmiştir.

Sadece açık balkon veya terasta sigara içenlerle içmeyen hastalar SOY, tütün bağımlılığı ve sosyodemografik özellikler açısından

karşılaştırıldı. Sadece açık balkon veya terasta sigara içenlerin TSOY32 skoru ($p=0,024$) içmeyenlerden anlamlı derecede düşüktü. Sadece açık balkon veya terasta sigara içenlerin aylık gelirleri içmeyenlerden anlamlı derecede düşüktü ($p<0,001$). Diğer sosyodemografik özellikler açısından anlamlı farklılık izlenmedi (Tablo 2).

SOY ile sosyodemografik faktörler ve tütün ile ilişkili özelliklerin ilişkisi analiz edildi. Eğitim durumuna göre TSOY32 skorlarında anlamlı farklılık izlendi ($p=0,035$). Post-hoc analizlerde, eğitim seviyesi üniversite ve üzeri olanların TSOY32 skorunun, eğitim seviyesi ilköğretim ve altı olanlardan anlamlı derecede daha yüksek olduğu izlendi ($p=0,032$). Diğer özellikler açısından TSOY32 skorlarında anlamlı farklılık izlenmedi.

TSOY32 skoru yaş ($p=0,001$) ve sigara miktarı ile ($p=0,006$) negatif yönde korele iken, aylık gelir ($p=0,023$) ile pozitif yönde korele bulundu. Şekil 3’te korelasyon analizleri gösterilmiştir.

Tablo 3’te TSOY32 skorları ile sosyodemografik ve tütün kullanımı ile ilişkili özelliklerin korelasyon analizleri gösterilmiştir.

Tartışma

Tütün ürünlerinin kullanılması, hem kullanan kişiler hem de çevresel sigara dumanına maruz kalan kişiler için ciddi morbidite ve mortalite riski oluşturmaktadır. Sigara kullanımı ilişkili faktörleri saptamak, sigara bırakma sürecine destek olacak yöntemleri ortaya çıkarmaktadır. Bu çalışma bir eğitim araştırma hastanesi SBP’ne başvuran halen sigara içmekte olan kişilerin evde sigara içme durumu ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlı yapıldı. Elde ettiğimiz verilere göre evde sigara içme durumu ile kişilerin sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı fark bulunamadı. Bununla birlikte evde sigara içmeyip sadece açık balkon veya terasta sigara içenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük çıkmış olup ($p=0,024$) anlamlı olarak farklı bulundu.

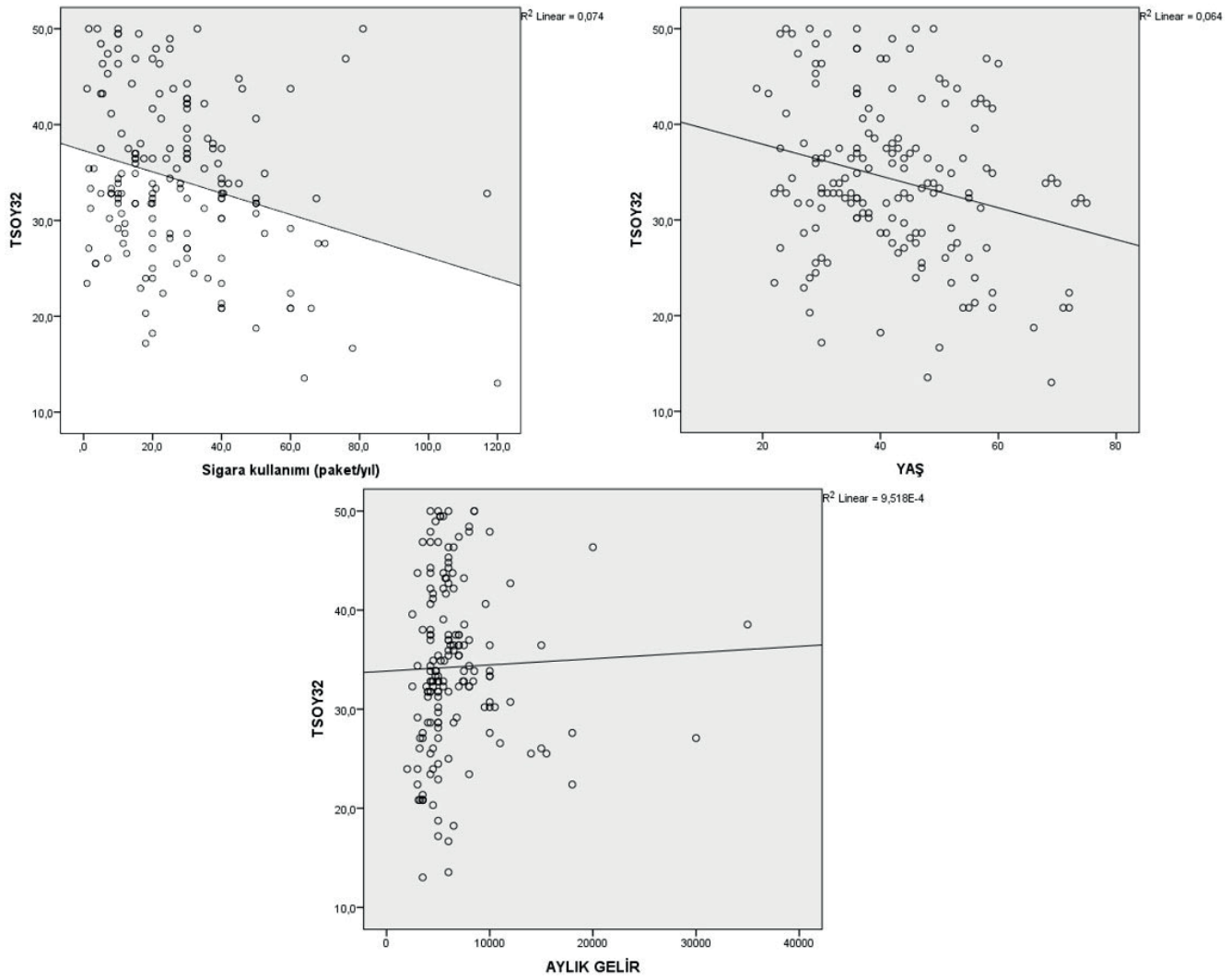
Tablo 1. Evde sigara içen ve içmeyen hastaların karşılaştırılması

Özellik		Evde sigara (+) (n=90)	Evde sigara (-) (n=74)	p değeri
TSOY32	Ort ± SS	34,3 ± 9,3	34,1 ± 7,1	0,899 [†]
FNBT	Med (min-max)	7 (2-10)	5 (3-10)	0,021^{††}
Yaş	Ort ± SS	41,1 ± 13,5	43,2 ± 11,8	0,303 [†]
Cinsiyet	N (%)			0,902 [*]
	Kadın	41 (45,6)	33 (44,6)	
	Erkek	49 (54,4)	41 (55,4)	
Eğitim durumu	N (%)			0,503 [*]
	İlköğretim ve altı	21 (23,3)	12 (16,2)	
	Ortaokul-lise	43 (47,8)	37 (50)	
	Üniversite ve üstü	26 (28,9)	25 (33,8)	
Medeni durum	N (%)			0,097 [*]
	Evli	60 (66,7)	58 (78,4)	
	Bekar/dul	30 (33,3)	16 (21,6)	
Çocuk (+)	N (%)	51 (56,7)	56 (75,7)	0,011[*]
Çocuk sayısı	Med (min-max)	2 (1-5)	2 (1-4)	0,587 ^{††}
Aktif çalışan	N (%)			0,511 [*]
	Evet	64 (71,1)	56 (75,7)	
	Hayır	26 (28,9)	18 (24,3)	
Aylık gelir (1000 TL)	Med (min-max)	5 (2-18)	6 (3-35)	0,009^{††}
Sigara miktarı (paket/yıl)	Med (min-max)	21,5 (1-81)	23,7 (1,5-120)	0,891 ^{††}

[†]Bağımsız gruplarda t testi, ^{††}Mann Whitney U testi, ^{*}Ki-kare testi**Tablo 2.** Sadece açık balkon/terasta sigara içen ve içmeyen hastaların karşılaştırılması

Özellik		Sadece açık balkon/teras sigara (+) (n=56)	Sadece açık balkon/teras sigara (-) (n=18)	p değeri
TSOY32	Ort ± SS	33,1 ± 7,5	37,4 ± 4,5	0,024[†]
FNBT	Med (min-max)	5 (3-10)	5 (3-7)	0,343 ^{††}
Yaş	Ort ± SS	42,7 ± 10,6	44,8 ± 15,1	0,577 [†]
Cinsiyet	N (%)			0,576 [*]
	Kadın	26 (46,4)	7 (38,9)	
	Erkek	30 (53,6)	11 (61,1)	
Eğitim durumu	N (%)			0,514 [*]
	İlköğretim ve altı	10 (17,9)	2 (11,1)	
	Ortaokul-lise	29 (51,8)	8 (44,4)	
	Üniversite ve üstü	17 (30,4)	8 (44,4)	
Medeni durum	N (%)			0,517 ^{**}
	Evli	45 (80,4)	13 (72,2)	
	Bekar/dul	11 (19,6)	5 (27,8)	
Çocuk (+)	N (%)	45 (80,4)	11 (61,1)	0,120 ^{**}
Çocuk sayısı	Med (min-max)	2 (1-4)	2 (1-3)	0,602 ^{††}
Aktif çalışan	N (%)			0,120 ^{**}
	Evet	45 (80,4)	11 (61,1)	
	Hayır	11 (19,6)	7 (38,9)	
Aylık gelir (1000 TL)	Med (min-max)	5,3 (3-30)	7,5 (4,4-35)	<0,001^{††}
Sigara miktarı (paket/yıl)	Med (min-max)	25,5 (2-120)	20 (1,5-45)	0,262 ^{††}

[†]Bağımsız gruplarda t testi, ^{††}Mann Whitney U testi, ^{*}Ki-kare testi, ^{**}Fisher Exact test



Şekil 3. TSOY32 skorları ile yaş, sigara kullanımı ve aylık gelirin korelasyon grafikleri

Tablo 3. Sosyodemografik ve tütün kullanımı ile ilişkili özellikler ile TSOY32 skorunun korelasyonu

Özellik		TSOY32 Ort ± SS
Yaş	Korelasyon katsayısı	-0,253
	p değeri	0,001
Çocuk sayısı	Korelasyon katsayısı	-0,110
	p değeri	0,260
Aylık gelir	Korelasyon katsayısı	0,177
	p değeri	0,023
Sigara kullanımı	Korelasyon katsayısı	-0,214
	p değeri	0,006
FNBT	Korelasyon katsayısı	-0,050
	p değeri	0,525

†Korelasyon analizlerinde Spearman ve Pearson korelasyon testleri kullanıldı.

Çalışmamızda geçen vakaların demografik özellikleri incelendiğinde erkeklerin %59,4 oranla çoğunluk oluşturduğu gözlemlendi. Ülkemizde ki bilinen sigara bağımlılarının büyük kısmını erkekler oluşturmaktadır.¹¹ Bu oran kadınlara göre 2 kat fazla iken, sigara bırakmak isteyen kişilerde bu oran geçerli değildir. Bu da kadınların sigarayı bırakmak için daha çok çaba sarfettiğini gösterebilir. Vakaların ortalama yaşı $42,1 \pm 12,8$ yıl olarak bulunmuş olup bu durum ülkemizde yapılmış diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında benzerlik göstermektedir. Yılmaz ve ark. 2014 yılında yaptığı 2085 kişinin dahil edildiği bir çalışmada hastaların yaş ortalaması $42,82 \pm 13$ yıl ve %64,5'i erkek olarak bulunmuştur.¹² Bunun aksine Şahbaz ve ark. 2007 yılında çoğunluğu (%55) kadınlar tarafından oluşan çok merkezli 230 kişinin katıldığı bir çalışmada vakaların ortalama yaşı $47,06 \pm 12,1$ yıl olarak raporlanmıştır.¹³ Yurtdışı çalışmalarında demografik olarak farklı gruplar görülmüştür. Wagner ve ark. sigara bırakma ile sosyal destek ilişkisini inceledikleri çalışmalarında vakaların tamamına yakını (%94,7) erkek olduğu ve ortalama yaşlarının $56,4 \pm 11,3$ yıl olduğu bulunmuştur.¹⁴ Pisinger ve ark. 2168 kişiyle yapılan çalışmada vakaların cinsiyetleri neredeyse birbirine eşit olup (kadınlar % 52,5) yaş ortalaması ise $47 \pm 7,2$ yıl olarak raporlanmıştır.¹⁵ Çalışmamızda başvuranların evde sigara içme durumu ve SOY düzeyi ile yaş ve cinsiyetleri konusunda anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Çalışmamızda SBP'ne başvuranların ilköğretim ve altı %20,1'i, ortaokul-lise %48,8,1'i, üniversite ve üstü ise %31,1'i idi. Yapılan çalışmalarda, bizim çalışmamızla uyumlu olarak olguların çoğunluğu lise ve üstü eğitim düzeyindeydi.^{13,16,17} Çalışmamızda eğitim düzeyi ile evde sigara içme durumu arasında anlamlı ilişki bulunmazken SOY arasında ($p=0,035$) anlamlı ilişki bulundu. Karakul'un sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapmış olduğu çalışmada eğitim seviyesi ile SOY ilişkisi hakkında benzer sonuçlar bulmuştur.¹⁸ Eğitim seviyesinin düşük olması, kişinin hastalık ve

tedavi üzerine daha az bilgi sahibi olmasına, var olan hastalıklarının daha zor kontrol altına alınmasına neden olur.¹⁹ Yüksek eğitim seviyesi hasta-hekim iletişimi beklentisinde artış sağlayıp tedavi kararı ve planlamada hastanın aktif rol almak istemesi sonucu kişiler SOY seviyesini geliştirmiş olabilir. Toplumda eğitim ile birlikte SOY düzeyinin yükselmesi, sigara bağımlılığı olan bireylerde hastalığın yönetimi açısından önemli olabilir.

Çalışmamıza katılan hastalar medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde %72'i evli, %28'si ise bekar veya duldu. Ortaya çıkan medeni durum oranları ülkemizde yapılmış diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında benzerlik göstermektedir.^{13,17,20} Bizim çalışmamızla birlikte sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların büyük kısmının evli olması; kişilerin aile bilinciyle yükümlülük hissedebileceği, beraberinde ailesine zarar verme kaygısını tetikleyebileceği ve bununla ilişkili olarak sigara bırakmada daha kararlı olabileceklerini düşündürebilir. Çalışmamızda medeni durum ile evde sigara içme durumu ve sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark bulunamadı.

Çalışmamıza katılan hastalar çocuk varlığı durumuna göre değerlendirildiğinde %65,2 çocuklu, %34,8'i ise çocuk sahibi değildi. Ülkemizde benzer bir çalışmada ise %89 çocuklu, %11 çocuksuzdu.²¹ Çalışmamızda çocuk varlığı durumu ile SOY arasında anlamlı ilişki bulunmazken evde sigara içme durumu arasında ($p=0,011$) anlamlı ilişki bulundu. Çocuklu bireyler daha az oranda evde sigara içmektedirler. Bu durum ailelerin sigarayı, çocuklarının sağlığını etkileyen zararlı faktörlerden biri olarak gördüğü düşünülebilir. Bununla birlikte ailelerin çocuklarına kötü örnek teşkil edebileceğinden ötürü evlerinde sigara içmeyi tercih etmedikleri düşünülebilir. Hasta çocukların varlığı da ailelerin evde sigara içmemesine neden olmuş olabilir. Salepci ve ark. yaptığı benzer bir çalışmada çocuklu ailelerin

sigara bırakma oranları anlamlı derecede ($p=0,016$) daha yüksekti.²¹ Bu da sigarayla mücadelede çocuk varlığının aile bireylerine amaç ve sorumluluk düşündürebilir. Ayrıca çocuk sayısı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamadı.

Çalışmamıza katılan hastalar aylık gelir durumuna göre değerlendirildiğinde evde sigara içen bireylerin içmeyenlere göre aylık geliri anlamlı şekilde ($p=0,009$) daha düşük düzeydeydi. Ülkemizde 2009' da yapılan Elâzığ merkezli bir çalışmada çalışmamızla benzer nitelikte daha çok, aylık geliri düşük ailelerin evlerinde sigara içiliyordu.²² ABD'de yapılan iki çalışmada evde sigara içen bireylerde aylık gelir düzeyi daha düşüktü.²³

Çalışmamızda aktif çalışmayan oranı %24,3'tür. Karagöz S yaptığı tez çalışmasında benzer oran bulunmuştur.²⁴ Avrupa SOY araştırmasında ise bu oran yaklaşık %8 bulunmuştur.²⁵ Çalışmamızın yapıldığı bölgede iş imkanlarının kısıtlı olması, emekli nüfus, kadınların ev hanımı olma oranı yüksek olması aktif çalışmayan birey oranını etkilemiş olabilir. Çalışmamızda bireylerin çalışma durumları; aktif çalışan, aktif çalışmayan olarak 2 grup olarak belirlenmiş olup evde sigara içme durumu ve SOY ile arasında anlamlı ilişki bulunamadı.

Çalışmamıza katılan hastaların median sigara kullanımı 22,2 paket/yıl olarak bulundu. 2019 da Karagöz S'nin yaptığı çalışmada medyan paket/yıl değeri 20 olup çalışmamızla benzer niteliktedir. Aynı çalışmada daha fazla paket/yıl oranına sahip hastalarda sigara bırakma konusunda istikrarlı olabileceklerinin sonucuna varılmıştır.²⁴ Bizim çalışmamızda sigara kullanımı ile evde sigara içme durumu ve SOY arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Çalışmamıza katılan hastaların sigara bağımlılığı düzeyi değerlendirildiğinde median FNBT skoru 6 idi. Sigara bağımlılığı FNBT'ye göre, hastaların %22,6'sında düşük derecede, %32,3'ünde orta derecede, %45,1'inde yüksek derecede sigara

bağımlılığı mevcuttu. Bizim çalışmamızda olduğu gibi benzer çalışmalarda yüksek bağımlılık düzeyi oranı fazlaydı.^{17,26}

Çalışmamızda evde sigara içen bireylerin FNBT düzeyi anlamlı olarak yüksek çıktı($p=0,021$). Velioğlu ve ark. yaptığı bir çalışmada artmış FNBT ile depresif duygu durumu arasında anlamlı ($p<0,001$) ilişki bulmuşlardır.¹⁷ Bu durumda kişinin düşük sosyoekonomik seviyesi depresif duygu durumunu tetikleyerek sigara bağımlılığı düzeyini artırıp evde sigara içmeyi tetikliyor olabilir. Kişilerin FNBT düzeyinin artması sigara içme kurallarına uymalarında sorun yaşamalarına ve evde sigara içmelerine sebep olabilir.

Bununla birlikte evde sigara içmeyip sadece açık balkon veya terasta içen kişiler içmeyenlere göre düşük gelir düzeyine sahipti($p<0001$). Bu durum için çocuk varlığı, sigara bağımlılığı düzeyi anlamlı değildi. Bazı düşük gelirli kişiler evde sigara içmeyip ailelerini sigaranın zararlı etkilerinden korumak adına açık balkon veya terasta içmeyi tercih ediyor olabilir.

Çalışmamıza katılan hastaların %54,9 u evde sigara içtiğini ifade etmiştir. Evde sigara içmeyip sadece açık balkon veya terasta sigara içenler ise %75,7'tir. Danagöz ve ark. yaptığı Sigara içmeyen gebelerde pasif etkilenimi araştırmak adına yapılan çalışmada evde sigara içme oranı %50 ydi. Bu durum çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Gebelerin evde içilen sigaradan pasif etkilenme oranı %83'tü.²⁷ Gebe sağlığı için sigaranın zararlı etkilerinden korumak adına evde sigara içme konusunda önlem arayışları geliştirmek etkili olabilir. Hamzaçebi ve ark. yaptığı başka bir çalışmada ilköğretim öğrencilerinin ailelerin evde sigara içenlerin oranı %46 olarak bulunmuştur.²⁸ Çalışmamızda çocuklu ailelerin evde sigara içme oranı ise %47 olup benzer niteliktedir. ABD'de yapılan bir başka çalışmada pasif sigara dumanından etkilenen kişilerin evlerinde %75 sigara içildiği ifade edilmiştir.²³ Aile bireylerinin çocuklu olması, sosyoekonomik durum ve bölge

farklılığı evde sigara içme oranını etkilemiş olabilir.

Çalışmamıza katılan hastaların SOY durumu değerlendirildiğinde TSOY32 skor ortalaması 34,2 idi. TSOY32 ölçeğine göre hastaların sağlık okuryazarlık düzeyi hastaların %14'ünde yetersiz, %33,5'inde sınırlı, %30,5'inde yeterli, %22'sinde mükemmel düzeydeydi. 2019 yılında yapılan tez çalışmasında benzer değerler bulunmuştur.²⁴ Tanrıöver ve ark. yaptığı çalışmada da SOY puan ortalaması 30,4 bulunmuş olup çalışmamızla uyumludur.²⁹ Ozdemir ve ark. yaptığı çalışmada REALM ölçeğine göre %41, NVS ölçeğine göre %72 oranı ile yetersiz SOY çıkmıştır.³⁰ Farklı değerlendirme araçları kullanılması ölçümde farklı sonuçlar çıkmasına neden olmaktadır. Çalışmamıza katılan tüm bireylerin %47,5'inin yetersiz veya sınırlı SOY düzeyi mevcuttur. Abacıgil ve ark. yaptığı çalışmada yetersiz veya sınırlı SOY düzeyi %52,7 ile benzerlik göstermektedir.³¹ Evde sigara içen bireylerin yetersiz veya sınırlı SOY oranı %44,4 olup istatistiki olarak anlamlı ilişki saptanmadı.

Çalışmamızda SOY ile aylık gelir durumu arasında ($p=0,023$) pozitif yönde korele ilişki bulundu. Karagöz A, 2019 yılında yaptığı benzer tez çalışmasında da SOY ve aylık gelir durumu arasında anlamlı ilişki bulmuştur.²⁴ Yurtdışında yapılan bir çalışmada ekonomik durum ve SOY arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.³² Sosyoekonomik durum ve SOY karşılıklı ilişki içerisinde. Sosyoekonomik düzey kişilerde azaldığında SOY seviyesi de azalır. Bununla birlikte sağlık harcamaları da giderek artar.³³

Çalışmamızda SOY ile yaş negatif korelasyon ($p=0,001$) gösterdi. Avrupa'da yapılan bir çalışmada gençlerin yetersiz ve sınırlı SOY oranı %47 olup 65 yaş üstü bireylerin %65 olarak bulunmuştur.³⁴ Yurtdışında yapılan bir çalışmada bilişsel fonksiyonu normal olup sınırlı SOY'a sahip 65 yaş üstü bireylerin, bir yıldan kısa sürede bile bilişsel fonksiyonlarında anlamlı azalma bulunmuştur.³⁵

Bilişsel fonksiyonların yaşla azalmasıyla hastaların sağlık hizmetine ulaşmaları giderek zorlaşmaktadır. Bundan ötürü yaşlandıkça SOY düzeyi azalır.³⁶ Çalışmamızda benzer şekilde yaş ve SOY düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olup, SOY düzeyinin yaşla birlikte azaldığı bulunmuştur. Günümüzde ülkemizde yaşlı nüfusunun giderek artış gösterdiği bilinirken yaşlı bireylerin SOY düzeyini artırmaya yönelik çalışmaların üzerinde durulması toplumsal fayda sağlayabilir.

Çalışmamızda SOY ile sigara kullanımı negatif korelasyon ($p=0,006$) gösterdi. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı çalışmasında sigara kullanımı ile Genel SOY puan ortalaması anlamlı ilişki bulunmuştur. Sigara kullanımı ile Genel SOY puan ortalaması artmaktadır.²⁹ Bizim çalışmamızda ise tam tersi olarak sigara kullanımı arttıkça bireylerin SOY düzeyi düştüğü bulunmuştur. Karakul tez çalışması ve Şirin ve ark. yaptığı çalışma da bizimle benzerlik göstermektedir.^{18,37} Sosyoekonomik durum, eğitim durumu ve bölge farklılıkları bu durumu açıklayabilir.

Bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı ve sigara içme tehlikeleri hakkındaki bilgi düzeyinin, sigarayı bırakma niyeti ve bu niyetin yoğunluğu üzerindeki etkisi incelenmiştir. Araştırma, sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin sigarayı bırakma niyetinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Örneğin, bırakma niyetinde bulunanların %32,7'si yüksek sağlık okuryazarlığına sahipken, bu oran bırakma niyeti olmayanlarda %17,0 olarak bulunmuştur.³⁸

Başka bir çalışmada, sağlık yönetimi uzmanları arasında sağlık okuryazarlığının sağlıkla ilgili yaşam tarzı davranışlarını etkilediğini göstermiştir. Sigara içme alışkanlıkları da bu davranışlar arasında yer almış ve sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin sigarayı bırakma eğilimlerinin daha yüksek olduğu vurgulanmıştır.³⁹

Diğer bir çalışmada, Çinli yetişkin sigara içenler arasında sağlık okuryazarlığı ile sigarayı bırakma isteği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Araştırma, sağlık okuryazarlığının artırılmasının bireylerin sigarayı bırakma niyetlerini güçlendirebileceğini göstermektedir.⁴⁰

Evde sigara içmeyip sadece açık balkon veya terasta sigara içen bireylerin yetersiz veya sınırlı SOY düzeyi oranı %64,2'dir. Karagoz yapmış olduğu tez çalışması ve Abacigil ve ark. yaptığı çalışma benzer sonuçlara örnektir.^{8,24} Evde sigara içmeyip sadece açık balkon veya terasta sigara içen bireyler ile SOY düzeyi arasında anlamlı ilişki ($p=0,024$) bulunmuştur. Bununla birlikte SOY düzeyi artışıyla evde sigara içmeyip sadece açık balkon veya terasta sigara içen bireylerin sayısını azaltabiliriz. Ülkemizde SOY düzeyini artırmaya yönelik çalışmaların yapılması, açık balkon veya terasta sigara içme oranının azalmasına olanak sağlayabilir.

Sonuç

Çalışmamızın amacı; evde sigara içme durumu ile SOY düzeyi arasında ki ilişkiyi belirlemektir. Sigara birçok hastalığın ve kanserin sebebidir. Sigaranın bırakılması, kullanılmaması gerekliliği son derece önemlidir. Son zamanlarda sigaraya başlama yaşı daha genç yaşlara düşmüş olup erken dönemde sigaraya müdahale çok önemlidir. Bireylere sigarayı bırakmaya yönelik motivasyonu artıran, sigaranın doğduran veya pasif zararlarından uygun yöntemlerle bahsedilmesi gerekir. Günümüzde bireylere çevrimiçi yollar (sosyal medya, podcast vb.) televizyon, radyo, kitap ve broşürlerle ulaşılması, kendisine ve çevresine verdiği zarar konusunda farkındalık yaratılması ve sigarayı bırakabilmeleri konusunda destek olunması gerekir.

Ülkemizde sigara bırakma oranı giderek artış göstermektedir. Bu başarıyı büyük oranda Sigara Bırakma Poliklinikleri sağlamıştır. Herhangi bir sebeple sağlık kuruluşuna başvuran sigara kullanıcılarının sigara bırakması yönünde etkilemeli; sigara bırakma polikliniklerine

yönlendirilmesi hem kendisine hem de çevresine son derece fayda sağlar. Bu noktada SOY önemlidir. Bireylerin sağlık bilgilerine erişerek etkili şekilde kullanma kapasitelerini geliştirmede SOY kritik öneme sahiptir.

Yaş, eğitim durumu, sigara kullanımı, aylık gelir durumu SOY seviyesini etkiler. Aynı şekilde sigara içen bireylerin nikotin bağımlılık düzeyleri, çocuk varlığı ve aylık gelirleri evde sigara içme durumlarını etkiler. Bireylerin eğitim seviyeleri arttıkça edinecekleri meslekleriyle aylık gelirlerinde artış sağlayabilir, evde sigara içme durumuna ve SOY düzeyi üzerine olumlu etki yapabilir. Toplumda SOY oranı arttıkça sigarayı bıraktırmaya, bireylerin yaşam tarzı değişikliğine gitmesine ve evde sigara içme konusunda daha dikkatli olmasına yardımcı olabilir. Sigara kaynaklı pasif etkilenimden ailelerini ve kendisini koruyabilir. Sigaranın zararlarından ötürü ortaya çıkan hastalıkları azaltıp sağlık kuruluşu başvurularını azaltabilir, ülkenin sağlık giderlerinde bir azalma sağlanabilir.

Bizim çalışmamızda SBP'e başvuran bireylerde SOY düzeyi, evde sigara içmeyip sadece açık balkon ve terasta sigara içenlerde düşük çıkmıştır. Bu sonuca göre; eğer toplumda SOY seviyesi artışı sağlanırsa, kişilerin açık balkon ve terasta dahi sigara içememelerine imkan sağlayacak diyebiliriz. Bu sayede sigaranın doğrudan veya dolaylı olarak yaptığı tüm zararlar giderek azalacaktır.

Çalışmamız tek merkezde yapılmış olması ve sonuçların tüm topluma genellenememesi sebebiyle kısıtlı olabilir. Fakat ileri tarihlerde yapılacak çalışmalara yol gösterici olması ve geliştirilebilir olması sebebiyle önemli bir çalışmadır.

Etik kurul onayı

Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik

Kurulu tarafından onaylanmıştır (onay tarihi: 08.02.2022, numarası: 2473). Çalışmaya katılan tüm katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Yazarlık katkısı

Çalışma konsepti ve tasarımı: CA, TA; veri toplama: CA; sonuçların analizi ve yorumlanması: CA; makaleyi hazırlama: CA, TA. Yazar(lar) sonuçları gözden geçirmiş ve makalenin son halini onaylamıştır.

Finansman

Yazar(lar), çalışmanın herhangi bir finansal destek almadığını beyan etmiştir.

Çıkar çatışması

Yazar(lar) herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Ethical approval

This study has been approved by the University of Health Sciences Sanatorium Training and Research Hospital Ethics Committee (approval date: 08.02.2022, number: 2473). Written informed consent was obtained from the participants.

Author contribution

Study conception and design: CA, TA; data collection: CA; analysis and interpretation of results: CA, TA; draft manuscript preparation: CA, TA. The author(s) reviewed the results and approved the final version of the article.

Source of funding

The authors declare the study received no funding.

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

Kaynakça

1. World Health Organization (WHO). WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products. İsviçre: World Health Organization, 2021.
2. World Health Organization (WHO). WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. İsviçre: World Health Organization, 2008.
3. World Health Organization (WHO). WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. İsviçre: World Health Organization, 2024.
4. U.S. Department of Health and Human Services. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the surgeon general. Atlanta, GA: U.S.: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.
5. World Health Organization (WHO). WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015. İsviçre: World Health Organization, 2008.
6. Uyanusta Küçük FÇ. Tütün dumanından pasif etkilenim ve üçüncü el tütün dumanı: güncel değerlendirmeler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2019; 28(Özel sayı): 7-12. Available at: <http://www.ssuk.org.tr/savefiles/OzelSayi.pdf>
7. İkışık H, Turan G, Kutay F, et al. Üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin incelenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2020; 73(3): 247-252.
8. Abacıgil F, Harlak H, Okyay P. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32). Ankara: Turkey Ministry of Health, 2016: 43-61.
9. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. American Journal of Preventive Medicine 2009; 36(5): 446-451.
10. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuberk Toraks 2004; 52(2): 115-121.

11. Öntaş E, Aslan D. Küresel yetişkin tütün araştırması; Türkiye 2016 verileri. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Toplum için Bilgilendirme Dizisi (2018/2019-63). Available at: <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr> (Accessed on Sep 9, 2024).
12. Yılmaz A, Turan A. Sigara bırakma tedavisindeki hastalarımızın genel özellikleri ve tedavi başarısını etkileyen faktörler. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2015; 29(3): 145-149.
13. Şahbaz S, Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara içme ve demografik özelliklerin sigara bırakma tedavilerinin sonuçlarına etkileri. Toraks Dergisi 2007; 8(2): 110-114.
14. Wagner J, Burg M, Sirois B. Social support and the transtheoretical model: relationship of social support to smoking cessation stage, decisional balance, process use, and temptation. Addictive Behaviors 2004; 29(5): 1039-1043.
15. Pisinger C, Vestbo J, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. It is possible to help smokers in early motivational stages to quit: the Inter99 study. Preventive Medicine 2005; 40(3): 278-284.
16. Pawlina MMC, Rondina RDC, Espinosa MM, Botelho C. Nicotine dependence and levels of depression and anxiety in smokers in the process of smoking cessation. Archives of Clinical Psychiatry 2014; 41: 101-105.
17. Velioglu U, Sönmez CI. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların nikotin bağımlılığının sosyo demografik özellikler ve depresyon ile ilişkisi. Dicle Tıp Dergisi 2018; 45(1): 35-41.
18. Karakul C. Ankara ili Polatlı ilçesinde aile sağlığı merkezlerine kayıtlı nüfusta kronik hastalık tanılı popülasyonda sigara içme durumunun sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi [Dissertation]. Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2022.
19. Sadeghi S, Brooks D, Stagg-Peterson S, Goldstein R. Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2013; 10(1): 72-78.
20. Argüder E, Hasanoğlu HC, Karalezli A, Kiliç H. Sigara bırakmaya eğilimi artıran faktörler. Tüberk Toraks 2012; 60(2): 129-135.
21. Salepci B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E, Çağlayan B, Kader ŞN. Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. Toraks Dergisi 2005; 6(2): 151-158.
22. Battal S, Güneş G, Açıık Y. Elazığ merkez bölgesinde kadınların çevresel sigara dumanına maruziyeti ve bu konudaki bilgi ve tutumları. Journal of Turgut Ozal Medical Center 2009; 16(3): 149-156.
23. Tsai J, Homa DM, Gentzke AS, et al. Exposure to secondhand smoke among nonsmokers—United States, 1988–2014. Morbidity and Mortality Weekly Report 2018; 67(48): 1342-1346. [Crossref]
24. Karagoz SA. Tütün bağımlılığı tedavi polikliniğine başvuran bireylerde sağlık okuryazarlığı durumu [Dissertation]. Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2019.
25. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health 2013; 13(1): 1-10.
26. Esmer B, Sengezer T, Aksu F, Özkara A, Aksu K. Clinical, sociodemographic and tobacco-use factors associated with smoking cessation rates at three years follow-up, Ankara, Turkey. Tob Prev Cessat 2019; Nov 7:47. [Crossref]
27. Danagöz AP, Can Ö, CETİN H, Şimşek EE. Sigara içmeyen gebelerde pasif sigara içicilik düzeyleri ve ilişkili faktörler. Bağımlılık Dergisi 2020; 21(4): 265-274.
28. Hamzaçebi H, Ünsal M, Dabak Ş, Aker S, Bilgin S. Samsun Tekkeköy ilçesi ilköğretim öğrencilerinde sigara içme prevalansı ve etkileyen faktörler. Toraks Dergisi 2008; 9(1): 34-39.
29. Tanrıöver MD, Yildirim HH, Ready FND, Çakır B, Akalin HE. Sağlık okuryazarlığı araştırması. Sağlık-Sen Yayınları 2014; 6: 42-47.
30. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. Health Education Research 2010; 25(3): 464-477.
31. Abacıgil F, Harlak H, Okyay P. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR). Ankara: Turkey Ministry of Health, 2016: 21-42.
32. Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Musella M, Piscopo G. The Italian health literacy project: insights from the assessment of health literacy skills in Italy. Health Policy 2016; 120(9): 1087-1094.
33. Ozkan S, Dikmen A, Tuzun H, Karakaya K. Prevalence and determiners of health literacy in Turkey: Asiye Ugras Dikmen. The European Journal of Public Health 2016; 26: 072.
34. Berens E-M, Vogt D, Messer M, Hurrelmann K, Schaeffer D. Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. BMC Public Health 2016; 16(1): 1-8.
35. Geboers B, Ueters E, Reijneveld SA, et al. Health literacy among older adults is associated with their 10-years' cognitive functioning and decline-the Doetinchem Cohort Study. BMC Geriatrics 2018; 18(1): 77.

36. Kobayashi L, Wardle J, Wolf M, von Wagner C. Cognitive function and health literacy decline in a cohort of aging English adults. *Journal of General Internal Medicine* 2015; 30: 958-964.
37. Şirin H, Deniz S, Oğuzöncül AF, Ketrez G, Ertuğrul O, Memiş D. Firat Üniversitesi meslek yüksek okulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi* 2021; 6(2): 148-158.
38. Sun S, Yu H, Ling J, Yao D, Chen H, Liu G. The influence of health literacy and knowledge about smoking hazards on the intention to quit smoking and its intensity: an empirical study based on the data of China's health literacy investigation. *BMC Public Health* 2023; 23(1): 2355. [\[Crossref\]](#)
39. Kinoshita S, Hirooka N, Kusano T, Saito K, Aoyagi R. Does health literacy influence health-related lifestyle behaviors among specialists of health management? a cross-sectional study. *BMC Primary Care* 2024; 25(1): 29. [\[Crossref\]](#)
40. Wang M, Ma Y, Zhang X. The association of smokers' health literacy with willingness to quit smoking Chinese adults. *Current Psychology* 2024; 43(19): 17593-17601. [\[Crossref\]](#)