



ARAŞTIRMA MAKALESİ
RESEARCH ARTICLE
CBU-SBED, 2019, 6(1):8-14

Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuranlarda Sağlıklı Yaşam Davranışları ile Anksiyete ve Depresyon İlişkisi

Ayşe Didem Esen¹, Didem Kafadar^{2*}

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye
email:didem_esen@hotmail.com Orcid:0000-0002-5475-353X

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye
email:dkafadar@gmail.com, Orcid:0000-0002-8004-5609

*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Didem Kafadar

Gönderim Tarihi / Received:06.11.2018

Kabul Tarihi / Accepted: 25.03.2019

Öz

Amaç: Sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin sosyodemografik ve sigara içme öyküsüne göre anksiyete ve depresyon düzeylerini değerlendirmek, anksiyete ve depresyon ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Çalışmaya bir eğitim ve araştırma hastanesindeki sigara bırakma polikliniğine başvurmuş, başka herhangi bir hastalığı bulunmayan, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) uygulanmış olan hastalar alınmış, dosyalardaki SYBDÖ II, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD), Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), sosyodemografik özellikleri ve sigara kullanımı öyküsüne dair bilgiler retrospektif olarak incelenmiş ve istatistiki değerlendirmeler yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya alınan 73 kişinin 43'ü (%58,9) erkek, 30'ü (%41,1) kadındı. Ortalama HAD Anksiyete (HAD-A) puanı 8,74±3,55; HAD Depresyon (HAD-D) puanı 7,04±3,74; SYBDÖ II toplam skoru 125,44±20,07 olarak bulundu. HAD-A ortalama puanları cinsiyet ve eğitim durumu ile ilişkili bulunmuştur. Mavi yakalı çalışanlarda HAD-A, HAD-D ortalamaları beyaz yakalı çalışanlara göre yüksek bulunmuştur (sırasıyla p=0,015; p=0,002).

HAD-A ve HAD-D değerleri ile SYBDÖ II toplam skoru ile alt ölçeklerden manevi gelişim, stres yönetimi ve fiziksel aktivite skorları arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur. Ayrıca HAD-A değerleri ile sağlık sorumluluğu skorları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon gözlenmiştir.

Sonuç: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları birbirleriyle ve anksiyete ile depresyon düzeyi ile etkileşim göstermektedir. Sigara kullanmanın yanı sıra sağlığı geliştirici diğer davranışların da gerektiği kadar uygulanmaması, manevi gelişim ve stres yönetiminde yeterli olunamamasına yol açabilir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile anksiyete ve depresyon değerleri birbiriyle ilişkili bulundu. Sigara bırakma sürecinde hastalara yönelik bütüncül yaklaşım benimsenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sigara Bırakma, Anksiyete, Depresyon, Sağlıklı Yaşam Tarzı.

Abstract

Aim: The aim was to evaluate the anxiety and depression levels according to the sociodemographic features and smoking history and also to determine the association of anxiety and depression with health promoting lifestyle behavior.

Material and Methods: Patients who have been admitted to the smoking cessation outpatient clinic of a tertiary hospital without any comorbidities and who had Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) in hospital records were included to this study. HPLP-II, Hospital Anxiety Depression(HAD), Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), sociodemographic features, and smoking behavior history data were investigated retrospectively from the hospital records and were evaluated statistically.

Results: Among 73 patients 43(58,9%) were men,30(41,1%) were women.HAD Anxiety(HAD-A) mean score was 8,74±3,55; HAD Depression (HAD-D) mean score was 7,04±3,74 and HPLP II mean total score was 125,44±20,07. Gender and educational status were associated with HAD-A mean scores. In blue-collar workers, mean HAD-A and HAD-D scores were higher than white-collar workers (p=0,015; p=0,002, respectively). A medium negative significant correlation was found between HAD-A ve HAD-D scores and HPLP II total scores and subscales of spiritual development, stres management and physical activity. Also a medium negative correlation was observed between HAD-A scores and health responsibility scores.

Conclusion: Different health promoting lifestyle behavior interact with each other and anxiety and depression. Besides smoking lack of practicing other health promoting behavior, inadequacy in spiritual development and in stress management may be present. Health promoting lifestyle behavior and anxiety and depression levels were found to be associated. A holistic approach should be adopted towards patients during smoking cessation.

Keywords: Smoking Cessation, Anxiety, Depression, Healthy Lifestyle.

1 Giriş

Tütün kullanımı dünyada her yıl 7 milyondan fazla kişinin ölümüne yol açmaktadır [1]. Zararları bilinmesine rağmen tütün kullanımı oldukça yaygındır ve başarılı olduğu kanıtlanmış olan politikaların uygulanması ile tütün kullanımı salgınının kontrol edilebileceği bildirilmiştir [2]. Global olarak 2018 verilerine göre 15 yaş üstünde olan 942 milyon erkek, 175 milyon kadın sigara içmektedir [1]. Ülkemizde ise 2016 verilerine göre 15 yaş üzerinde tütün kullanımı erkeklerde %43,7; kadınlarda ise %18,2 olarak belirlenmiştir [3].

Tütünün bağımlılık yapıcı etkisinden sorumlu olan nikotin, beyindeki nikotinik kolinerjik reseptörlere etki ederek dopamin ve diğer bazı nörotransmitterlerin salınımını tetikler. Dopamin, glutamat ve GABA nikotin bağımlılığı gelişiminde yer alır. Sigara içenler aynı etkilere ulaşmak için her gün aynı miktarda nikotin almaya ihtiyaç duyarlar [4]. Nikotin yoksunluğu anksiyete ve strese sebep olmakta ve bu da tekrar sigara içmeyi özendirir [5].

Depresyon ilgi kaybı ile giden ve kendini hüzünlü, kederli, umutsuz ya da değersiz hissetmenin eşlik ettiği bir duygudurum bozukluğudur. Anksiyete ise, içten gelen belirsiz ya da kökeni iç çatışmaya dayalı olan bir tehdit karşısında gösterilen tepkidir. Anksiyete, depresyonun sık görülen bir semptomudur ve depresyondaki hastaların %90 kadarını etkiler [6]. Depresyon ve anksiyetesi olan bireylerin olmayanlara göre daha fazla sigara içtiklerini ve nikotin bağımlılık oranlarının daha yüksek olduğunu gösteren birçok çalışma vardır [7-9]. Depresyon ve sigara içmenin birlikteliğini gösteren çok sayıda çalışmaya rağmen bu birlikteliğin mekanizması çelişkili görünmektedir. Birinci açıklamaya göre, araya giren genetik veya çevresel faktörler nedeniyle depresyon ve sigara tüketimi sıklıkla birlikte görülmektedir. Başka bir açıklamaya göre ise depresyon ve sigara içme arasında neden sonuç ilişkisi bulunmaktadır. Depresyon deneyimleyen kişiler sigara tüketimini artırarak depresyon semptomlarını azaltmaya çalışıyor olabilir ya da sigara içmeye ve nikotin bağımlılığına yol açan etmenler kişide depresyona yatkınlık oluşturabilir [10,11].

Sigara içme; alkol aşırı kullanımı, fiziksel aktivite azlığı ve sağlıksız beslenme gibi sağlığı etkileyen riskli çoklu davranışlar içinde kabul edilmektedir [12]. Bu tür davranışların kişilerde birlikte görülmesi kişilerin sağlık açısından da anksiyetesini artırabilmektedir. Sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerde sağlık anksiyetesi düzeylerinin araştırıldığı çalışmada

katılımcıların %23,6'sında belirgin sağlık anksiyetesi bulunmuştur [13]. Sağlığı geliştirmede hedeflenen hastalıkların önlenerek iyilik halinin geliştirilmesi ve hayatın her evresinde sağlıklı bir yaşam sürdürülmesidir [14]. Pender sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi olarak sınıflamıştır [15]. Walker tarafından 1987 yılında geliştirilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ilk versiyonu [16], Walker ve arkadaşları tarafından revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır [17]. Sağlıklı yaşam davranışlarının sigara içme davranışı ile ilişkili olduğu, sigara içmeyenlerin daha yüksek ölçek puanına sahip olduğu bulunmuştur [18]. Bu çalışmada sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin sosyodemografik ve sigara içme özelliklerine göre anksiyete ve depresyon düzeyleri değerlendirilmiş, anksiyete ve depresyon varlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Sigara bırakma polikliniklerine başvuran kişilerin sağlığı geliştirici davranışları yeterli uygulamadığı ve bu grupta anksiyete ve depresyon görülme sıklığının daha yüksek olabileceği düşünülerek bu araştırma planlanmıştır.

2.Gereç ve Yöntem

Çalışmaya bir eğitim ve araştırma hastanesi sigara bırakma polikliniğine başvurmuş, başka herhangi bir hastalığı bulunmayan, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) uygulanmış olan 73 hasta dahil edilmiştir. Mevcut olan hastaların dosyalarının içeriğinde bulunan yaş, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikler, Fagerström Bağımlılık Testi (FNBT) ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) gibi sigara bırakma polikliniğine ait bilgiler ile SYBDÖ II verileri retrospektif olarak incelenmiş ve istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

2.1 Ölçekler

Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT)

Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT) tütün içinde bağımlılık yapıcı madde olan nikotine fiziksel bağımlılık düzeyini ölçmek için sigara bırakma polikliniklerinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Fagerström Tolerans Testinden (FTT) geliştirilmiştir [19,20]. Bu test sigara tüketim sayısı, sigara kullanma dürtüsü ve bağımlılığını değerlendiren 6 maddeden oluşmaktadır. Tüm maddelerin puanları toplanarak 0-10 arası olabilen toplam puan hesaplanır. Toplam puanın yüksek olması fiziksel bağımlılığın yüksek olduğunu gösterir. FNBT puanları, nikotin bağımlılığı düşük (0-3puan), orta (4-6 puan), yüksek (≥ 7 puan) olarak 3 grupta derecelendirilmiştir [20]. Testin Türkçe geçerlilik

çalışması Uysal ve ark tarafından yapılmış ve sigara bırakma polikliniklerinde nikotin bağımlılığını değerlendirmede ölçüm metodu olarak kullanılabileceği sonucuna varılmıştır [21].

Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği

Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Zigmond tarafından geliştirilmiştir [22]. Bu ölçek hastanelerde anksiyete ve depresyonu taramak üzere kullanılmaktadır. Psikolojik sıkıntıyı tanımlamak üzere HAD skalası anksiyete ve depresyonu ölçen 4'lü likert tipi, 7'si anksiyeteyi, diğer 7'si depresyonu değerlendiren 14 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin maddelerinin puanları 0-3 arasındadır [22]. Aydemir ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış; anksiyete alt ölçeği için 10 puan ve depresyon alt ölçeği için 7 puan ölçeğin kesme noktaları olarak belirlenmiştir. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir [23]. İki alt ölçekten alınabilecek en düşük puan 0; en yüksek puan 21'dir.

Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)

Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ölçeği ile kişilerin sağlığı geliştiren davranışları ile ilişkili sağlıklı yaşam tarzları değerlendirilmektedir [17]. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve ark tarafından yapılmıştır [24]. Manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi olarak altı faktörden oluşan ölçeğin 52 maddesi bulunmaktadır. Ölçek 4'lü likert şeklinde derecelendirilmektedir. Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermekte ve ölçeğin toplamından en düşük 52 puan, en yüksek 208 puan alınabilmektedir [24]. Toplam ve alt ölçeklerden alınan puanların yükselmesi bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını gösterir [17,24].

2.2 İstatistiksel Analiz

Çalışmamızda istatistiksel değerlendirmeler NCSS 2007 İstatistiksel Yazılım (Utah, ABD) programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerle ortalama ve standart sapmalar ve frekanslar saptandı. Gruplar arası karşılaştırmalar tek yönlü varyans analizi ile, alt grup analizi tukey multipl karşılaştırma testi ve bağımsız t testleri ile yapıldı. Normal dağılıma uygunluk gösteren parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Korelasyon katsayıları (r) pozitif veya negatif olarak; 0-0,24 zayıf, 0,25-0,49 orta, 0,50-0,74 güçlü ve 0,75-1,00 çok güçlü olarak kabul edildi. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

3. Bulgular

Çalışmaya alınan 73 kişinin 43'ü (%58,9) erkek, 30'u (%41,1) kadındı. Yaş ortalaması $34,19 \pm 8,73$ olarak bulundu. Demografik veriler Tablo-1'de verilmiştir. Kadınlarda HAD-A puan ortalamaları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0,019$). HAD-D ortalamaları arasında kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,319$).

Eğitim durumlarına göre ilkökul, ortaokul, lise, yüksekökol mezunu grupların HAD-A ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiş ($p=0,024$) ve Tukey çoklu karşılaştırma testi ile yüksekökol mezunlarının HAD-A puan ortalamalarının ilkökul mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($p=0,014$).

Tablo-1. Demografik özelliklere göre HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon puan ortalamaları

	HAD Anksiyete	HAD-Depresyon
Yaş		
20-30 (n:28)	8.54±3.687	6.93±3.848
31-40(n:27)	9.3±3.667	7.19±3.863
>41(n:18)	8.22±3.209	7±3.565
p	0.572	0.968
Cinsiyet		
Erkek(n:43)	7.93±3.61	6.67±3.8
Kadın(n:30)	9.9±3.17	7.57±3.64
p	0.019*	0.319
Eğitim durumu		
İlkökol(n:13)	10.92±3.593	9±2.944
Ortaokul(n:17)	9.12±4.226	7.24±3.192
Lise(n:17)	8.82±3.005	7.29±3.531
Yüksekökol(n:16)	7.35±2.87	5.77±4.217
p	0.024*	0.079
Medeni durum		
Evlî(n:48)	9.23±3.83	7.52±3.7
Bekâr(n:25)	7.8±2.75	6.12±3.7
p	0.103	0.129
Çocuk sahibi olma durumu		
Var (n:40)	9.28±3.9	8.09±3
Yok (n:33)	7.65±3.63	6.3±3.79
p	0.157	0.126
Çalışma durumu		
Evet (n:54)	8.22±3.42	6.52±3.79
Hayır (n:19)	10.11±3.66	8.39±3.26
p	0.048*	0.065
Meslek		
Beyaz yakalı (n:37)	7.76±3.31	5.76±3.94
Mavi yakalı (n:36)	9.75±3.54	8.36±3.04
p	0.015*	0.002**
Vücut kitle indeksi		
25 ve altı(n:13)	8.77±3.86	6.77±2.83
25 üstü(n:60)	8.73±3.51	7.1±3.92
p	0.974	0.775

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Evlî ve bekâr gruplar arasında HAD-A, HAD-D puanları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (sırasıyla $p=0,103$; $p=0,129$). Çalışanlarda HAD-A ortalamaları çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p=0,048$). Poliklinik kayıtları tutulduğu zaman diliminde bir işte çalışanlar ve

çalışmayanlar arasında HAD-D ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,065$). Mavi yakalı çalışanlarda HAD-A, HAD-D ortalamaları beyaz yakalı çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,015$; $p=0,002$). Vücut kitle indeksleri 25 ve üstünde ve 25'in altında olanların HAD-A ve HAD-D ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (sırasıyla $p=0,974$; $p=0,775$).

Tablo-2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II toplam ve alt grup puanları ile HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon puanları arasındaki korelasyon analizleri

Ortalama Puanlar		HAD-Anksiyete (8.74±3.55)	HAD-Depresyon (7.04±3.55)
Toplam Skor (125.44±20.07)	r	-0.349	-0.323
	p	0.002*	0.005*
Sağlık Sorumluluğu (20.58±4.54)	r	-0.260	-0.207
	p	0.026*	0.079
Fiziksel Aktivite (16.08±5.31)	r	-0.251	-0.281
	p	0.032*	0.016*
Beslenme (19.79±3.96)	r	-0.012	-0.124
	p	0.916	0.295
Manevi Gelişim (26.03±4.76)	r	-0.456	-0.367
	p	0.0001*	0.001*
Kişilerarası İlişkiler (25.15±4.53)	r	-0.230	-0.160
	p	0.055	0.177
Stres Yönetimi (17.92±3.79)	r	-0.379	-0.356
	p	0.001*	0.002*

*Orta düzeyde korelasyon

HAD-Anksiyete (HAD-A) puan ortalaması 8,74±3,55; HAD-Depresyon (HAD-D) puanı ortalaması 7,04±3,74 bulundu (Tablo-2). HAD-A için 7 ve üstü, HAD-D için 10 ve üstü puan değerlendirmede esas alınmıştır.

HAD-A ölçek eşik üstü alanlar %63; HAD-D eşik üstü alanlar %22 olarak bulundu.

SYBDÖ II toplam skoru 125,44±20,07 olarak bulundu.

Alt ölçeklerin ortalama puanları HAD ile korelasyonları Tablo-2 de sunulmuştur.

HAD-A değerleri ile SYBDÖ II toplam skoru ve alt ölçeklerden manevi gelişim, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite skorları arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir. HAD-D değerleri ile SYDÖ II toplam skoru ve alt ölçeklerden manevi gelişim, stres yönetimi, fiziksel aktivite skorları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon gözlenmiştir (Tablo-2).

Korelasyon analizinde, sigaraya başlama yaşı, bir günde içilen sigara adeti, sigara içilen yıl, içilen paket/yıl, sigarayı bırakma deneme sayısı, FNBT puanı değerleri ile HAD-A ve HAD-D puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmemiştir (Tablo-3).

Yaş grupları arasında, 20-30 arası yaş, 31-40 arası yaş ve 41 yaş üstü gruplarının HAD-A ve HAD-D puanları

ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. (sırasıyla $p=0,572$, $p=0,597$).

4.Tartışma

Bu çalışmada bir eğitim ve araştırma hastanesi sigara polikliniğine başvurmuş olan sigara içenlerde anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sağlıklı yaşam davranışları ilişkisi incelenmiştir. Anksiyete, depresyon ve sigara içme arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, depresyon ve stresin sigaraya başlamaya ilişkili bağımsız risk faktörleri olduğu gösterilmiştir [25]. Sigara içenlerin; sigara içmenin anksiyolitik ve antidepresan etkileri olduğunu sıklıkla ifade ettikleri bilinmektedir [10] ancak depresyon semptomlarını iyileştirmek için sigara içilse de sigara içme ile kronik sigara maruziyeti sonucu nörotransmitter yollarında değişimler ile depresyon gelişme riskinin de artabildiği belirtilmiştir [10]. Bir derlemede; sigara içen ve depresyon belirtileri gösterenlerin; sigara bırakmak için motive olduğu, sigara bırakmanın depresyon semptomlarını artırmadığı ve depresyonun sigara bırakmayı negatif yönde etkilemediği ve kendini iyileştirme hipotezinin tütün bağımlılığı ve depresyon beraberliği için geçerli olmadığı bildirilmiştir [26]. Sigara bırakmadan önce ve bıraktıktan en az 6 hafta sonra hastaları değerlendiren izlem çalışmalarının analizinde, anksiyete, depresyon veya her ikisi ve stresin sigarayı bırakanlarda sigara içmeye devam edenlere nazaran anlamlı olarak azaldığı bulunmuştur [27].

Sigara içen kişiler sigara bırakma polikliniklerine çoğu zaman sigaraya bağlı gelişebilecek hastalık endişesi ile başvurumaktadırlar. Yakın zamanlı yapılan bir çalışmada, sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerdeki sağlık anksiyetesi düzeyinin kronik hastalığı bulunan kişilere yakın olduğu gözlenmiştir [13]. Sigara içme, kronik hastalık bulunması ile benzer sağlık anksiyetesine sebep olmaktadır. Bir çalışmada romatoid artritli olan hastalarda, HAD-A puan ortalaması 8,24±4,46, HAD-D puan ortalaması 6,50±3,87; sağlıklı kontrol grubunda ise HAD-D puan ortalaması 4,92±3,47, HAD-A puan ortalaması 5,46±3,58 bulunmuştur [28]. Birinci basamakta kronik hastalığı olan bireylerde yapılan bir çalışmada hastaların HAD ölçeğinden aldıkları anksiyete puan ortalamaları 10,40±2,58; depresyon puan ortalamaları 9,47±2,41 olarak bulunmuştur [29]. Çalışmamızda kronik hastalığı olmayan sigara içenlerde HAD-A puan ortalaması 8,74±3,55; HAD-D puan ortalaması 7,04±3,74 bulundu. Bu değerlerin diğer çalışmalardaki hastalığı bulunanların puanlarıyla benzeşmekte olduğu görülmüştür.

Hastalığı olan kişilerde hastalık durumuyla başa çıkacak yeterli kaynağa sahip olunmadığının hissedilmesinin sağlık anksiyetesini arttırdığı belirtilmiştir [30].

Tablo -3. HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon puanları ile sigara öyküsünün korelasyonu

		Paket/yıl	Günde içilen sigara sayısı	Sigaraya başlama yaşı	Sigara İçme yılı	Sigarayı bırakma deneme sayısı	FNBT* puanı
HAD -A	R	0.174	0.148	0.079	0.135	-0.129	0.226
	P	0.142	0.212	0.504	0.256	0.278	0.055
HAD-D	R	0.164	0.109	0.036	0.165	-0.14	0.154
	P	0.166	0.358	0.761	0.162	0.236	0.194

Depresyon gelişiminde, kişilerde bedensel hastalık bulunması risk faktörleri arasında kabul edilmektedir [31].

Genç erişkinlerle yapılan bir çalışmada major depresyon olgularında günlük sigara içme ve nikotin bağımlılığı oranlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir [6]. Adölesanlarda yapılan çalışmalarda, sigara içme ile anksiyete bozuklukları ve depresyon arasında ilişki gösterilmiştir [7,8]. Geniş nüfus tabanlı bir çalışmada halen sigara içmekte olanlarda önceden sigara içen ve hiç sigara içmemiş olanlara göre fazla anksiyete ve depresyon görüldüğü saptanmıştır [32].

Kronik hastalığı olmayan hastaların değerlendirildiği çalışmamızda HAD-A eşik üstü alanlar %63; HAD-D eşik üstü alanlar %22 olarak bulundu. Depresyon ve anksiyetenin sigara alışkanlığıyla bağlantısını ve ilişki yönünü araştıran bir derlemede çalışmaların yaklaşık yarısından fazlasında depresyon ve anksiyetesi olanlarda ilerleyen yıllarda sigara içme davranışı geliştiği, yaklaşık üçte birinden fazlasında da sigara içme ve maruziyetinin daha sonra gelişen depresyon ve anksiyete ile bağlantısı olduğu görülmüştür. Sigara içme alışkanlığıyla anksiyete ve depresyon ilişkisinin iki yönlü anlaşılması için daha ileri düzey araştırmalara ihtiyaç olduğu belirtilmiştir [33].

Çalışmamızda sigara içen kadınların HAD-A ve HAD-D puanları erkeklerden yüksek bulunduğu ancak istatistiki anlamlılığı HAD-A puanlarında olduğu görüldü. Kadın cinsiyetin depresyon gelişiminde risk etkeni olabileceği düşünülmüştür. Biyolojik, ruhsal kişilik özellikleri, toplumsal ve kültürel konumu nedeniyle kadınlarda depresyona yatkınlık olabileceği bildirilmiştir [31]. Birinci basamakta kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon düzeylerini araştıran bir çalışmada kadınların anksiyete düzeyinin erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı fazla olduğu, depresyon düzeyinin de istatistiksel olarak anlamlı olmasa da erkeklerden fazla olduğu belirlenmiştir [29]. Diyabeti olan hastalarda, kadınlarda erkeklere göre HAD-A ve HAD-D puanları yüksek bulunmuştur [34]. Adölesanlarda yapılan bir başka çalışmada sigara içen kızlarda anksiyete ve depresyon oranları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur [8].

Çalışmamızda cinsiyet yanında eğitim durumunun da anksiyete puanlarını etkilediği ve yüksek okul mezunlarının anksiyete puanlarının ilkökul mezunlarına göre düşük olduğu gözlemlendi. Birinci basamakta kronik

hastalığı olan bireylerde yapılan bir çalışmada, eğitim durumu yüksek olanlarda depresyon puanlarının düşük olduğu, yüksek yaş gruplarında ise anksiyete puanlarının yüksek olduğu bildirilmiş, aynı çalışmada yaş ve cinsiyetin anksiyete düzeyini, yaş ve eğitim durumunun ise depresyon düzeyini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilediği belirlenmiştir [29]. Çalışmamızda yaş grupları arasında depresyon ve anksiyete puanlarında anlamlı bir farklılık görülmedi. Çalışmamızda mavi yakalı çalışanlarda HAD-A ve HAD-D ortalamaları beyaz yakalı çalışanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışma koşullarının anksiyete ve depresyon gelişimi üzerine önemli etkisi bulunmaktadır. Ağır metal tozlarına ve solventlere maruz kalan bir grup erkek işçi üzerinde yapılan bir araştırmada işçilerin yarıdan fazlasının sigara içtiği gözlemlenmiş HAD ölçeği ile %37,9’unda anksiyete, %44,2’sinde depresyon %25,7’sinde anksiyete ve depresyon birlikte görülmüş; ancak anksiyete ve depresyonu olmayan grupta çalışma saatleri ve nikotin bağımlılık düzeyleri anksiyete ve depresyonu olanlara göre daha düşük bulunmuştur [35]. Sigara bırakmak isteyenlerin değerlendirildiği başka bir çalışmada, mavi yakalı çalışanlarda, beyaz yakalı çalışanlara göre sağlık anksiyete puan ortalamaları daha yüksek gözlemlenmiştir [13].

Sağlıklı yaşam davranışları birbiriyle etkileşimi olan davranışları içermektedir [14]. Koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluğu araştıran bir çalışmada Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları arttıkça SYBD II, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puanlarının düştüğü görülmüştür [36]. Çalışmamızda da benzer şekilde SYBDÖ II toplam skor, fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi değerlerinin HAD-D puanları arttıkça azaldığı gözlemlendi. Buna göre karamsarlık, umutsuzluk gibi belirtilerle giden depresyon; fiziksel aktivite, stres yönetimi ve manevi gelişim alt grupları önde olmak üzere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında azalmaya yol açmaktadır. Bir çalışmada, sigara içmeyen öğrencilerin sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puanları sigara içenlere nazaran daha yüksek bulunmuştur [18]. Kadınlarda yapılan bir başka çalışmada, depresif semptomların sağlıklı yaşam davranışlarına ve yaşam kalitesine etkisi olduğu ve depresif semptomların erken teşhisi ve tedavisinin sağlıklı yaşam davranışları gösterilmesinde faydalı olacağı ve yaşam kalitesini yükselteceği bildirilmiştir [37]. Literatürdeki çalışmalarda; gruplar

sigara içen ve içmeyen olarak ayrılmış, sigara içen ancak bırakma girişimi olan hastalardan oluşan çalışmalara rastlanmamıştır. Koroner arter hastalığı olan hastalarda, ölçek toplam puanının sigara kullanma durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur [36]. Türkiye’de yapılan bir çalışmada, çalışma grubunda sigara içen kişilerin toplam skor ortalaması 123,2±19,8; sigara içmeyenlerin ise 129,0±17,7 bulunmuştur [18]. Bu çalışmada SYBDÖ II toplam skoru 125,44±20,07 olarak bulundu; toplam skor diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda anksiyete düzeyi arttıkça SYBD II toplam skoru, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim değerlerinin azaldığı gözlemlendi. Bireyin kendi sağlığına önem vermesi ve kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk duygusunu içeren sağlık sorumluluğu yanında iç kaynakların gelişimi ile yaşamdaki amaçlar için çalışma ve iç huzur ile ilişkili olan manevi gelişim [17,24] ve stres yönetiminde yeterli olunamaması anksiyete düzeylerini arttırarak genel sağlıklı yaşam davranışlarının daha az uygulanmasına neden olabilir.

5.Sonuç

Sonuç olarak, sigaranın sağlığa zararları toplum tarafından bilinmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları birbirleriyle ve anksiyete ve depresyon düzeyi ile etkileşim göstermektedir. Sigara kullanmanın yanı sıra diğer sağlığı geliştirici davranışların da gerektiği kadar uygulanmaması durumunda kişilerin anksiyetesi artabilir; sigarayı bırakamadıkları için depresif semptomlar gösterebilirler. Sigara bırakmak isteyen hastalar bütüncül yaklaşımla değerlendirilmelidir.

Çalışmanın kısıtlılıkları ve güçlü yanları

Çalışmamıza dosyalarında SYBDÖ II ölçeği bulunmayan hastalar dahil edilmemiştir. Dosyalarda yer alan ölçek; ölçeği doldurmaya gönüllü, okur yazar olan ve sigaraya bırakmak için istekli kişiler tarafından doldurulmuştur. Anksiyete ile depresyon düzeyi yüksek hastalar sigara bırakma konusunda isteksiz olup polikliniğe hiç başvuruyor olabilirler. Bu gibi kısıtlılıklar çalışma sonuçlarını etkilemiş olabilir. Literatürde sigara bırakma girişimi olan hastalardan oluşan çalışmalara rastlanmamıştır. Çalışma grubunun bu özelliği çalışmamızın güçlü yanlarından.

6. Kaynaklar

1. 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. Erişim:https://tobaccoatlas.org/wpcontent/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes_Rev03_18.pdf. Son erişim: 15.10.2018.
2. Ergüder T. Küresel Tütün Kullanımı Salgını ve Kontrolü. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2018;12(4)301-306.
3. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2017 Monitoring tobacco use and prevention policies.

4. Benowitz NL. Nicotine Addiction. *The New England journal of medicine*. 2010;362(24) : 2 295 -2303.5.Le Moal M, Koob GF. Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *European Neuropsychopharmacol*, 2007;17:377–93
5. Le Moal M, Koob GF. Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *Eur Neuropsychopharmacology* 2007;17:377–93
6. Köroğlu E. Psikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. HYB Yayıncılık, Ankara, 2004, s. 257-325.
7. Fergusson DM, Goodwin RD, Horwood LJ. Major depression and cigarette smoking: results of a 21-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 2003, 33, 1357–1367.
8. Byeon H. Association among smoking, depression, and anxiety: findings from a representative sample of Korean adolescents. *PeerJ-the Journal of Life and Environmental Sciences*, 2015;3:e1288.
9. Richardson A, He J-P, Curry L, Merikangas K. Cigarette smoking and mood disorders in U.S. adolescents: Sex-specific associations with symptoms, diagnoses, impairment and health services use. *Journal of psychosomatic research*, 2012;72(4):269-275.
10. Munafo MR, Araya R. Cigarette smoking and depression: a question of causation. *The British Journal of Psychiatry*, 2010;196, 425–426.
11. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Cigarette smoking and depression: tests of causal linkage using a longitudinal birth cohort. *British Journal of Psychiatry* 2010; 196: 440–46.
12. Prochaska JJ, Spring B, Nigg CR. Multiple Health Behavior Change Research: An Introduction and Overview. *Preventive Medicine*. 2008;46(3):181-188.
13. Esen AD, Kafadar D, Arica S. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Kişilerin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ile Değerlendirilmesi. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 2018;7(1):5-13.
14. Lim BC, Kueh YC, Arifin WN, Ng KN. Validation of health promoting lifestyle profile-II: a confirmatory study with a Malaysian undergraduate students sample. *Education in Medicine Journal*. 2016;8(2):65-77.
15. Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson ET Health promotion and disease prevention: Toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook*, 1992; 40(3): 106-112.
16. Walker SN, Sechrist KR & Pender NJ. The Health Promoting Lifestyle Profile development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 1987; 36(2): 76-80.
17. Walker S, Sechrist K, & Pender N. The Health-Promoting Lifestyle Profile II. Omaha: University of Nebraska Medical Center, College of Nursing; 1995.
18. Nacar M, Baykan Z, Cetinkaya F, et al. Health promoting lifestyle behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2014;15(20),8969-74.
19. Pomerleau CS, Majchrezak ML, Pomerleau OF. Nicotine dependence and the Fagerstrom Tolerance Questionnaire: a brief review. *Journal of Substance Abuse*, 1989;1:471-7.
20. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 1991;86:1119-1127.
21. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, et al. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tüberküloz ve Toraks* 2004;52:115-21.
22. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983;67:361-70.
23. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Validity and Reliability of Turkish Version of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1997;8:280-7.
24. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II’ nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008;12:1-13.
25. Chation MO, Cohen JE, O’Loughlin J, Rehm J. A systematic review of longitudinal studies On the association between

- depression and smoking in adolescents. *BMC Public Health*, 2009 9:1–11.
26. Morozova M, Rabin RA, George TP. Co-morbid tobacco use disorder and depression: A re-evaluation of smoking cessation therapy in depressed smokers. *Am J Addict*. 2015;24(8):687-94.
 27. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 2014;13:348:g1151.
 31. Ünal S, Özcan E. Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı ve Koruyucu Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000; 1(1): 41-47.
 32. Mykletun A, Overland S, Aarø LE, Liabø HM, Stewart R. Smoking in relation to anxiety and depression: evidence from a large population survey: the HUNT study. *European Psychiatry*, 2008 ;23(2):77-84.
 33. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety.A Systematic Review, *Nicotine & Tobacco Research*,2017,3–13
 34. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon Anksiyete,Yaşam Kalitesi ve Yetiyitimi.*Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001;12(2):89-98.
 35. Ergün D, Ergün R, Ergun B, Kurt ÖK. Occupational Risk Factors and the Relationship of Smoking with Anxiety and Depression. *Turkish Thoracic Journal*, 2018 ;19(2):77-83.
 36. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 2013;4(1):1-6.
 37. Savoy SM, Penckofer S. Depressive symptoms impact health-promoting lifestyle behaviors and quality of life in healthy women. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2015;30(4):360-72.
 28. Altan L, Bingöl Ü, Sağırkaya Z, Sarandöl A, Yurtkuran M. Romatoid Artritli Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. *Archives of Rheumatology*, 2004; 19(1), 7-13.
 29. Hacıhasanoğlu R,Karakurt P,Yıldırım A,Uslu S. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Anksiyete ve Depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2010; 9(3):209-216.
 30. Alberts NM, Sharpe D, Kehler MD, Hadjistavropoulos HD. Health anxiety: comparison of the latent structure in medical and non-medical samples. *Journal of Anxiety Disorders* 2011;25:612–4.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Alıntı-Gayriticari4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

