



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GENÇLİK DANIŞMA BİRİMİNE BAŞVURAN ÜNİVERSİTE
ÖĞRENCİLERİNİN SİGARA BIRAKMA DURUMUNU
ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE AKRAN EĞİTİMİNİN ETKİSİ:
RETROSPEKTİF BİR DEĞERLENDİRME**

ÖZGÜL ÖRSAL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI

DANIŞMAN
DOÇ. DR. AYŞE ERGÜN

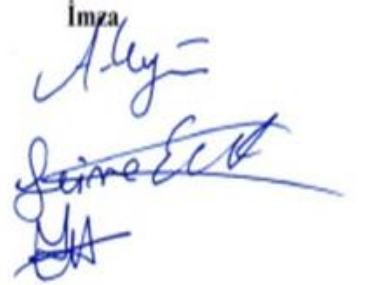
2019 - İSTANBUL

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Hemşirelik (HalkSağlığıHemşireliği)
Tez Sahibi : **Özgül Örsal**
Tez Başlığı : Gençlik Danışma Birimine Başvuran Üniversite Öğrencilerinin
Sigara Bırakma Durumunu Etkileyen Faktörler Ve Akran
Eğitiminin Etkisi: Retrospektif Bir Değerlendirme
Sınav Yeri : Hemşirelik Bölümü
Sınav Tarihi : 15/02/2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	Kurumu
Doç. Dr. Ayşe ERGÜN	Marmara Üniversitesi
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)	
Doç. Dr. Saime Erol	Marmara Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Işıl Işık	Yeditepe Üniversitesi

İmza


Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 2.0.2019... tarih ve 118 sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Beyan

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

21/02/ 2019

Öğrencinin Adı:

Özgül ÖRSAL

İmza

Teşekkür

Yüksek lisans tez eğitimim süresince ve tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak rehberlik eden değerli hocam ve danışmanım Doç. Dr. Ayşe ERGÜN'e ve ablam Doç. Dr. Özlem ÖRSAL'a, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen her zaman yanımda olan aileme teşekkür ederim.

Özgül ÖRSAL

İÇİNDEKİLER

I TEZ ONAYI	i
II BEYAN	ii
III TEŞEKKÜR	iii
IV İÇİNDEKİLER	iv
V KISALTMALAR ve GRAFİK LİSTESİ	v
VI TABLO LİSTESİ	vi
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1 Ülkemizde sigara kontrolüne yönelik yasal düzenlemeler ve eylem planları.....	5
4.2 İlaç Dışı Sigara Bırakma Yöntemleri	6
4.2.1 Basamaklı Tedavi Yöntemi (5A -5R).....	6
4.2.2 Transteoretik Model (TTM).....	8
4.2.2.1 Değişim Aşamaları	9
4.2.2.2 Değişim Süreci	12
4.2.2.3 Değişim Seviyeleri	13
4.2.3 Motivasyonel Görüşme	13
4.3 Gençlik, Davranış değiştirme süreci kuramları, Sigarayı bıraktırma ve Okul Sağlığı Hemşirelik.....	14
5 GEREÇ ve YÖNTEM	17
5.1 Araştırmanın Türü.....	17
5.2 Araştırmanın Evreni	17
5.3 Araştırmanın Yeri ve İşleyişi, Araştırmacının Özelliği ve Akran Eğitimi Programı	17
5.3.1 Gençlik Danışma Birimi (GEDAB).....	17
5.3.2 Gençlik Danışma Biriminin İşleyişi.....	17
5.3.3 Araştırmacının Özelliği.....	18
5.3.4 Hemşire liderliğinde yürütülen sigaraya yönelik hizmetler ve Akran Eğitimi Programı.....	19

5.4	Araştırmanın Veri Toplama Araçları	21
5.4.1	Fagestrom Nikotin Bağımlılık Testi	21
5.4.2	Öz-Yeterlilik Ölçeği (ÖYÖ)	21
5.4.3	Teşvik Eden Faktörler Ölçeği (TEFÖ)	22
5.4.4	Karar Alma Ölçeği (KAÖ)	23
5.4.5	TTM Değişim Aşamaları.....	24
5.4.6	Davranış Değiştirme Süreçleri Ölçeği (DDSÖ) (Process Definition).....	25
5.4.7	DSM-5 Depresyon Tanı Kriterleri	26
5.5	Verilerin Değerlendirilmesi	27
5.6	Araştırma Sınırlılıkları	27
5.7	Etik Açıklamalar	27
6	BULGULAR	28
7	TARTIŞMA	44
8	SONUÇ VE ÖNERİLER	57
9	KAYNAKLAR	58
10	EKLER	77
	Veri Toplama Anketleri	77
11	ETİK İZİN ve ARAŞTIRMA İZİNİ	81
12	ÖZGEÇMİŞ	83

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GEDAB	Gençlik Danışma Birimi
DDSÖ	Davranış Değişirme Süreci Ölçeği
ÖYÖ	Öz Yeterlilik Ölçeği
TEFÖ	Teşvik Edici Faktörler Ölçeği
TTM	Transteoretik Model
TKÇS	Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
YFC	Youth Friendly Center
Y-Peer	Youth-Peer

GRAFİK LİSTESİ

<u>Grafik No</u>		<u>Sayfa No</u>
Grafik 1	Öğrencilerin sekiz izleme göre Fagestrom bağımlılık düzeyleri	33
Grafik 2	Öğrencilerin sekiz izleme göre Öz yeterlilik ölçeği puan ortalamaların dağılımı.....	36
Grafik 3	Öğrencilerin sekiz izleme göre Sigara İçmeyi Teşvik Eden Faktörler ölçeği puan ortalamaların dağılımı.....	37
Grafik 4	Öğrencilerin sekiz izleme göre Karar Alma ölçeği puan ortalamaların dağılımı	39
Grafik 5	Öğrencilerin sekiz izleme göre DDSÖ puan ortalamaların dağılımı	41
Grafik 6	Öğrencilerin sekiz izleme göre Depresyon durumunun dağılımı ...	43

TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No</u>		<u>Sayfa No</u>
Tablo 1	Öğrencilerin tanımlayıcı bazı sosyo demografik özellikleri.....	28
Tablo 2	Öğrencilerin sigara içme ile ilgili bazı özellikleri.....	29
Tablo 3	Öğrencilerin sigara bırakmada sosyal destek ile ilgili bazı özellikleri.....	30
Tablo 4	Bazı değişkenlere göre sigarayı bırakma durumu.....	31
Tablo 5	Öğrencilerin sekiz izleme göre Fagestrom bağımlılık düzeyleri ...	32
Tablo 6	Akran eğitimcilerin etkisine göre 1-8. izlem Fagestrom puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 7	Sigarayı Bırakan ve sigarayı bırakamayan öğrencilerin Fagerstrom puan ortalamalarının karşılaştırılması	34
Tablo 8	Öğrencilerin Özyeterlilik ölçeği puan ortalamaları.....	35
Tablo 9	Akran eğitimcilerin etkisine göre 1-8.izlem Özyeterlilik puan ortalamalarının karşılaştırılması	36
Tablo 10	Sigarayı Bırakan ve sigarayı bırakamayan öğrencilerin Özyeterlilik ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	37
Tablo 11	Akran eğitimcilerin etkisine göre 1-8.izlem Sigara İçmeyi Teşvik Eden Faktörler puan ortalamalarının karşılaştırılması	38
Tablo 12	Sigarayı Bırakan ve Sigarayı Bırakamayan Öğrencilerin Sigara İçmeyi Teşvik Eden Faktörler Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 13	Akran eğitimcilerin etkisine göre 1-8.izlem KAÖ-Zararlar puan ortalamalarının karşılaştırılması	40
Tablo 14	Akran eğitimcilerin etkisine göre 1-8.izlem DDSÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	41
Tablo 15	Sigarayı Bırakan ve sigarayı bırakamayanlar arasında Davranış Değiştirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	42
Tablo 16	Öğrencilerin depresyon varlığının 1.izlem ile diğer izlemlerin karşılaştırılması	43

1. ÖZET

Gençlik Danışma Birimine Başvuran Üniversite Öğrencilerinin Sigara Bırakma Durumunu Etkileyen Faktörler ve Akran Eğitiminin Etkisi: Retrospektif Bir Değerlendirme

Öğrencinin Adı: Özgül Örsal

Danışmanı: Doç. Dr. Ayşe Ergün

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışma gençlik danışma birimine başvuran üniversite öğrencilerinin sigara bırakma durumunu etkileyen faktörler ve akran eğitiminin etkisini belirlemek amacıyla planlanmış retrospektif bir çalışmadır.

Metod: Çalışmanın verileri Gençlik Danışma Birimine (GEDAB) başvuran 1854 üniversite öğrencisi ve 759 akran eğitimi almış öğrenciye ait sigarayla ilişkili kayıt formlarından elde edildi. Öğrenci kayıt formlarında sigara bırakmayı etkileyen faktörlere ilişkin sorular, Fagestrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), Özyeterlik ölçeği (ÖYÖ), Sigara İçmeyi Teşvik Eden Faktörler Ölçeği (TEFÖ), Davranış Değişim Süreci Ölçeği (DDSÖ) ve Karar alma ölçeği (KAÖ) yer almaktadır.

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması $18,8 \pm 0,73$ ve % 94,5'i erkekti. GEDAB desteği ile öğrencilerin %94,1'inin sigarayı bıraktığı belirlendi. Cinsiyet, yaş, günlük sigara sayısı, daha önce sigarayı bırakmayı deneme, annenin sigara içme durumu, şu anda oturduğu evde/ yurtta sigara içilme durumu ve akran eğitimi alma durumu ile sigarayı bırakma arasında anlamlı fark bulundu. Yapılan sekiz izlem sonrasında akran desteği alan grupta daha belirgin olarak öğrencilerin nikotin bağımlılık düzeylerinin, TEFÖ ve KAÖ-yararlar alt boyut puanlarının anlamlı düştüğü, ÖYÖ, DDSÖ ve KAÖ-zararlar alt boyut puanlarının anlamlı yükseldiği belirlendi.

Sonuç: Gençlik Danışma Birimindeki sigarayı bırakma ve akran eğitim programlarının etkili olduğu belirlendi. Sigara içen üniversite öğrencilerinin sigarayı bırakmak için başvuracağı Gençlik Danışma Birimlerinin oluşturulmasına, yaygınlaştırılmasına yönelik çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Akran eğitimi, sigara bırakma, Transteorik model, hemşire

2. SUMMARY

The Factors Affecting the Smoking Cessation Status of University Students Applying to the Youth Friendly Center and the Effect of Y-PEER Education; A Retrospective Evaluation

Name of the student: Özgül ÖRSAL

Advisor: Assoc. Prof. Ayşe ERGÜN

Department: Nursing Department

Aim: This retrospective study was conducted to evaluate factors affecting and the effect of Youth-Peer education smoking cessation status of university students applying to Youth Friendly Center (YFC).

Metod: The study group consisted of the forms associated with smoking and smoking cessation of 759 Youth-Peer educated students and 1854 students who attended the YFC between in 2008 and in 2018. The questionnaire consisted of items related to student's factors affecting smoking cessation, Fagerström test for nicotine dependence, Self-Efficacy scale (SES), Temptation scale (TS), Process of Behaviour Change scale (PBCS) and Decision Balance Scale (DBS).

Result: The mean age of the students was 18.8 ± 0.73 and 94.5% were male. YFC with the support get, 94.1% of were determined that quit students smoking. There were significant differences between gender, age, number of daily cigarettes, quitting smoking before, smoking status of mother, smoking status at home / dormitory where she currently resides and getting peer education and quitting smoking. After eight follow-ups, it was determined that the nicotine addiction levels of the students were more pronounced in the group receiving peer support. It was found that the subscale the TS and DBS-benefit sub-dimension scores decreased significantly. It was determined that the sub-dimension scores of SES, PBCS and DBS - losses increased significantly.

Conclusion: Smoking cessation and peer education programs were determined to be effective in the Youth Friendly Center. Establishment of a Youth Friendly Center for smoking students to apply for quit smoking, studies on dissemination are recommended.

Keywords: Y-Peer Education, Smoking Cessation, Transtheoretical Model, Nurse, college student

3. GİRİŞ ve AMAC

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sigara bağımlılığını, en az bir aylık bir süre içinde düzenli sigara içme, sigarayı bıraktınca yoksunluk belirtileri yaşama, zararlarını görmeye rağmen bırakamama ve başarısız sigara bırakma girişimleri olarak tanımlamaktadır(WHO 2018). Sigaranın içinde bağımlılık yaptığı bilinen en önemli madde nikotindir (WHO 2018). Çünkü nikotin kan-beyin bariyerini kolayca geçerek, ventraltegmental alanda nikotinikasetil kolin reseptörlerini uyarır (Biala ve Budzynska 2006). Bu aktivasyon sonrası, norepinefrin, dopamin, serotonin, salınımı ile kişide rahatlamaya neden olur. Bu nedendir ki sigarayı deneyen iki kişiden birisi sigara kullanmaya devam etmekte yani bağımlılık geliştirmektedir (Özcebe 2008, Ozcebe, Dogan ve ark 2014).

ABD’de her gün, 18 yaşından küçük 3.200’den fazla kişi ilk sigaralarını içmektedir. Ayrıca 2.100 genç günlük sigara içicisidir. Yaşları 17 veya daha büyük olan yaklaşık 13 Amerikalıdan 1’i sigara içmektedir (US Department of Health and Human Services 2014). Türkiye’de Küresel gençlik tütün araştırması 2017’de 13-15 yaş arasındaki 122.040 öğrencide sigara içme prevalansı %7.7’dir (TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2017).Ülkemizde 2014verilerine göre 15-24 yaşında sigara içme prevalansı %18.5’dir (Köse ve Özcebe 2017).

DSÖ 2017 raporuna göre, 13-15 yaş arasındaki tütün kullanım sıklığı erkeklerde yaklaşık 25 milyon ve kızlarda 13 milyondur. Rapora göre, Türkiye’nin gençlerdeki tütün ve sigara kullanım sıklığı (erkeklerde %12.1, kızlarda %8.3) İtalya’dan (erkeklerde %20.6, kızlarda %26.6) ve Fransa’dan (%18, kızlarda %20) az iken İngiltere’den (erkeklerde %6, kızlarda %8) ve Norveç’ten (erkeklerde %5, kızlarda %3) fazladır (WHO 2018). Dünya çapında genç insanlar arasında daha fazla dumansız tütün (nargile) ve e-sigaranın yaygın olduğu bildirilmektedir. Diğer önemli bir vurgu da 2007-2014 yılları arasında 13-15 yaş arasındaki sigara dumanına maruz kalan gençlerin oranının %48,9 olduğudur. Bu oran en yüksek %75,3 ile Avrupa ülkelerinde görülmektedir(WHO 2018). Ülkemizde gençler arasında (15-24 yaş arası) nargile içiminin daha da yükselmekte olduğu ve %8,1 sıklığına ulaştığı bildirilmiştir (Republic of Turkey Ministry of Health 2011, Ozcebe, Dogan ve ark 2014, Köse ve Özcebe 2017).

DSÖ 2017 raporuna göre, 1999 ve 2016'ya kadar 108 ülkeden 43'ü, 13-15 yaş arası erkek ve kızlarda sigarayı bırakma girişimi bakımından anlamlı bir değişiklik olmadığını gözlemlemiştir. 20 ülkede sigarayı bırakma girişimi bakımından azalma varken, 18 ülkede sigarayı bıraktırma müdahaleleri başarısız olmuş yaygınlığı artış göstermiştir (WHO 2018). Türkiye'de yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012'e göre, 2008 ve 2012 yılları arasında 15-24 yaş arasındaki gençlerde sigarayı bırakma girişimi bakımından (2008 yılında %52,3, 2012 yılında %40,2) önemli azalma gözlenmiştir(TC. Sağlık Bakanlığı 2014).

Yapılan program ve politik düzenlemelere rağmen günümüzde sigara içen genç oranının hala yüksek olması ve bırakma oranlarındaki düşme, bu konudaki çalışmalara gereksinimin devam ettiğini göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ve MPOWER (İzle, Koru, Öner, Uyar, Yasakla, Vergilendir) olarak kısaltılan topluma yönelik sigara karşıtı müdahale uygulamalarında (World Health Organization (WHO) 2013, TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2018), özellikle gençlerde "sigara içme sıklığı", "sigara bırakma hızı" ve "günlük içilen sigara sayısı" değişkenleri üzerine etkililiğinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

Gençlerle yapılan çalışmalar sigara önleme ve bıraktırma programlarında akran eğitiminin önemli olduğunu ve akranlarla nasıl çalışacağını bilen uzmanların olduğu genç dostu sağlık birimlerine ihtiyaç olduğunu göstermektedir (Hansen ve Graham 1991, Turner ve Shepherd 1999, Hodgetts, Broersveark 2004, Ayaz ve Açıl 2015, Akkuş, Eker ve ark 2016, Bilgiç ve Günay 2018).

Ülkemizde üniversite öğrencilerine sağlık hizmet sunumunda genç erişkin model kullanan tek merkez olan ESOGÜ Gençlik Danışma Birimi (GEDAB) tarafından sunulan hizmetlerden biri olan sigara bırakmaya yönelik çalışmaların ve akran eğitiminin etkisinin belirlenmesi hizmetin yaygınlaşması ve politikaların geliştirilmesi için bir model örneği olduğundan büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışma gençlik danışma birimine başvuran üniversite öğrencilerinin sigara bırakma durumunu etkileyen faktörler ve akran eğitiminin etkisini retrospektif olarak incelemek amacıyla yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1 Ülkemizde sigara kontrolüne yönelik yasal düzenlemeler ve eylem planları

Tütünle mücadele ilk uluslararası anlaşma olan “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi” (TKÇS) 21 Mayıs 2003 tarihinde Dünya Sağlık Örgütünün 56. Dünya Sağlık Asamblesinde kabul edildi. Bu sözleşme ülkemizde tarihinde 28 Nisan 2004 tarihinde resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Şubat 2009 tarihi itibari ile TKÇS’yi 173 ülke imzalamış ve taraf olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2011). Tütünle mücadele konusunda ülkemizde 1996 yılında yürürlüğe giren 4207 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının önlenmesine Dair Kanun” ile 3 Ocak 2008 tarihli 5727 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkındaki Kanun” önemli gelişmelerdir. Kanunun özel kişilere ait işletmelerde tütün ürünlerinin tüketilmesi ile ilgili hükmü 19 Temmuz 2009 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Tüm kapalı alanlarla ilgili hükümleri 19 Mayıs 2008 tarihinden itibaren uygulamaya girmiştir. Kanun hükümlerinin etkili şekilde uygulanması ve uygulama standartlarının sağlanması amacıyla 16.07.2009 tarihinde Başbakanlık Genelgesi yayımlanmıştır. Kanunun ceza hükümleri ilgili 27 Mayıs 2008 “Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait yer araç, bina ve tesislerde tütün ürünü tüketenlere verilecek, idari yaptırım kararlarının uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ” yayımlanmıştır. 2009/44 sayılı Genelge ile 4207 sayılı Kanunun uygulamalarının izlenmesi, değerlendirilmesi ve koordinasyonuna yönelik detaylar belirlenmiştir. 13.02.2011 tarihli TBMM’de kabul edilen 6111 sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması İle Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve 4207 sayılı kanunda bazı değişiklikler yapılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2011). Yeni düzenlemelerle yürürlükte olan 4207 sayılı yasa ile ülke genelinde “Dumansız Hava Sahası” ilkesiyle yasal mücadele başlatılmıştır. Bakanlıklar, Üniversiteler, Sivil toplum kuruluşları işbirliğinde “Ulusal Tütün Programı”, “İl Tütün Kontrol Kurulları”, “Ulusal Tütün Kontrol Programı 2008-2012” ile ilgili genelgeler yayınlanmış ve “Havanı Korumak” sloganları “ALO 171- Sigarayı bırakma hizmetleri” ve “Sigara bırakma poliklinikleri” açılmıştır. 2018 yılı itibariyle 386’sı Sağlık Bakanlığı, 90’ı üniversiteler bünyesinde olmak üzere toplam 476 sigara bırakma polikliniği hizmet sunmaktadır. Ülkemizdeki sigara bırakma polikliniği hizmetleri, 23 Kasım 2011 tarihli ve 28121 sayılı Resmi

Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkındaki Yönetmelik” hükümleri kapsamında yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığının “Tütün ve Mamulleri İle Mücadele Kampanyası” kapsamında görsel-işitsel medyada yer alan “Sigarayı Bırak Hayatı Bırakma” kamu spotları 4207 sayılı yasa gereğince zorunlu yayın kapsamına alınarak görsel-işitsel medyada yayımlanmaktadır(T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2011).

Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023’e göre alınan kararlar kapsamında; sigara kullanmayan personele yönelik pozitif ayrımcılık uygulamaları hayata geçirilerek mesainin 30 dakika erken bitirilmesi, 1 yıl için 7 gün fazladan yıllık izin hakkı tanınması söz konusu olabilecektir. Ayrıca tek tip düz paket uygulaması için mevzuat değişikliği yapılacak ve tütün ürünü satışı için alt sınır 21 yaşına çıkarılacaktır. İşe alımlarda sigara içmeyenlerin seçilmesi karara bağlanmıştır. Ayrıca tütün ürünleri kullanımının zararları konusunda öğrenci, öğretmen ve veliler bilgilendirilerek farkındalık oluşturup olumlu tutum ve davranışlar desteklenecektir. Yaşlara özgü animasyon ve çizgi filimlerde ekranlarına “hayır” diyebilme davranışının geliştirilmesine yönelik örtülü senaryolar oluşturulmasına destek verilme kararı alınmıştır. Sigara Bağımlılığı tedavi hizmetleri SUT kapsamına alınarak “Bırak Kazan” kampanyaları yürütülecektir(TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2018).

4.2 İlaç Dışı Sigara Bırakma Yöntemleri

4.2.1 Basamaklı Tedavi Yöntemi (5A -5Ö)(T.C. Sağlık Bakanlığı 2012, World Health Organization (WHO) 2013)

ABD Sağlık Bakanlığı tarafından 2008 yılında yayınlanan kılavuzda sigara içen hastaya yaklaşımda yapılması gerekenler ‘5A’ başlığı altında toplanmıştır (Fiore, Jaen ve ark2008). Bu stratejiler Türkçeye 5Ö şeklinde adapte edilmiştir.

Öğren (Ask-Değerlendir); Tüm hastaların her gelişinde tütün kullanım durumunu tespit et ve vital bulgularıyla beraber kaydet.

Tütün kullananlar 3 kategoride değerlendirilebilir:1- Sigara bırakmayı isteyenler, 2- Sigara bırakmayı istemeyenler, 3- Henüz bırakmış olanlar

Bu sorguda bağımlılık derecesi açısından öngörülebilir bulunabilmek ve tedavi dozunu ayarlayabilmek için ne zamandan beri sigara kullandığı, günde içtiği sigara sayısı, sabah kalktıktan sonra ilk sigarasını ne zaman içtiği sorulmalıdır. Sigara haricinde nikotin içeren maddeler (nargile, e-sigara vs.) ve pasif içiciliğe maruziyeti de sorgulanmalıdır. Sigara bırakmadaki nikotin yoksunluk sendromu gibi zorluklar ortaya konulmalıdır. Kahve içme, alkol kullanma, evde sigara içilmesi, sigara içilen ortamlarda bulunma gibi çevresel tetikleyiciler de sorgulanmalıdır. Sigara içenler bu tetikleyicilere karşı tetikte olmalı ve mücadele etmede arkadaşıyla konuşma, telefon açma, nefes egzersizi gibi bireysel aktiviteler geliştirmelidirler.

Öner (Advise-Doğru bilgi); Bırakmanın önerilmesidir. Bırakma mesajı açık, güçlü, yüreklendirici ve bireyselleştirilmiş olmalıdır.

Ölç (Assess-Derecelendir); Bırakma girişimi konusundaki isteğini ve nikotin bağımlılık düzeyini değerlendir. Hastaların sigara içme davranışının süresi ve içtikleri miktar sorgulanıp nikotin bağımlılığı değerlendirilmelidir. Örnek; İçenlere; “Bir ay içinde sigara bırakmayı denemek istiyor musunuz?” sorusu sorulabilir.

Önderlik Et (Asist-Destek ol); Bırakma girişiminin desteklenmesi ve yardımcı olunması. Sorunları çözmeye yönelik önerilerde bulunulması, sosyal destek sağlanması, kontrendikasyon yoksa farmakoterapi önerilmesi, bilgilendirici ek materyal sağlanmalıdır.

Örgütle (Arrange-Düzenli Olarak izle); Bırakma sonrası dönemde izlem. Sigarayı bırakanlar belli aralıklarla kontrole çağırılarak tekrar sigara içmeye başlamalarının önüne geçmeye çalışılmalıdır.

Kişinin günde 10'dan fazla sigara içiyor oluşu, sabah uyandıktan sonra 30 dakika içinde ilk sigarasını içiyor oluşu, içtiği sigara sayısı az olsa da bırakma denemeleri sırasında fiziksel yoksunluk hissettiğine ilişkin bilgi vermesi farmakoterapi başlamak için yeterli kabul edilebilir. Birinci basamak tedavi yöntemleri 7 adettir, bunlardan beşi nikotin içeren tedavi yöntemi iken (nikotin sakızı, nikotin inhaler, nikotin pastili, nikotin nazal sprey ve nikotin bandı) diğer ikisi (bupropion ve vareniklin) nikotin içermeyen tedavilerdir(Fiore, Jaen ve ark 2008, Tütün Kontrolü Çalışma Grubu 2013).

Sigara bırakma tedavilerine genel yaklaşım Sigara Bırakmayı Düşünmeyen Hastaya Yaklaşım 5R-TeRKET(Fiore, Jaen ve ark 2008, T.C. Sağlık Bakanlığı 2012). Sigara bırakmayı düşünmeyen hastalarda; ilerisi için bırakma motivasyonu

sağlayacak görüşmeler yapılmalı ve gelecekte bırakma konusunda yardımcı olunabileceği vurgulanmalıdır. Bu hastalara yaklaşım kolay akılda kalması için “5R” ya da TeRKET şeklinde kodlanmıştır.

Tüm Etkileri gözden geçirin (Relevance): Sigara bırakmak isteyen kişinin hastalık, sosyal durumu, endişeleriyle ilgilenilmeli ve sigaranın zararları bu durumlarla, olabildiğince kişiye spesifik bir şekilde anlatılmalı. Çünkü motivasyonel görüşme kişinin hastalık ya da sosyal durumuyla, endişeleriyle ilgili olduğunda en büyük etkiyi gösterir.

Riskler (Risks): Hastaya, sigaranın erken dönemde ve uzun vadedeki potansiyel zararları açıklanmalıdır. Düşük nikotinli veya düşük katranlı sigara formlarının (light sigara, pipo, puro vb) bu riskleri azaltmayacağı vurgulanmalıdır.

Kazançlar (Rewards): Sigarayı bıraktıktan sonra hastanın sahip olabileceği kazançlardan bahsedilmelidir. Örneğin; daha sağlıklı bir yaşam, daha lezzetli yemekler, daha hoş kokular, maddi kâr, evin ve elbiselerin daha güzel kokması, daha beyaz dişlere sahip olma gibi kazançları anlatılmalıdır.

Engeller (Roadblocks): Sigara bırakmasının önündeki engeller sorulmalı ve tedaviye yol gösterecek durumlar değerlendirilmelidir. Örneğin; Yoksunluk semptomları, kilo alma, depresyon, etrafında tütün kullananların olması, etkili tedavi yöntemleri hakkında yetersiz bilgi sahibi olması önündeki engellerdir.

Tekrar (Repetition): Motivasyonel görüşme motivasyonu düşük bireylerde her görüşmede tekrarlanmalıdır.

4.2.2 Transteoretik Model (TTM)

Prochaska and DiClemente tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir. TTM, bireyin kendi kararları üzerine odaklanan bilinçli bir davranış değiştirme süreci modelidir (Prochaska ve DiClemente 1982). İlk olarak sigarayı bırakma programlarında kullanılan model, bireylerin olumsuz davranışlarını nasıl değiştirdiğini ortaya koyan ortak noktalar belirlemiştir (Tenore ve Lipsky 2000, Erol ve Erdoğan 2007, Özdemir ve Tasçı2013). Bu modelde, Velicer ve Prochaska değişimi, aşamalı, devamlı ve dinamik bir yapı olarak tanımlar (Velicer, Prochaska ve ark 1998). Geleneksel davranışçı yaklaşımlarda, değişim, keskin ve doğrudan sonuç olarak değerlendirilirken, model bireylerin isteyerek davranış değişikliği gerçekleştirmesine yardım etme ve değişim sürecini anlama üzerine odaklanır. TTM sonuçların doğru

değerlendirilmesini, ilerlemelerin ölçülmesini ve girişimlerin etkinliğini değerlendirir. Örneğin sigarayı bıraktırma programının sonunda, birey sigarayı bırakma davranış değişimini gerçekleştirmemiş, ancak içilen sigara sayısını azaltmış ise bu da başarılı bir sonuç olarak görülür. Çünkü bu durum bireyin tekrar değişime karar vermesi durumunda başarı şansını artıracaktır (Velicer, Prochaska ve ark 1998, Özdemir ve Tasçı 2013).

Transteoretik Model, bireylerin davranış değişimine doğrudan gitmediğini, değişim aşamaları dizisi içinde ilerlediğini belirtmektedir. Bu aşamaları üç bölümde göstermektedir;

Değişim Aşamaları (Zamanla ilgili Geçici Boyutu)

Değişim Süreci (Bağımsız Değişken Boyutu)

Değişim Seviyeleri (Bağımlı Değişken Boyutu) Öz-Etkililik/ Teşvik Eden Faktörler, Karar Alma ölçütleri(Velicer, Prochaska ve ark 1998, Erol ve Erdoğan 2007).

4.2.2.1 Değişim Aşamaları (Zamanla ilgili Geçici Boyutu); Değişim aşamaları, bireyin davranış değiştirmedeki ilgi ve motivasyonunu belirtir. Bireyler davranışlarını birden değiştirmez; değişim aşamaları boyunca yavaş yavaş artırarak değiştirirler. Velicer and Prochaska, davranış değişiminin, değişimi düşünmeme, değişimi düşünme, değişim için hazırlık, değişim için harekete geçme ve değişimi devam ettirme aşaması olarak beş aşamada gerçekleştiğini bildirmişlerdir(Velicer, Prochaska ve ark 1998, Prochaska 2008, Prochaska 2013, Prochaska 2018). Bireyler düzenli olarak bir asamadan diğer aşamaya doğru hareket etmez, ileriye doğru hareket etmeden bir önceki safhaya yeniden dönebilirler fakat çoğunlukla ilerleme olur. Düşünme aşamasında olan bireylerde, hareket ve devam ettirme evresine ulaşmış olanlar için geri aşamalara dönme (rölaps) sık rastlanan bir durumdur. Her bir evredeki bireylerin ihtiyaçları birbirinden çok farklıdır. Dolayısıyla yapılacak girişimde hangi aşamada olduklarına göre değişeceğinden bireyin çok iyi tanımlanması gereklidir (Velicer, Prochaska ve ark 1998, Velicer, Prochaska ve ark2000, Prochaska 2008, Prochaska 2013, Prochaska 2018).

Düşünmeme Aşaması; Düşünmeme gelecek 6 ay içinde davranış değiştirmeyi planlamayan ancak gelecekte davranışını değiştirmeyi isteyebilecek bireyleri içine alır. Düşünmeme aşamasındaki bireyler problem davranışın ya farkında değildirler ya

da az farkındadırlar. Bu aşamada motivasyonel görüşmelerle bireyin değişime karşı dirençli olmasının nedenleri öğrenilerek, çelişkileri fark etmesini sağlamak ve davranışın zararları konusunda farkındalık geliştirmek direncin kırılmasında etkili olabilir. Empatik ortam oluşturma, açık uçlu sorular sorma, dinleme gibi iletişim teknikleriyle bireyin karar verme düzeyi ve hedefleri açığa çıkarılır. Düşünmeme aşamasındaki birey ile çalışırken çok yoğun programlar yerine, daha kısa ve öz motivasyonel görüşmeler yapılarak, bireyler değişmeye zorlanmadan, bilgilendirilerek, cesaret verilerek, eğer isterse tavsiyelerde bulunularak değişim yönünde ikna edilebilir (DiClemente 1991, DiClemente ve Welasquez 2002, Erol, Balci ve Sisman2018, Prochaska 2018).

Düşünme Aşaması; Bireyler gelecek 6 ay içinde problem davranışını değiştirmeyi düşünürler. Düşünmeme aşamasındakilere nazaran problem davranışın farkındadırlar, bilgiye daha fazla açıktırlar ve yapacakları değişikliğin yararlarının bilincindedirler (Tenoreve Lipsky 2000, Erol, Balci ve Sisman 2018, Prochaska 2018).Bu aşamadaki bireyleri eyleme geçirmek için motivasyonel görüşmeler yararlı olabilir (Velicer, Prochaska ve ark 2000, Prochaska 2013, Prochaska 2018). Motivasyonel görüşmenin amacı, bireyin çelişkilerini çözmek ve değişimin yararlarının daha önemli olduğunu fark etmesini sağlamaktır. Bu amaçla görüşmelere önce problem ve değişim konusunda gelinen nokta özetlenerek başlanır, anahtar sorularla devam edilerek önerilerde bulunulur ve bireyin kendini değerlendirmesi sağlanır. Bu aşamada önemli olan bireylere problem davranışlarının ne tür sorunlara neden olabileceğini ve davranış değiştirmenin yararlarını düşünmelerine yardımcı olmak ve değişebileceği umudunu vermektir (Velicer, Prochaska ve ark2000, DiClemente ve Welasquez2002, Miller 2002, Erol, Balci ve Sisman2018, Prochaska 2018).

Hazırlık Aşaması; Bu aşamada bireyler gelecek bir ay içinde problem davranışını değiştirme niyetindedirler. Bu bireyler çoğunlukla, alışkanlık risklerinin bilincindedirler, bırakmaya yönelik küçük fakat anlamlı adımlar atmışlardır. Daha önce davranış değiştirmeyi denemişler ve asıl değişiklik için, küçük adımlarda değişiklik gayretlerini uygulamaktadırlar (Velicer,Prochaska ve ark2000, Prochaska 2013, Erol, Balci ve Sisman 2018, Prochaska 2018). Bu aşamadaki bireylere motivasyonel görüşmelerle kabul edebilecekleri, ulaşılabilecek, etkili bir değişim planı geliştirmelerinde yardımcı olmak gereklidir. Hareket planı yeni davranışa

atılacak adımlarla ilgili olmalı ve sınırları bireyin koymasına sağlanmalıdır. Zorlayıcı bir tutum içerisinde olunmamalıdır(Miller ve Rollnick 2002, Miller ve Rollnick 2009, Leahy 2010, Özdemir ve Taşçı2013).

Hareket Aşaması; Bireyler problemleri davranışlarını bir gün-6 ay arasında bırakma adımını atmışlardır. Değişim, henüz yenidir ve geri dönüş riski yüksektir, bu yüzden sürekli dikkat etmek gerekir. Bireyin hareket aşamasına geçmesi davranış değişimiyle eşdeğerdir. Ancak hareket aşaması modelin beş aşamasından biri olduğu için davranış değişimini tek başına tanımlayamaz, hareket fark edildiğinde davranış değiştirmenin başladığından söz edilebilir. Problem davranışı yok etmek için bireyler alışkanlıklarını ve çevrelerini güç ve zaman harcayarak değiştirme gayreti içindedirler Bu aşama, davranışa yeniden dönmelerin en sık yaşandığı aşama olarak belirtilmektedir. Davranışa yeniden dönmeyi önlemeye yönelik görüşmeler ve pozitif davranışı ödüllendirmeye yönelik yaklaşımlar, kazanılan davranışı pekiştirme çabaları bu aşamada çok önemlidir (Tenore 2000, Velicer, Prochaska ve ark 2000, Prochaska 2013, Prochaska 2018). Hareket aşamasındaki bireyler, yaptıkları plan hakkında öz-yeterliliklerini arttırmak ya da aktiviteleri ile ilgili dışarıdan birinin desteğini, onayını almak isteyebilirler. Motivasyonel görüşmeler ile bireylerin öz-etkililiklerinin oluşumuna ve geliştirilmesine yardım edebilir(Miller ve Rollnick2009, Leahy 2010, Prochaska 2013, Prochaska 2018).

Devam Ettirme Aşaması; Bu aşama değişimin başladığı ilk 6 ay ve sonra yaşam boyu devam eder. Problem davranışa yeniden dönme riski daha düşüktür, fakat geri dönüşümü engellemek için alınan önlemlere hala dikkat edilmelidir (Velicer, Prochaska ve ark 1998, Tenore ve Lipsky 2000, Velicer, Prochaska ve ark 2000, Prochaska 2018).

Problemleri davranışlarını değiştirmeyi isteyen bireyler bazen ilk denemelerinde başarısız olabilirler ve çoğu zaman aşamaları ardışık ve düzenli bir şekilde geçemezler. Bazen davranışa bir önceki aşamaya (relaps) yeniden dönebilirler. TTM geri dönmeyi, değişim aşamalarında ilerlerken olası bir durum olarak kabul eder. Bu nedenle önceki aşamaya geri dönme başarısızlık değil, bir adım geriye gidiş olarak kabul edilmelidir (DiClemente 1991, Miller ve Rollnick 2002, Erol ve Erdoğan 2007, Gungormus 2010). Değişim aşamalarının her biri kendine özgü girişim, zaman ve enerjinin uygulanmasını gerektirir, içinde bulunulan değişim aşamasına yönelik olmayan girişimlerin

uygulanması bireyin değişime direnç göstermesine neden olabilir ve davranış değişimi başarılı bir şekilde gerçekleştirilemez (Prochaska 2008, Prochaska 2013, Prochaska 2018).

Transteoretik Modele dayalı motivasyonel görüşmeler davranışla ilgili problem tanımlanarak aşamalı bir yaklaşımla yürütülebilmektedir. Her aşamada farklı davranış değiştirme yöntemi kullanan bireye değişim aşamasına uygun farklı stratejiler kullanılarak bireyin bir üst asamaya geçmesine ya da değişim aşamasına uygun görüşme planına karar verilir (Velicer, Prochaska ve ark 1998, Miller ve Rollnick 2002, Leahy 2010, Güngörmüş ve Karabulutlu 2012, Prochaska 2018).

4.2.2.2 Değişim Süreci (Bağımsız Değişken Boyutu)

Değişim süreci; bireyin hangi deneyimleri kullanarak problemleri davranışlarını değiştirdiklerini anlamayı kolaylaştırır ve bilişsel, emosyonel, davranışsal, kişiler arası ilişkiler ve problem davranışları değiştirmek için bireylerin kullandığı teknikleri tanımlar (Velicer, Prochaska ve ark 1998). Davranış değişimini kolaylaştıran bilişsel ve davranışsal 11 değişken tanımlanır. Bilişsel süreçler, bireyin duyguları, değerleri ve farkındalığı ile ilişkili faktörlerdir. Davranışsal süreçler ise bireyin değişim yolunda ilerlerken hangi davranışları seçtiklerini gösterir (Velicer, Prochaska ve ark 1998, Miller 2002, Erol ve Erdoğan 2007, Prochaska 2008, Caria 2009, Leahy 2010, Prochaska 2013, Prochaska 2018).

Bilişsel Süreçler

Bilinçlenme(Farkındalığın Artması); Geri bildirim, eğitim, konferans, medya gibi girişimler ile problem davranışın nedenleri, sonuçları ve çözümleri hakkında farkındalığın artırılmasıdır.

Duygusal Uyarılma(Belirgin Rahatlama); Bireyin problemleri hakkında korku ve çok güçlü üzüntü yaşadığı zaman ortaya çıkan süreçtir.

Çevreyi Yeniden Değerlendirme; Bireyin kişisel alışkanlıklarının fiziksel ve sosyal çevresini nasıl etkilediğini değerlendirdiği süreçtir.

Sosyal Özgürleşme (Çevresel Fırsatlar); Toplumda bireylere sağlanan sosyal fırsatlar ve alternatif davranışlara karşı farkındalığın arttığı süreçtir.

Kendini Yeniden Değerlendirme; Bireyin kendini bilişsel ve duygusal sağlıklı veya sağlıksız özel bir alışkanlıkla ilişkilendirerek değerlendirmesi sürecidir.

Gerçekleşmesi istenen arzular; Bireyin sağlıklı davranışlara başlamış olmaktan duyduğu pişmanlığı ve değişim için gerekli olan isteği belirtir.

Davranışsal Süreçler

Yardım Edici ilişkilerin Varlığı(Destekleme); Bireyin sağlıklı davranış değişimleri için güven sağlayan ve destekleyen ilişkileri içeren süreçtir.

Uyaran Kontrolü (Yeniden Yapılandırma);Bireyin problemleri davranışlara yeniden başlama riskini azaltmak için uyaranların kontrol edilmesi ya da yerine daha sağlıklı alternatiflerin seçilmesidir.

Karşıt Koşulama (Yerine Koyma) ; Sağlıksız davranış yerine konulabilecek daha sağlıklı davranışları öğrenmeyi ve kullanmayı içerir.

Güçlendirme (Ödüllendirme); Bireyin kendini olumlu yönde ifade etmesi için güçlendirme, ödüllendirme girişimlerinin kullanılmasını içerir.

Kendisi ile anlaşma(Bireysel Özgürleşme); Bireyin değişebilme, kesin karar verme ve değişim inancı ile hareket etmek için kararlarını uygulamaya olan inancıdır.

4.2.2.3 Değişim Seviyeleri (Bağımlı Değişken Boyutu); Transteoretik Modelin son bölümünü öz-yeterlilik /teşvik edici faktörler ölçekleri, karar alma ölçeği oluşturmaktadır. Bu ölçekler, değişim süreci içindeki gelişmelere ve sürekliliğe karşı duyarlı ölçümlerdir (DiClemente 1991, Velicer, Prochaska ve ark2000, Plummer, Velicer ve ark2001, DiClemente 2002, Prochaska 2008, Alvermann 2013, Prochaska 2013, Prochaska 2018).

4.2.3 Motivasyonel Görüşme; değişim sürecine karşı dirençli olan bireyleri bu sürece katmak için 30 dakikalık görüşme yapmak üzere geliştirilmiş bir yöntemdir(Tenoreve Lipsky2000, Millerve Rollnick 2009, Özdemirve Taşçı 2013, Taş, Seviğ veGüngörmüş 2016, Erol,Balci ve Sisman 2018). Motivasyon insanlar arasındaki etkileşimin bir ürünüdür, bir özelliği değil bir durumu ifade etmektedir. Kişisel özelliklere ve zamana göre değişiklik gösteren, dış faktörlerden etkilenen içsel bir özellik olarak bireyin içinde yerleşmiş değişmeye hazır olma durumunu yansıtır(DiClemente 2002, Millerve Rollnick 2009, TaşSeviğ ve Güngörmüş 2016).Motivasyonel görüşme kişilerin çelişkileri fark edip çözümlenmelerine yardımcı olmayı, sorunlarını anlamalarını ve eyleme geçmelerini sağlamaktır. Özellikle değişim için çelişkileri olan kişilerde kullanışlı bir yöntemdir. Çelişki iki algı arasındaki farktır

ve bu farklılığın derecesi değişimi olumlu ya da olumsuz etkiler, çelişki ne kadar fazlaysa, değişimin önemi de o kadar büyüktür(DiClemente 2002, Millerve Rollnick 2009, Taş,Seviğ ve Güngörmüs 2016). Motivasyonel görüşmenin ne kadar süreceği yapılan çalışmaya göre değişiklik göstermektedir. Çalışmalarda, motivasyonel görüşme yapılan bireylerin genellikle birkaç aydan, birkaç yıla kadar uzanan sürelerle takip edildiği görülmüştür. Görüşme yapılacak bireylerle bir tanışma görüşmesi yapıldıktan sonra görüşmelerin telefon yoluyla da sürdürülebileceği belirtilmektedir(Özdemir ve Taşçı 2013).

Motivasyonel Görüşmenin Temel ilkeleri; empatik yaklaşım, çelişkileri ortaya çıkarmak, dirençle mücadele etmek, kendine yeterliliği (öz-güveni) desteklemektir.

Motivasyonel Görüşme iki asamadan oluşmaktadır. Birinci Asama, davranış değişimi için motivasyonun kurulmasıdır. Önemlilik ve güven (yeterlilik) odaklıdır. İkinci Aşama, değişime olan bağlılığın güçlendirilmesidir. Hazır olmanın farkına varmak, değişime olan inancı arttırmak ve değişimi başarı ile tamamlamak amacıyla değişim planına bağlı kalmayı içerir(Taş, Seviğ ve Güngörmüs 2016).

4.3.Gençlik, Davranış değiştirme süreci kuramları, Sigarayı bıraktırma ve Hemşirelik

Gençlik dönemi, yaşam içerisinde olumsuz–olumlu sağlık davranışlarının kazanılabileceği bir dönem olarak tanımlanmıştır. Değişime en uygun dönem olan bu yaş grubuna, sağlığı öğretme ve olumlu sağlık davranışları kazandırma açısından doğru yöntemlerle, doğru yerde, doğru kişilerle ulaşıldığı zaman sağlık düzeyinin gelişmesine büyük katkı sağlanacak bir dönemdir(Tenore ve Lipsky 2000, Ham 2007, Mushtaq ve Beebe 2012, Al-Rawi,Alnuaimi veUthman 2018). Herkes için sağlık temel hedeflerinin hepsinde bireylerin sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sorumluluk almaları konusunda eğitilmelerine ve toplumdaki tüm bireylerin daha sağlıklı yaşam biçimine kavuşturulmalarına dikkat çekilmektedir. Bu amaçlara ulaşmak için özellikle gençlerin riskli davranışlardan korunma ve olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması ve olumlu davranış değişimi kaçınılmazdır(WHO Report 2005, Özcebe 2008, Selekman 2013, American Academy of Pediatrics Policy Statement 2016, Taş,Seviğ veGüngörmüs 2016, Sağlan ve Bilge 2018). Önemli bir nüfusa sahip olan

üniversitedeki gençlerin sağlığını optimum düzeye çıkarmak için sağlığı geliştiren uygulamaların genç dostu olması büyük önem taşır(Ozalp, Orsal ve Orsal 2013).

Gençlerin karşılaştıkları sağlık sorunları için hizmet sunan genç dostu merkezleri sadece hastalıkta değil optimum sağlık ve sağlığı geliştiren yaklaşımları ele alır(Ozalp, Orsal ve Orsal 2013). Bir başka deyişle sigara içmenin ve bağımlılığı önlemenin yanı sıra halen sigara içen gençlere yardım etmek için sigarayı bırakma programlarına ihtiyaç vardır(Selekman J. 2013, American Academy of Pediatrics Policy Statement 2016, Sağlan ve Bilge 2018). Hemşireler nikotin bağımlılığını değerlendirerek, gençlerin yaşam biçimi davranışlarını ve sonuçlarını fark ettirmede karar alma ve davranış değiştirme süreçlerinde eğitimci (Tezcan ve Yardım 2003, Hodgetts,Broers ve Godwin 2004, Rice 2009), destekleyici roller üstlenirler(Örsal, Özalp ve Örsal 2018). Sağlık eğitimi ve danışmanlık yapan hemşireler, sigara kullanımının önlenmesi ve bırakılması stratejilerinin yaygınlaştırılmasında, önemli bir yere sahiptir. Okul sağlığı hemşireleri sağlığı geliştirme programlarının geliştirilmesinde; liderlik, koordinasyon ve programın yönetilmesini sağlarlar(Tezcan ve Yardım 2003, Hodgetts, Broers ve Godwin 2004, Rice ve Stead 2009). Bu rolleri yerine getirirken, hemşirelerin etkili kişiler arası iletişim teknikleri, motivasyonel görüşme teknikleri ve bireylerin davranışlarını açıklayan kuramsal öğeleri bilmeleri ve kullanmaları gereklidir(Erol ve Erdoğan 2008, Selekman 2013, Taş,Seviğ veGüngörmüş 2016, Sağlanve Bilge 2018). Son 20 yıldır birey, aile ve toplumun sağlıklı yaşam biçimine uyum sağlamalarına yardım etmede hemşireler için davranış değiştirme çalışmalarında birçok kuramsal teori ve modeller tanımlanmıştır(Aksayan ve Gözüm 1998, Aydoğdu ve Bahar 2011, Taş, Seviğ ve Güngörmüş 2016). Davranışsal değişimler için kullanılan kuramlar ve modellerden birkaçı; Sosyal Öğrenme Teorisi, Sağlık inanç Modeli, Planlı Davranış Kuramı, Sağlığı Geliştirme Modeli ve Transteoretik Model (TTM)'dir. TTM(Teoriler Üstü Model) kullanışlı ve uygulanabilir olması nedeniyle son yıllardaki hemşirelik çalışmalarında, bireylere olumlu davranış değişimi kazandırmak için kullanılan rehber modellerden biri olarak görülmektedir. TTM temel alınarak bireylerle yapılan motivasyonel görüşmelerin davranış değişiminde etkili olduğu ve davranış değişimini kolaylaştırdığı belirtilmektedir (Prochaska ve Velicer 1997, Erol ve Erdoğan 2008, Millerve Rollnick 2009, Gungormus 2010, Güngörmüş ve Karabulutlu 2012).

Hemşirelik literatüründe gençlerin problemlili sağlık davranışını değiştirmeye yönelik araştırmalar yok denecek kadar azdır, var olan çalışmalar ise tanımlayıcı özelliktedir(Shinitzky ve Kub 2001, Erolve Erdoğan 2007, Erolve Erdoğan 2008). Gençlere yönelik beř tane sigara bıraktırma programından bahsedilmektedir. Bu programlarda kullanılan danışmanlık teknikleri; akran liderliği ve desteği, nikotin bant terapisi, hemşire danışmanlığı ve bilgisayar destekli programlardır. Özel yöntemler sunan tüm sigarayı bırakmak programlarına rağmen gençler de kayda değer bir başarı sağlanamamıştır. Buradan gençlere uygulanacak farklı programlara ihtiyaç olduğu sonucu çıkmaktadır (Donovan 2000). Gençlerin değişim için dūřünce ve hazır olma durumuna bakılmadan söz konusu bu programların uygulanması sigara bıraktırma girişimlerinin başarısız olma nedenlerinden biridir. İlk kez Prochaska ve Velicer bireylerin davranış değişiminin beř aşamadan (dūřünmeme, dūřünme, hazırlık, hareket, devam ettirme) herhangi birinde gerçekleşebileceğini ve başarı için bireylerin içinde buldukları aşamalara özel uygulamalara ve programlara gereksinim duyduklarını vurgulanmaktadır(Prochaska ve Velicer 1997). Günümüzde davranış değişimini kolaylaştırmada rehber olarak kullanılan TTM'nin değişim aşamaları sayesinde bireyin ardışık aşamalardan geçerek davranış değiştirmesi amaçlanmaktadır. Bu modelin üstünlüğü değişiminin sonuçtan çok süreç olmasından ve başarılı değişim için bireye içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olan girişimlerin kullanılmasından kaynaklanmaktadır (Prochaskave Velicer 1997).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Türü: Araştırma retrospektif tanımlayıcı araştırma tasarımı ile yürütüldü.

5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:01 Haziran 2008 – 01 Haziran 2018 tarihlerinde Gençlik Danışma Birimine sigara kullanımı nedeniyle başvuran1854 üniversite öğrencisi ve 759 akran eğitimi almış öğrenciye ait sigarayla ilişkili kayıt formlarıdır.

Bağımlı Değişken; Sigara Bırakma Durumu

Bağımsız değişken; Akran Eğitimi alma durumu, Sigara Bırakma Durumunu Etkileyen Faktörler (Cinsiyet, baba, anne, arkadaş sigara bırakma durumu vb.)

5.3. Araştırmanın Yeri ve İşleyişi, Araştırmacının Özelliği ve Akran Eğitimi Programı

5.3.1 Gençlik Danışma Birimi (GEDAB): Ülkemizde sağlık hizmet sunumunda genç erişkin modelini kullanan tek merkez olan GEDAB Rektörlük, devlet hastanesi sigarayı bıraktırma birimi, amatem, tıp fakültesi hastanesiyle (psikiyatri, göğüs hastalıkları, dâhiliye anabilim dalları) yapılan protokoller ile oluşturulan ve üniversite öğrencilerine yönelik sağlığı koruma ve geliştirme hizmetleri veren bir birimdir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında, genç erişkin işbirliğiyle yürütülen akran eğitimi programı ile akran liderleri seçilerek eğitilmekte ve sahada gençlere yönelik sağlığı koruma ve geliştirme hizmetlerine katkı sağlamaktadır.

5.3.2.Gençlik Danışma Biriminin işleyişi: Başvuran öğrenciden anamnez alınır. Öğrencinin ihtiyacına/gereksinimine yönelik danışmanlık, eğitim, tedavi, sevke yönelik hizmetler verilir.

Eğitim; Üniversitemizde farklı fakültelerde sigara ve sağlığa zararları konusunda gençleri bilgilendirme ve farkındalık yaratma toplantıları, seminer ve konferanslar düzenli olarak yapılmaktadır. Bu etkinliklerde vurgulanan sigarayı bırakmak isteyenlerin başvuracağı birimler yazılı ve sözel öğrencilere iletilmektedir.

Danışmanlık; GEDAB'a "sigarayı bırakma isteği" nedeniyle başvuran öğrencilerden anamnez alınır. Bu bilgiler doğrultusunda öğrencinin ihtiyacındaki öncelikler doğrultusunda en uygun hizmet sunumu ve/veya danışmanlık hizmeti akışı seçilerek uygulanır. Danışmanlık hizmeti birimdeki görüşme odasında her görüşmede "sigaraya

özel danışmanlık” 30-45 dakika süre arasında yüz yüze görüşme metodu ile verilmektedir. Her danışmanlıktan sonra öğrenciye bir sonraki randevuya kadar uygulaması gerekenler ve bunları yaparken neler yaşadığını (olumlu/olumsuz) yazarak getirmesi istenir. Aynı bireye en az 8 olmak üzere ihtiyaca göre konu ve sayısı değişen/değişmeyen “Takip danışmanlık hizmeti” verilmektedir.

Tedavi ve sevk; Öğrenci günde 40 dan fazla sigara içiyorsa veya Fagestrom testinde yüksek bağımlı düzeyde yer alıyorsa, yoksunluk belirtileri gösteriyorsa yatarak tedavi alması için ilgili 2. ve/veya 3. basamaktaki sağlık merkezlerine sevk edilir. Sevk edilen öğrenciler tedavi sürecinde ve sonrasında geri bildirim için takibe alınır. Birim diğer ilgili sağlık merkezleriyle sürekli işbirliği ve koordinasyonu sürdürmektedir.

Etik; Ülkemizde sigara ile ilgili yasalar paralelinde gençlerin kimlik bilgileri gizli tutulmaktadır. Gizlilik ilkeleriyle çalışan Gençlik Danışma Birimi hasta haklarına saygılı ve nitelikli hizmet vermektedir.

5.3.3.Araştırmacının Özelliği; Araştırmacı 1993 yılında Ankara’da etkili iletişim teknikleri, danışmanlık, psiko-drama konularında eğitim aldı.1993 yılında Psikiyatri kliniğinde hemşirelerin rol ve sorumluluklarının oluşturulduğu ekipteydi. 5 yıl Psikiyatri Derneğinin yönetim kurulunda yer aldı. 11 yıl Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisinde klinik hemşiresi olarak çalıştı. Sağlık Bakanlığının “Danışmanlık”, “HIV-AIDS ileri danışmanlık” kurslarından eğitimleri tamamladı. UNFPA’dan “Akran Eğitimi” “Y-PEER Akran eğitmen eğitimcisi” olmak üzere iki farklı eğitimi tamamladı ve belgelerini aldı. ESOGÜ GEDAB kurucu üyelerindendir(ICC 2003). Araştırmacı (2003-2018) 15 yıldır Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirilmesi ve akran eğitimiyle ilgili 9 proje yürüttü. Bu projelerini Avrupa Birliği tarafından desteklenen uluslararası “kültürler arası diyalog ve akran eğitimi projesiyle zirveye taşıdı. Altı ülkenin katıldığı 10 gün süren programdı. Projeden sonra Rektörden takdir belgesi aldı. Araştırmacı “Akran Eğitimi”, “Akran Eğitmen Eğitimi” uluslararası standartlarının oluşturulması ekibinde de yer almıştır.

5.3.4. Hemşire liderliğinde yürütülen sigaraya yönelik hizmetler ve Akran Eğitimi Programı

ESOGÜ GEDAB ruh sağlığının korunması ve ruh sağlığını bozan risk faktörlerinin önlenmesinde okul temelli birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında hemşirelik hizmetlerini yerine getirmektedir. Sigara ve depresyon müdahalelerinde iki aşamalı yöntem kullanılmaktadır.

İlki üniversitemiz öğrencilerine GEDAB’da sunulan özel eğitimlerini tamamlamış araştırmacı tarafından verilen profesyonel danışmanlık hizmetidir.

İkincisi ise UNFPA’dan “Akran Eğitmen Eğitimi” belgesi olan araştırmacının ekibiyle yürüttüğü Akran Eğitimi programıdır. Gönüllü üniversite öğrencileri arasından seçilerek yürütülür.

Akran Eğitimi Programı: Sigara kullanan gençlerin sağlık hizmetinden yararlandırmak için sağlık hizmeti alımlarını ve sağlığı geliştiren davranışlarını arttırmak amacıyla genç erişkin işbirliği projesi olarak 16 kişilik küçük gruplara, bir hafta süren “Akran Eğitimi” programı yürütülmektedir. Program çıktısı olarak afiş, kitap ayırıcı, konu ile ilgili senaryo / rol oyun yazımı ve oynama, sinema/video izletme, slogan üretme, eğitim sonrası sigara içen arkadaş gruplarında en az 4 faaliyet yapmak ve faaliyet raporlarını birime sunmak, birimin öngördüğü toplantılarda veya çalışma gruplarında rol model olmaktır. Akran eğitimi alacak kişiler sigarayı bırakma isteği ile birime gelen ve istekli öğrenciler arasından “akran eğitime seçilme kriterleri” ne göre belirlenir.

Akran Eğitime Seçilme Kriteri; Gençlik Danışma Birimine sigara ve/veya alkol kullanımını nedeniyle başvuran akran eğitimini gönüllü olarak almak isteyen öğrenciler arasından;

- Öğrencinin akran eğitimi almak istemesi,
- Danışmanlık sürecinde verilen uygulamaları zamanında yapıyor olması,
- GEDAB desteği ile sigarayı bırakmada başarılı olması,
- Sivil toplum kuruluşlarında daha önce gönüllü çalışmış olması,
- Bölüm hocalarının sınıf içinde öğrencinin liderlik özelliklerini onaylıyor olması,
- Bölüm hocalarının sınıf içinde öğrencinin etkili konuşma becerisine sahip olduğunu onaylıyor olması,
- Ders başarı durumununun 4 üzerinden 2,5 ve üzerinde olması,

- En az bir yabancı dili orta düzeyde biliyor olması,
- Arkadaşları tarafından sözüne güvenilen, kabul edilen biri olmasıdır.

GEDAB Akran Eğitmen Eğitimi Programı iki aşamalıdır.

İlki 8.30-17.30 saatleri arasında biten bir haftalık “Akran Eğitimi” dir. Bu programda akran eğitimi alan öğrencilerin eğitimden sonra en az 7 uygulama yapar. Bunlar; gönüllü olarak kampüs içinde gözlemledikleri sigara içen ve sigarayı bırakmak isteyen öğrencileri tespit etmek, iletişim kurmak ve sağlıklı yaşam önerileriyle farkındalık sağlamak ve ihtiyaç halinde GEDAB’a yönlendirme gibi uygulamalardır. Birimde 500 üniversitesi sigara konusunda akran eğitimi almıştır.

Örnek yönlendirme; GEDAB’a profesyonel destek almak için gönderilen ve çalışmamıza dâhil olan öğrencilerin tamamı gelecek 30 günde sigarayı bırakma davranışını istediklerini belirterek sigarayı bırakacakları ile ilgili kendileri ile bir sözleşme (taahhüt) yaptılar ve sigara içen öğrenciler hareket aşamasındadır. Bu bulgu Transteorik Model yapısı ile uyumludur.

Programın ikinci aşaması; sabah 8.30-17.30 saatleri arasındaki bir haftalık “**Akran Eğitmen Eğitici**” eğitimidir. Akran eğitimi programına katılan, eğitimden sonra en az 7 uygulama yapmış, GEDAB’ın yürüttüğü sağlıklı yaşam önerileri aktivitelerine bir yıl boyunca gönüllü olarak katılım sağlayan öğrenciler arasından seçilen öğrenciler “Akran Eğitmen Eğitici” eğitimini almaktadır. GEDAB Akran Eğitici Eğitimi alan üniversite öğrencileri tek başlarına en az 1 projeyi, grup halinde yaparlarsa en az 3 projeyi GEDAB ile birlikte yürütmeleri gerekmektedir. GEDAB’ın yetişkinleri ve akran birlikteliğiyle oluşan Akran Eğitmen Eğiticilerinin gönüllü olarak yürüttükleri sosyal destek faaliyetlerinin sigara bıraktırmada ve gerekli durumlarda profesyonel destek için sağlık kuruluşlarına yönlendirmede başarıları beklenen bir durumdur. Sigara konusunda **Akran Eğitmen Eğitici** alan 259 üniversite öğrencisi vardır.

Örnek sosyal destek faaliyeti; Bu faaliyet için öncelikle belediyeden kara kalem atölyesi için öğretmen görevlendirilmiştir. Görevlendirilen öğretmen rehberliğinde günde 40 adet sigara içen kara kalem resim yapmayı seven ama ortaokuldan sonra hiç çizmeyen 45 öğrenci ile “kara kalem atölye” çalışmaları yürütüldü. Kara kalem atölyesinde sağlıklı yaşam önerileri paralelinde sadece su ve meyve serbest olurken, diğer içecek ve yiyeceklerin atölyede bulundurulması yasaktı. Kara kalem atölyesi sigarayı bırakma süreci içerisinde devam etti 8 ay sonra 45 öğrenci kendilerine ait 38

kara kalem eserini tamamladılar. Daha sonra bu eserler “genç ressam sergisi”nde sergilendi. Kara kalem atölyesine katılan öğrenciler 8 ay içerisinde sigaranın hiç akıllarına gelmediğini ifade ettiler. Ayrıca onlara problem çözmede destek olmaları ve gerektiğinde profesyonel destek için sağlık birimine yönlendirme yapıldı.

5.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları: Veriler, araştırmacı tarafından 2008-2018 tarihleri arasında GEDAB’da tutulan sigara ile ilgili öğrenci kayıtlarından elde edildi. Öğrenci kayıt formlarında sosyo-demografik özellikler (cinsiyet, yaşı, okuduğu fakülte/bölüm, sınıf, başvuru sayısı, kaçınıcı başvuru, başvuru şekli) ve sigara ile ilgili özellikler, Fagestrom Nikotin Bağımlılık Testi, TM Özyeterlik ölçeği, TTM Karar alma ölçeği, TTM Değişim süreci ölçeği, TTM Teşvik edici durumlar ölçeğini ve DSM-5 depresyon kriterlerini içeren kapsamlı değerlendirme araçları yer almaktadır. Bu formlar ilk başvurudan başlayıp sağlık hizmet sunumu ve izlem süresinde tutulan (en az 8 izlem) kayıtları kapsamaktadır.

5.4.1. Fagestrom Nikotin Bağımlılık Testi;1989 yılında Fagerström tarafından geliştirilen ölçek(Fagerstrom ve Schneider 1989)1990’de Fagerström, Heatherton ve Kozlowski tarafından yeniden ele alınmış ve Fagerström nikotin bağımlılık testi geliştirilmiştir(Fagerstrom, Heatherton ve Kozlowski 1990). Bu ölçek bireylerin nikotin bağımlılık düzeyini göstermektedir. Ülkemizde Fagerström nikotin bağımlılık testi 2004 yılında Uysal ve ark tarafından Türkçe’ye uyarlanmış ve geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Uysal, Kadakal ve ark 2004). Fagerström nikotin bağımlılık testi altı sorudan oluşmakta olup her soruya farklı (0,1,2,3) puan verilmektedir. Ölçeğin son dört sorusu 0-1 puan olduğundan ölçekten alınabilecek puanlar 0-10 aralığında dağılım göstermektedir. En düşük puan olan 0 bağımlılığın olmadığını, en yüksek puan olan 10 ise bağımlılığın en yüksek derecesini belirtmektedir. Bağımlılık düzeyine göre alınan puanlar: 9-10 puan: Ağır bağımlılık, 7-8 Yüksek bağımlılık, 5-6 puan: Orta bağımlılık, 2-4 puan: Düşük bağımlılık, 0-2 puan: Bağımlılık yok olarak değerlendirilir.

Çalışmamızda Fagestrom Nikotin Bağımlılık Testinin Cronbach’s Alpha (α) değeri 0,85 bulundu.

5.4.2. Öz Yeterlik Ölçeği (ÖYÖ); Bandura’nın Öz Yeterlik kuramından uyarlanarak Velicer ve arkadaşları tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir(Velicer ve ark 1990). Türkçe geçerliliği 2007 yılında Erol ve Erdoğan tarafından yapılmıştır (Erol ve

Erdoğan 2007). Öz yeterlik, bireyin belli bir davranışı başarı ile yapabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı ve inancı olarak tanımlanır. Öz yeterlik inançları sigarayı bırakma ya da yeniden başlama üzerinde etkili olan bir değişkendir. ÖYÖ, 8 maddeli, 1'den 5'e kadar puanlanmış likert tipi bir ölçektir. Her madde için 1.Hiç duramam 2.Çoğu zaman duramam 3. Biraz durabilirim 4. Çoğu zaman durabilirim 5. Hiç içmeden durabilirim seçeneklerinin işaretlenmesi ile alınan en yüksek puan 40, en düşük puan 8'dir. ÖYÖ'den yüksek puan alınması, bireyin teşvik eden durumlarda dahi sigara içmeden durabilme gücünü ve davranışını değiştirme başarısını gösterir. Ölçeğin dört alt boyutu ve her alt boyutta iki maddesi vardır.

Negatif Duygulanım (1 ve 5. maddeler); Birine ya da bir şeye çok kızgın olmak veya işlerin istediği gibi gitmemesi, hayal kırıklığına uğramak gibi negatif duygulanım durumlarında bile sigara içmeden durabilme gücünü ölçer.

Pozitif Sosyal Ortamlar(2 ve 6. maddeler); Arkadaşlarının sigara ikram etmesi yâda sigarayı reddetmenin zor olduğu durumlarda sigarayı reddedebilme gücünü ölçer.

Alışkanlığın Baskısı (3 ve 7. maddeler); Neşelenmek istediğinde ve bir süredir sigara içmediğini fark ettiğinde sigara içmeden durabilme gücünü ölçer.

Kilo kontrolü (4 ve 8. maddeler); Kilo almaktan korktuğunda ve kilo vermek için sigara içmeye ihtiyaç duymamayı ölçer.

Anatchkova ve arkadaşları tarafından (Anatchkova, Redding ve Rossi 2007) ölçeğin Cronbach's Alpha (α) değeri 0.90 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda Öz Yeterlik Ölçeğinin Cronbach's Alpha (α) 0,85'dir.

5.4.3. Sigara İçmeyi Teşvik Eden Faktörler Ölçeği (TEFÖ);

Ölçek Pallonen ve arkadaşları (Pallonen,Prochaska ve ark 1998), geliştirmiş, Plummer ve arkadaşları okul temelli yaklaşımları belirlemiş (Plummer,Velicer ve ark 2001) Anatchkova ise 2007 yılında ergenlere uyarlamıştır(Anatchkova, Redding ve Rossi 2007). Türkçe geçerliliği 2007 yılında Erol ve Erdoğan tarafından yapılmıştır (Erol ve Erdoğan 2007). Bireyler güç durumlarla karşı karşıya kaldıklarında eski alışkanlıklarına başlamak için zorlayan faktörlerin yoğunluğunu yansıtır. Ölçeğin her bir maddesi 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. 5'li likert tipinde 1. Hiç arttırmaz, 2. Çok arttırmaz, 3. Biraz arttırır, 4. Çok arttırır, 5.Aşırı derecede arttırır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 40, en düşük puan 8'dir. Adölesanlara uyarlanan bu ölçeğinin dört alt boyutu ve her alt boyutta iki maddesi vardır. Öz yeterlilik ölçeğinin

zıttı bir cevap formatı ile kullanılarak uygulanmaktadır. Ölçekten yüksek puan almak, sigara içme isteği uyandıran durumlarda içmeden durabilme gücünün yetersizliğini ve sigarayı bıraktıktan sonra devam ettirme gücünün düşüklüğünü gösterir.

Negatif Duygulanım (1 ve 5. maddeler); Birine ya da bir şeye çok kızgın olmak veya işlerin istediği gibi gitmemesi, hayal kırıklığına uğramak gibi negatif duygulanım durumlarında sigara içmeyi teşvik isteğinin olduğunu gösterir.

Pozitif Sosyal Ortamlar(2 ve 6. maddeler); Arkadaşlarının sigara ikram etmesi yâda sigarayı reddetmenin zor olduğu durumlarda sigara içme isteğini ölçer.

Alışkanlığın Baskısı (3 ve 7. maddeler); Neşelenmek istediğinde ve bir süredir sigara içmediğini fark ettiğinde sigara içmeye ne kadar teşvik olduğunu ölçer.

Kilo kontrolü (4 ve 8. maddeler); Kilo almaktan korktuğunda ve kilo vermek için sigara içmeye teşvik olmayı ölçer(Velicer 2000).

Ölçeğin alfa Cronbach's Alpha (α) değeri .90 olarak belirtilmiştir. Çalışmamızda Sigara İçmeyi Teşvik Eden Faktörler Ölçeğinin Cronbach's Alpha (α) 0,90'dır.

5.4.4. Sigara İçme; Karar Alma Ölçeği (KAÖ)

Karar Alma Ölçeği, Velicer ve arkadaşları tarafından 1985 yılında geliştirilmiş(Velicer, DiClemente ve ark 1985), Plummer ve arkadaşları tarafından 2001 yılında geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmıştır(Plummer, Velicer ve ark 2001).

Ölçeğin a değerleri 0.79 ile 0.89 arasında bulunmuştur. Anatchkova ve ark tarafından 2007 yılında ergenlere uyarlanmıştır (Anatchkova, Redding ve Rossi 2007).Türkçe geçerliliği 2007 yılında Erol ve Erdoğan tarafından yapılmıştır (Erol ve Erdoğan 2007). Ölçek 12 maddeli ve beşli likert tipi bir ölçek olup her bir madde 1'den 5'e kadar puanlanmıştır. Ölçekte belirtilen durumlara hitaben, "bu düşünce sizin için ne kadar önemlidir?" sorusu, 1 "hiç önemli değil", 2 "çok az önemli", 3 "orta derecede önemli", 4 "çok önemli", 5 "aşırı derecede önemli" şıklarından biri işaretlenerek cevaplandırılır. Ölçeğin alt boyutlarından alınabilecek en yüksek puan 60, en düşük puan 12'dir.Ölçek problem davranış değiştirmenin yararlarını (değişimin getirilerini) ve zararlarını (değişim engelleri) açıklar. Yararlar (1,3,5,7,9,11), Zararlar (2,4,6,8,10,12) olmak üzere ölçeğin altışar maddeden oluşan iki alt boyutu vardır:

Yararlar; Öğrencinin sosyal hayattan dışlanmama ve dâhil olma amacıyla sigara içmenin sosyalleşmeye sağladığı katkıları içerir. Ayrıca zor durumlarla mücadele etmede, stres düzeyini azaltma ve sonuçta rahatlama hissi yaşatan durumları kapsar.

Karar alma ölçeğinin yarar alt boyutundan alınan puanların yüksekliği bireyin değişim için kararsızlığını ve sigara içmenin yararlarını daha çok algıladığını gösterir.

Zararlar ise; Sigara içmenin kendi sağlığına ve çevresindeki insanların sağlığına zarar verme algılarını ölçer.

Karar alma ölçeğinin yarar alt boyutundan alınan puanların yüksekliği bireyin değişim için kararsızlığını ve sigara içmenin yararlarını daha çok algıladığı için, zarar alt boyutundan alınan yüksek puan ise bireyin problemleri davranışının zararlarının bilincinde olduğunu gösterir.

Anatchkova Cronbach's Alpha (α) değerini .94 olarak belirlemiştir. Çalışmamızda Sigara İçme; Karar Alma Ölçeğinin yarar alt boyutunun Cronbach's Alpha (α) 0,92, yarar alt boyutunun Cronbach's Alpha (α) 0,93'tür.

5.4.5. TTM Değişim Aşamaları

Ölçek Prochaska ve DiClemente tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir (Prochaska ve DiClemente 1982). Stern ve arkadaşları (Stern ve ark 1987) tarafından 1987'de ergenlerde sigara bırakma aşamalarını ölçmek için uygulanmıştır. Pallonen ve arkadaşları (Pallonen, Prochaska ve ark 1998) ergenler için tekrar 1998 yılında "Ergenlerin Sigarayı Bırakma Safhaları ve Algoritim" adıyla düzenlemiştir. DAÖ problemleri davranışını değiştirmeye çabalayan ergenlerin geçtiği değişim aşamalarını belirtir. Ölçek likert tipinde olmayıp, bireylerin o andaki sigara içme durumlarını veya bırakmayı düşünme aşamalarını tanımlayan beş aşamalı bir algoritmadır. Bu beş aşama: *Düşünmeme*: Birey sigarayı bırakmayı düşünmez ve sigaranın bir davranış problemi olduğunu kabul etmeyebilir. *Düşünme*: Birey henüz bırakmaya karar vermemiştir. Fakat bırakmayı düşünür ve sigaranın sağlığa zararları, bırakma yolları hakkında bilgi edinme sürecindedir. *Hazırlık*: Birey sigarayı bırakmasına yardım edecek bir plan ve strateji geliştirmiştir. *Hareket*: Birey sigarayı bırakmışlığında altı ayı doldurmamıştır. *Devam ettirme*: Birey altı aydan daha uzun süredir sigara içmemektedir. Ölçek, bireylerin bir sonraki aşamaya geçmeleri için gerekli olan uygulamalara rehberlik yapar. Ölçekte puanlama yoktur. "Sigarayı içmeyi bıraktınız mı?" sorusuna bireyin verdiği cevaplara göre değişim aşaması belirlenir. Bireyin "Önümüzdeki 6 ay içinde bırakmayı düşünmüyorum" cevabı **düşünmeme**, "6 ay içinde bırakmayı düşünüyorum" cevabı **düşünme**, "30 gün içinde bırakmayı düşünüyorum" cevabı **hazırlık**, "6 aydan daha kısa bir süre önce bıraktım" cevabı **hareket**, "6 aydan daha uzun bir süre önce bıraktım" cevabı **devam ettirme** aşamasında olduğunu göstermektedir (Stern 1987).

5.4.6. Davranış Değişirme Süreçleri Ölçeği (DDSÖ) (Process Definition)

Davranış Değişirme Süreçleri Ölçeği Prochaska ve arkadaşları tarafından 1988 yılında yetişkinler için geliştirilmiştir(Prochaska, Velicer ve ark 1988). Bu ölçeği Pallonen ve arkadaşları tarafından 1998 yılında adölesanlar için düzenlenmiştir (Prochaska, Velicer ve ark 1988, Pallonen ve ark 1998a, Pallonen ve ark 1998b). Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliğini Erol tarafından yapılmıştır ve ölçeğin Cronbach's Alpha (α) değerlerini 0.83 olarak tespit etmiştir(Erol ve Erdoğan 2007). DDSÖ, bireyin davranış değişim aşamalarında hangi süreçleri yaşadığını ortaya koyan ve TTM'nin bağımsız değişken boyutunu oluşturan temel yapılarıdır(Velicer ve ark 2000). 22 maddeden oluşan ölçeğin, 6'sı Bilişsel ve 5'i Davranışsal olmak üzere 11 alt boyutu vardır. Her boyut iki madde içermektedir. Bilişsel olanlar bireyin duyguları, değerleri ve farkındalığı ile ilişkili faktörlerdir. Davranışsal süreçler ise bireyin değişim yolunda ilerlerken hangi davranışları seçtiklerini gösterir. Süreçler girişim programlarına rehberlik eder. Bu süreçler; değişimi gerçekleştirmeye çalışan bireylere yardım ve cesaret veren duygu, algı ve kişilerarası ilişkiler gibi temel davranışları belirler.

Bilişsel Süreçler(Pallonen ve ark 1998a, Pallonen ve ark 1998b)

Bilinçlenme (2 ve 13. maddeler): Farkındalığın arttığı süreçtir. Problemleri davranışın belirtileri, nedenleri, sonuçları ve çözümleri hakkında bilinçlenmenin artmış olmasıdır.

Duygusal Uyarılma (3 ve 14. maddeler): Belirgin Rahatlamamanın olduğu süreçtir. Bireyin problemleri davranış hakkındaki korku ve çok güçlü üzüntü duyduğu zaman ortaya çıkan süreçtir.

Çevreyi Yeniden Değerlendirme (4 ve 15. maddeler): Bireyin bilişsel ve duygusal olarak kişisel alışkanlıklarının fiziksel ve sosyal çevresini nasıl etkilediğini değerlendirdiği süreci ifade eder.

Sosyal Özgürleşme (9 ve 20. maddeler): Çevresel Fırsatlar diye de adlandırılır. Toplumda bireylere sağlanan sosyal fırsatlar ve alternatif davranışlara karşı farkındalığın arttığı süreçtir.

Kendini Yeniden Değerlendirme (10 ve 21. maddeler): Bir bireyin kendini bilişsel ve duygusal sağlıklı veya sağlıklı olmayan özel bir alışkanlıkla ilişkilendirerek değerlendirmesi sürecidir.

Gerçekleşmesi İstenen Arzular (11 ve 22. maddeler): Bireyin sağlıklı davranışlara başlamış olmaktan duyduğu pişmanlığı ve değişim için gerekli olan isteği belirtir.

Davranışsal Süreçler(Pallonen ve ark 1998a, Pallonen ve ark 1998b)

Yardım Edici İlişkilerin Varlığı (5 ve 16. maddeler): Destekleme sürecidir. Bireyin sağlıklı davranış değişimleri için güven sağlayan, destekleyen ve kabul gören iletişim sürecini ifade eder.

Uyarıcı Kontrolü (7 ve 18. maddeler): Yeniden yapılandırmanın olduğu süreçtir. Bireyin problemleri davranışlara yeniden başlama riskini azaltmak için uyarıcıların kontrol edilmesi ya da yerine daha sağlıklı davranışların seçilmesidir.

Karşıt Koşulama (1 ve 12. maddeler): Yerine koyma sürecidir. Sağlıksız davranış yerine konulabilecek daha sağlıklı davranışları öğrenmeyi ve kullanmayı içerir.

Güçlendirme (6 ve 17. maddeler): Bu aşamada bireye kendini olumlu yönde ifade etme fırsatı sağlayan güçlendirme girişimleri kullanılabilir. Ödül kendi kendine değişmeye çalışan bireyler için güven kaynağı oluşturur.

Kendisi ile Anlaşma (8 ve 19. maddeler): Bireyin problemleri davranışını değiştirebilme, kesin karar verme ve değişim inancı ile hareket etmek için kararlarını uygulama inancısıdır(Redding, Rossi ve ark 2000, Velicer ve ark 2000, Hoepfner, Velicer ve ark 2006, Ham 2007).

Davranış Değiştirme Süreçleri Ölçeği her bir maddesi (1.Hiçbir zaman 2.Nadiren 3. Ara sıra 4. Çoğunlukla 5. Her zaman) 1'den 5'e kadar puanlanan likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 110, en düşük puan 22'dir. DDSÖ'den yüksek puan alınması davranış değişimindeki başarı ihtimalinin, düşük puan alınması ise başarısızlık ihtimalinin yüksekliğini gösterir.

Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.84'tür. Çalışmamızda Davranış Değiştirme Süreçleri Ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0,95 bulundu.

5.4.7.DSM-5 depresyon tanı kriterleri; DSM-V'e göre art arda iki hafta boyunca hemen hemen her gün aşağıdaki belirtilerden en az beşi görülmelidir: 1. Depresif duygu durumu; üzüntü, çökkünlük hali 2. İlgisi ve istekte azalma 3. Fazla uyku ya da uykusuzluk 4. İştahsızlık ya da artış 5. Psikomotor yavaşlama 6. Enerji düşüklüğü 7. Dikkatte bozulma 8. Suçluluk, değersizlik gibi düşünceler 9. Tekrar eden intihar ya da ölüm düşünceleri Depresif duygu durumu, ilgi ve istek kaybı ana belirtilerdir. Gözlenen belirtiler içinde bunlardan en az biri olmak durumundadır (American Psychiatric Association. 2013). GEDAB'a gelen öğrencilerin depresyon durumları hekim tarafından değerlendirildi.

5.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiki değerlendirmesindeki-kare analizi, Mann-Whitney U testi, McNemar testi, Wilcoxon Testi, tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanıldı.

5.6. Araştırma Sınırlılıkları; Bu çalışma, sadece bir üniversitedeki Gençlik danışma Birimine başvuran öğrencilere yapıldığından araştırma sonuçları bu gruba genellendi. Bu nedenle çalışma sonuçları genellemez, ancak genellemeye katkı sunabilir.

5.7 Etik Açıklamalar; Araştırmaya Üniversite Rektörlüğünden (Ek 1) ve Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığından (Ek 2) onaylar alındıktan sonra başlanmıştır.



6. BULGULAR

Çalışma grubunu oluşturanların 102'si(%5,5) kadın, 1752'si(%94,5) ise erkektir. Yaşları 18 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama $18,87 \pm 0,73$ idi. Öğrencilerin %16,3'ü sağlık bilimlerinde, %50,0'si sosyal bilimlerde ve %33,7'si fen bilimlerinde öğrenim görmektedir. Öğrencilerin %44,3'ü 2.sınıf, %35,9'u 3.sınıf ve %19,8'i 4.sınıfı (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri

Cinsiyet	n	%
Erkek	1752	94,5
Kadın	102	5,5
Yaş grubu (min=18-max=20, ort= 18,87±0,73)		
18	628	33,9
19	825	44,5
20	401	21,6
Öğrenim görülen okulun bilim alanı		
Sağlık Bilimleri	303	16,3
Sosyal Bilimler	927	50,0
Fen Bilimleri	624	33,7
Sınıfı		
2	821	44,3
3	665	35,9
4	368	19,8
Toplam	1854	100,0

Öğrenciler ortalama $4,7 \pm 0,81$ yıldır sigara içmekteydi. Günlük ortalama sigara sayısı $41,82 \pm 5,36$ 'dır. Öğrencilerden %6,4'ü daha önce sigarayı bırakmayı hiç denemediğini, %36,7'si 2 kez denediğini belirtti. Yüzde 55,5'i sadece 3-15 gün sigarayı bıraktıklarını ifade etti. Sigara içen öğrencilerin %42,6'sının annesi, %97,0'sinin babası, %98,2'sinin arkadaşı sigara içmekteydi. Öğrencilerin %2,5'inin annesi, %1,1'inin babası, %48,6'sının arkadaşı sigarayı bırakmıştı. (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin sigara içme ile ilgili özellikleri

Ne kadar süredir sigaraya içiyorsunuz	n	%
3 yıl	46	2,5
4 yıl	833	44,9
5 yıl	599	32,3
6 yıl	376	20,3
Günlük içilen sigara sayısı / tane olarak		
30-39	607	32,7
40-49	943	50,9
50-60	304	16,4
Daha önce sigara bırakmayı denediniz mi?		
Hayır	121	6,4
Evet, 1 kez	315	17
Evet, 2 kez	680	36,7
Evet, 3 kez	433	23,4
Evet, 4 kez	166	9,0
Evet, 5 kez	139	7,5
Daha önce sigara bırakma süresi		
Sigarayı bırakmayı denemeyenler	121	6,4
3 – 15 gün	1,029	55,5
1 – 3 ay	432	23,4
4 – 6 ay	272	14,7
Annenin sigara içme durumu		
Evet	789	42,6
Hayır	1065	57,4
Babanın sigara içme durumu		
Evet	1798	97,0
Hayır	56	3,0
Arkadaşın sigara içme durumu		
Evet	1820	98,2
Hayır	34	1,8
Annenin sigara bırakma durumu		
Evet	20	2,5
Hayır	769	97,5
Babanın sigara bırakma durumu		
Evet	20	1,1
Hayır	1778	98,9
Arkadaşın sigara bırakma durumu		
Evet	901	48,6
Hayır	953	51,4
Toplam	1854	100,0

Sigarayı bırakmak için öğrencilerin %10,6'sı sağlık biriminden, %30,8'i şikâyet nedeniyle, %24,4'ü bilgi ve danışmanlık almak amacıyla, %39,3'ü akran eğitimi almış akranlar tarafından yönlendirilerek GEDAB'a başvurmuşlardı. Öğrencilerin %52,0'ı GEDAB'tan sigara bırakma konusunda akran eğitimi aldığını ve %45,3'ü sigara bırakma kararını almasında akran eğitimi almış arkadaşının etkisi olduğunu belirtti. Yüzde 49,7'si sigara bırakmada profesyonel danışmanlık / destek aldığını, %44,3'ü sigarayı bırakmak için desteği hemşireden aldığını ifade etti. GEDAB desteği ile sigara bırakma oranı %94,1 bulundu. Öğrencilerin % 93,3'ü sigara bırakma sonrası yoksunluk belirtileri yaşadığını belirtti (Tablo 3).

Tablo 3. Öğrencilerin GEDAB'a başvuru ve sigara bırakma ile ilgili özellikleri

	n	%
Başvuru şekli*		
Sağlık biriminden yönlendirilme	196	10,6
Kendi şikâyetleri nedeniyle	571	30,8
Bilgi danışmanlık almak için	453	24,4
Akran eğitimi almış öğrenciler tarafından yönlendirilme	729	39,3
GEDAB sigara bırakma konusunda akran eğitimi		
Alan	964	52,0
Almayan	890	48,0
Sigara bırakma kararına etkili olan neden		
Akran eğitimi almış arkadaşı	840	45,3
Ev Arkadaşı	594	32,0
Sevgili	265	14,3
Sağlık Personeli	135	7,3
Baba	20	1,1
Sigara bırakmada profesyonel danışmanlık / destek alma durumu		
Evet	921	49,7
Hayır	933	50,3
Danışmanlık/desteği kimden aldınız		
Hemşire	821	44,3
Hemşire + Doktor + Psikolog	100	5,4
Almadım	933	50,3
GEDAB desteği ile sigara bırakma durumu		
Hayır	110	5,9
Evet	1744	94,1
Sigara bırakma sonrası yoksunluk belirtileri yaşama durumu		
Yaşayan	1728	93,3
Yaşamayan	126	6,7
Toplam	1854	100,0

*Birden fazla başvuru şekli vardır.

Sigarayı bırakma durumunu etkileyen faktörler incelendiğinde; cinsiyet, yaş, günde içilen sigara sayısı, daha önce sigarayı bırakmayı deneme, annenin sigara içme durumu, şu anda oturduğu evde/ yurtta sigara içilme durumu ve GEDAB'tan sigara konusunda akran eğitimi alma durumu ile sigarayı bırakma arasında istatistiksel yönden anlamlı fark tespit edildi. Akran eğitimi alan grubun tamamının sigarayı bıraktığı saptandı (Tablo 4).

Tablo 4. Bazı değişkenlere göre sigarayı bırakma durumu

Değişken	Sigarayı Bırakamadım		Sigarayı Bıraktım		Toplam*		İstatistik	
	n	%	n	%	n	%	X ²	p
Cinsiyet								
Kadın	0	-	102	100,0	102	5,5	Fisher	,004
Erkek	110	6,3	1642	93,7	1742	94,5		
Yaş								
18	0	-	644	100,0	644	34,7	868,53	,000
19	0	-	990	100,0	990	53,4		
20	110	50,0	110	50,0	220	11,9		
Günlük içilen sigara sayısı / tane olarak								
30-39	0	-	607	100,0	607	32,7	596,23	,000
40-49	0	-	943	100,0	943	50,9		
50-60	110	36,2	194	63,8	304	16,4		
Ne kadar süredir sigaraya içiyorsunuz?								
3 yıl	0	-	46	100,0	46	2,5		
4 yıl	0	-	833	100,0	833	44,9	459,66	,000
5 yıl	0	-	599	100,0	599	32,3		
6 yıl	110	29,3	266	70,7	376	20,3		
Daha önce sigara bırakmayı denediniz mi?								
Hayır	110	90,9	11	9,1	121	6,4		
Evet, 1 kez	0	-	315	100,0	315	17,0	1674,82	,000
Evet, 2 kez	0	-	680	100,0	680	36,7		
Evet, 3 kez	0	-	433	100,0	433	23,4		
Evet, 4 kez	0	-	166	100,0	166	9,0		
Evet, 5 kez	0	-	139	100,0	139	7,5		
Toplam**	110	5,9	1744	94,1	1854	100,0		
Annenin sigara içme durumu								
Evet	110	13,9	679	86,1	789	42,6	Fisher	,000
Hayır	0	-	1065	100,0	1065	57,4		
Toplam**	110	5,9	1744	94,1	1854	100,0		

Tablo 4. Bazı değişkenlere göre sigarayı bırakma durumu (devam)

Değişken	Sigarayı Bırakamadım		Sigarayı Bıraktım		Toplam*		İstatistik	
	n	%	n	%	n	%	X ²	p
Babanın sigara içme durumu								
Evet	110	6,1	1688	93,9	1798	97,0	Fisher	,075
Hayır	0	-	56	100,0	56	3,0		
Arkadaşın sigara içme durumu								
Evet	110	6,0	1710	94,0	1820	98,2	Fisher	,261
Hayır	0	-	34	100,0	34	1,8		
Şuanda Oturduğunuz Evde ve/veya Yurtta Sigara İçen Var mı?								
Hayır	0	-	154	100,0	154	8,3	Fisher	,000
Evet	110	6,5	1590	93,5	1700	91,7		
GEDAB'nden Sigara Konusunda Akran Eğitimi Alma Durumu								
Hayır	110	12,4	780	87,6	890	48,0		
GEDAB Sigara Akran Eğitimi	0	-	705	100,0	705	38,0	126,66	,000
GEDAB Sigara Akran Eğitmen Eğitimi	0	-	259	100,0	259	14,0		
Toplam**	110	5,9	1744	94,1	1854	100,0		

* Satır Toplamı

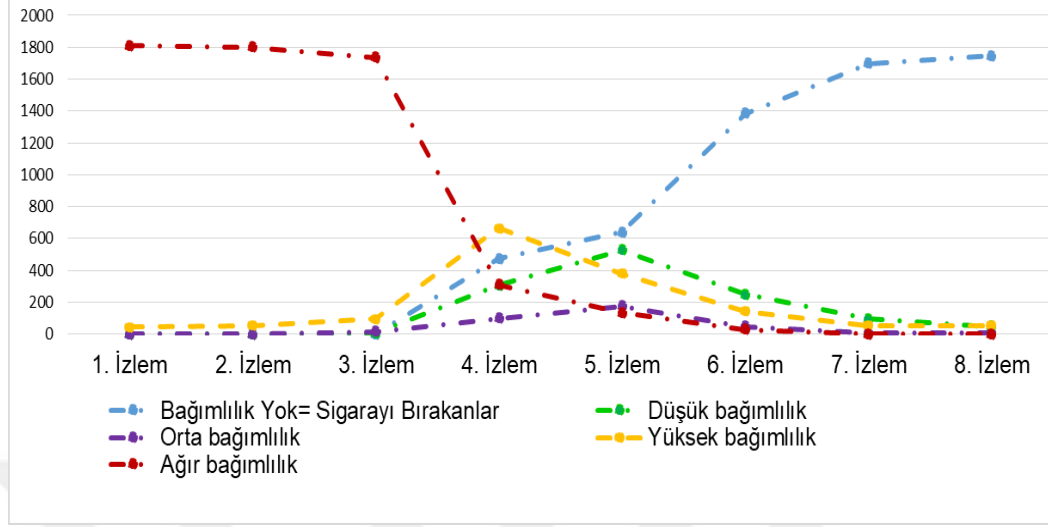
**Sütun Toplamı

Fagestrom bağımlılık ölçeğine göre ilk izlemde öğrencilerin %97,7'si ağır bağımlı iken, 6.izlemde bu oran %1,6, yedinci ve sekizinci izlemde sıfır bulundu. Öğrencilerin sigara bağımlılık düzeylerinde izlemler arasında anlamlı fark saptandı(F=12752,723, p<0,0001)(Tablo 5).

Tablo 5. Öğrencilerin sekiz izleme göre Fagestrom bağımlılık düzeyleri

Fagestrom Ölçeği	1.İzlem n (%)	2.İzlem n (%)	3.İzlem n (%)	4.İzlem n (%)	5.İzlem n (%)	6.İzlem n (%)	7.İzlem n (%)	8.İzlem n (%)
Bağımlılık yok	----	----	----	474 (25,6)	639 (34,5)	1383 (84,6)	1696 (91,5)	1744 (94,1)
Düşük bağımlılık	----	----	6 (0,3)	308 (16,6)	526 (28,4)	249 (13,4)	96 (5,2)	48 (2,6)
Orta bağımlılık	----	----	17 (0,9)	98 (5,3)	175 (9,4)	48 (2,6)	9 (0,5)	9 (0,5)
Yüksek bağımlılık	43 (2,3)	53 (14,4)	96 (5,2)	664 (35,8)	381 (20,6)	144 (7,8)	53 (2,9)	53 (2,9)
Ağır bağımlılık	1811 (97,7)	1801 (97,1)	1735 (42,4)	310 (16,7)	133 (7,2)	30 (1,6)	--	----
Analiz	F=12752,723		p= 0,0001					

Grafik 1. Öğrencilerin sekiz izleme göre Fagerstrom bağımlılık düzeyleri



Öğrencilerin ilk izlemde Fagerstrom puan ortalamaları çok yüksek (10,0-9,7) iken dördüncü izlemde belirgin bir düşüş (10,0'dan 5,0'ye) gözlenmekte, son iki izlemde çok az puan düştüğü (0,77'den 0,44,'ye) saptandı (Grafik;1)(F=11938,740, $p<0,0001$). Akran eğitimcilerinin etkisi olduğunu belirten öğrencilerin Fagerstrom puanları, akran eğitimcilerinin etkisi olmadığını belirtenlere göre ilk iki izlemde daha düşük bulundu ($p<0,0001$),(Tablo 6).

Tablo 6. Akran eğitimcilerinin etkisine göre 1-8.izlem Fagerstrom puan ortalamalarının karşılaştırılması

Fagerstrom puanı	Akran Eğitimcilerinin Etkisi				İstatistik	
	Hayır		Evet		z	p
	Ort.	Ss	Ort.	Ss		
1.İzlem	10,0	0,0	9,7	1,0	-9,9	<0,01
2.İzlem	9,9	0,4	9,7	1,0	-5,8	<0,01
3.İzlem	9,6	0,9	9,4	1,4	0,0	0,975
4.İzlem	5,0	2,7	5,1	2,8	-0,6	0,532
5.İzlem	3,7	2,6	3,7	2,6	-0,6	0,54
6.İzlem	2,0	2,2	1,8	2,0	-0,1	0,921
7.İzlem	0,8	1,3	0,8	1,3	-0,6	0,576
8.İzlem	0,5	1,2	0,4	1,1	-1,3	0,184

F= 20,099,486; $p= 0,0001$ F=11938,740 $p= 0,0001$

Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonuçlarına göre sigarayı bırakan ve bırakamayan öğrencilerin 8 izlemdaki Fagerstrom puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,0001$) (Tablo 7).

Tablo 7. Sigarayı Bırakan ve sigarayı bırakamayan öğrencilerin Fagerstrom puan ortalamalarının karşılaştırılması

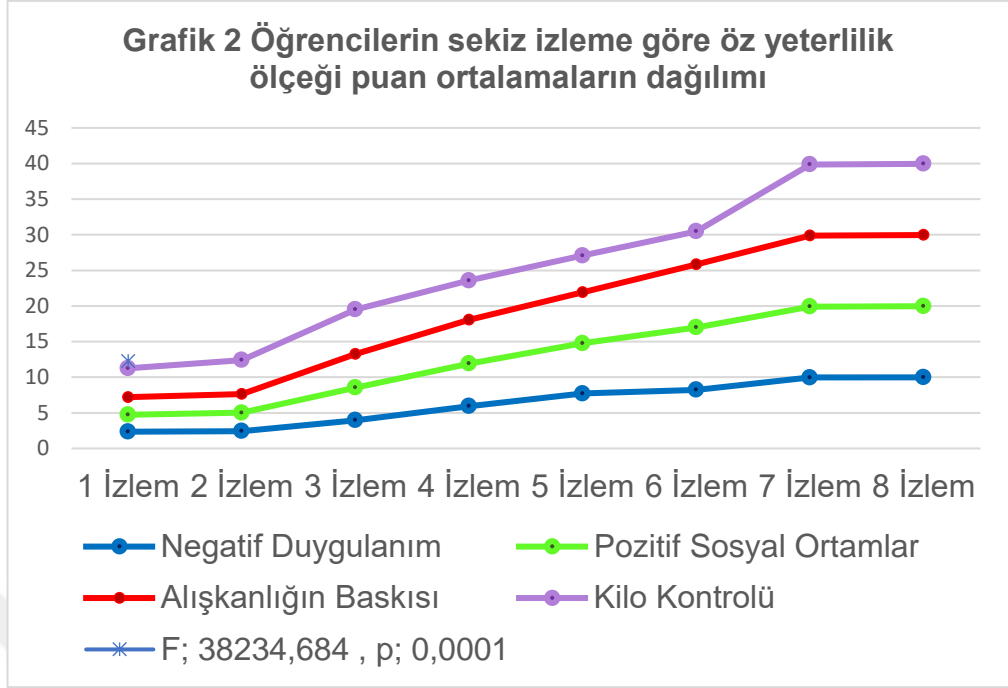
Fagerstrom	Sigarayı Bırakamayan.(n=110)		Sigarayı Bırakan.(n=1744)		İstatistik	
	Ort.	Ss	Ort.	Ss	z	p
1.izlem	10,0	0,0	9,9	0,6	-2,077	0,038
2.izlem	9,8	0,5	9,8	0,7	-5,034	<0,01
3.izlem	9,4	0,7	9,5	1,1	-6,058	<0,01
4.izlem	5,0	2,7	5,0	2,7	-0,153	0,879
5.izlem	3,9	2,7	3,7	2,6	-0,769	0,442
6.izlem	2,0	2,3	1,9	2,1	-0,549	0,583
7.izlem	0,6	1,4	0,8	1,3	-2,014	0,044
8.izlem	0,4	1,3	0,5	1,2	-1,674	0,094

F=3131,135 p=0,000 CI= %95 PartialEtaSquared 0,75

Öğrencilerin sekiz izlemden öz yeterlilik ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 8’de verilmektedir(Grafik 2). Öz yeterlilik alt ölçeği Negatif duygulanım puan ortalamaları 2,35 - 9,98 arasında, Pozitif Sosyal Ortamlar puan ortalamaları 2,38 - 9,99 arasında, Alışkanlığın Baskısı puan ortalamaları 2,47 - 9,99 arasında değişmektedir. Öz yeterlilik alt ölçeği Kilo kontrolü puan ortalamaları 4,05 - 9,99 arasında ve toplam puan ortalamaları 11,27 - 39,97 arasında değişmektedir. Öğrencilerin ilk izlemden son izleme kadar öz yeterlilik alt ölçekten aldıkları puan ortalamalarının artması istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=38234,684$, $p<0,0001$).

Tablo 8. Öğrencilerin Özyeterlilik ölçeği puan ortalamaları

Özyeterlilik		Ort.	Ss
1. İzlem	Negatif Duygulanım	2,35	0,72
	Pozitif Sosyal Ortamlar	2,38	0,87
	Alışkanlığın Baskısı	2,47	0,75
	Kilo kontrolü	4,05	1,37
	Toplam	11,27	3,20
2. İzlem	Negatif Duygulanım	2,44	0,75
	Pozitif Sosyal Ortamlar	2,57	0,02
	Alışkanlığın Baskısı	2,64	0,89
	Kilo kontrolü	4,76	2,09
	Toplam	12,42	3,85
3. İzlem	Negatif Duygulanım	3,96	1,21
	Pozitif Sosyal Ortamlar	4,58	1,21
	Alışkanlığın Baskısı	4,70	1,27
	Kilo kontrolü	6,27	2,27
	Toplam	19,53	4,05
4. İzlem	Negatif Duygulanım	5,93	1,38
	Pozitif Sosyal Ortamlar	5,98	1,45
	Alışkanlığın Baskısı	6,13	1,43
	Kilo kontrolü	5,53	2,21
	Toplam	23,59	4,48
5. İzlem	Negatif Duygulanım	7,70	0,93
	Pozitif Sosyal Ortamlar	7,07	1,61
	Alışkanlığın Baskısı	7,15	1,57
	Kilo kontrolü	5,15	2,46
	Toplam	27,08	4,00
6. İzlem	Negatif Duygulanım	8,22	0,87
	Pozitif Sosyal Ortamlar	8,78	1,52
	Alışkanlığın Baskısı	8,85	1,36
	Kilo kontrolü	4,63	2,78
	Toplam	30,50	3,15
7. İzlem	Negatif Duygulanım	9,95	0,06
	Pozitif Sosyal Ortamlar	9,97	0,19
	Alışkanlığın Baskısı	9,98	0,86
	Kilo kontrolü	9,97	0,20
	Toplam	39,88	0,73
8. İzlem	Negatif Duygulanım	9,98	0,03
	Pozitif Sosyal Ortamlar	9,99	0,05
	Alışkanlığın Baskısı	9,99	0,06
	Kilo kontrolü	9,99	0,12
	Toplam	39,95	0,26



Akran eğitimcilerinin etkisi olduğunu belirten öğrencilerin ÖYÖ puanları, akran eğitimcilerinin etkisi olmadığını belirtenlere göre tüm izlemlerde istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulundu ($p < 0,0001$), (Tablo 9).

Tablo 9. Akran eğitimcilerinin etkisine göre 1-8.izlem Özyeterlilik puan ortalamalarının karşılaştırılması

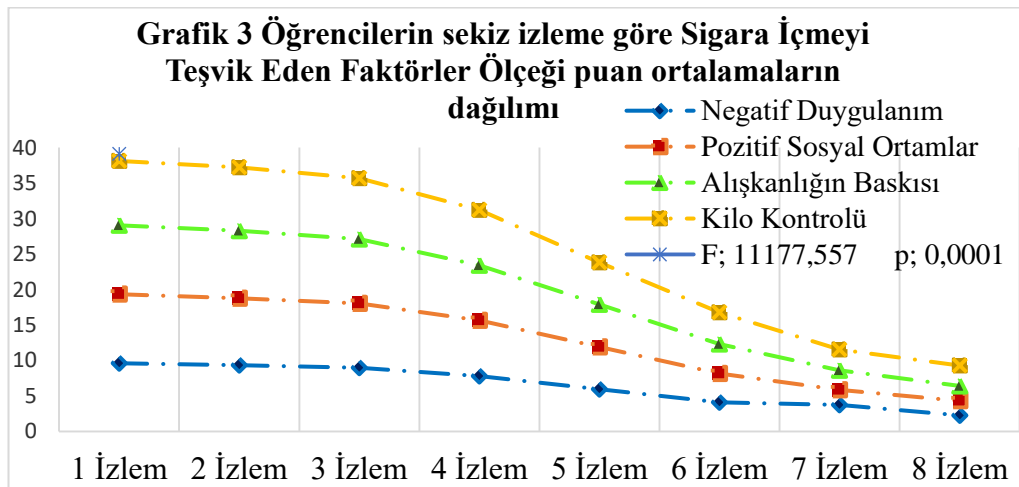
ÖYÖ puanı	Akran Eğitimcilerinin Etkisi				İstatistik	
	Hayır (n=1095)		Evet (n=759)		z	P
	Ort.	Ss	Ort.	Ss		
1.İzlem	9,3	1,0	14,0	2,5	-37,3	<0,01
2.İzlem	9,8	1,5	16,2	3,0	-36,7	<0,01
3.İzlem	16,8	2,8	23,5	2,1	-36,5	<0,01
4.İzlem	20,8	2,7	27,7	3,2	-35,8	<0,01
5.İzlem	24,3	2,2	31,0	2,4	-36,6	<0,01
6.İzlem	28,7	2,6	33,1	1,7	-35,1	<0,01
7.İzlem	39,8	1,0	40,0	0,0	-7,9	<0,01
8.İzlem	40,0	0,3	40,0	0,0	-4,4	<0,01

Sigarayı bırakan öğrencilerin ÖYÖ puan ortalamaları, sigarayı bırakamayanlardan anlamlı yüksek bulundu($p<0,0001$) (Tablo 10).

Tablo 10. Sigarayı Bırakan ve sigarayı bırakamayan öğrencilerin Özyeterlik ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özyeterlik ölçeği puanı	Sigarayı Bırakamayan.(n=110)		Sigarayı Bırakan.(n=1744)		İstatistik	
	Ort.	Ss	Ort.	Ss	z	P
1.izlem	8,0	0,0	11,4	2,9	-15,087	<0,01
2.izlem	8,0	0,0	12,7	3,8	-15,668	<0,01
3.izlem	11,1	1,8	20,1	3,6	-17,521	<0,01
4.izlem	15,2	1,2	24,1	4,1	-17,597	<0,01
5.izlem	20,4	0,5	27,5	3,7	-17,567	<0,01
6.izlem	23,3	1,6	31,0	2,6	-17,675	<0,01
7.izlem	38,1	2,4	40,0	0,0	-37,562	<0,01
8.izlem	39,6	0,8	40,0	0,0	-21,224	<0,01
F;103,128 p=0,000 CI= %95 Partial Eta Squared; 0,954						

Öğrencilerin sekiz izlemede sigara içmeyi teşvik eden faktörler ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları grafik 3’de verilmektedir. Sigara içmeyi teşvik eden faktörler Negatif duygulanım alt ölçeği puan ortalamaları 9,60 –2,26 arasında değişmektedir. Sigara içmeyi teşvik eden faktörler Pozitif Sosyal Ortamlar alt ölçeği puan ortalamaları 9,73 - 2,04 arasında değişmektedir. Sigara içmeyi teşvik eden faktörler Alışkanlığın Baskısı alt ölçeği puan ortalamaları 9,71 - 2,11 arasında değişmektedir. Sigara içmeyi teşvik eden faktörler Kilo kontrolü alt ölçeği puan ortalamaları 9,07 - 2,87 arasında değişmektedir (Grafik 3). İzlemlere göre öğrencilerin sigara içmeyi teşvik eden faktörler ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($F=11177,557$, $p<0,0001$).



Öğrencilerin TEFÖ toplam puan ortalamaları 8 izlemde 38,13'den 9,29'a düşmüştür. Akran eğitimcilerinin etkisi olduğunu belirten öğrencilerin TEFÖ puanları, akran eğitimcilerinin etkisi olmadığını belirtenlere göre tüm izlemlerde istatistiksel olarak anlamlı daha düşük bulundu ($p<0,0001$), (Tablo 11).

Tablo 11. Akran eğitimcilerinin etkisine göre 1-8.izlem Sigara İçmeyi Teşvik Eden Faktörler puan ortalamalarının karşılaştırılması

SİTEFÖ puanı	Akran Eğitimcilerinin Etkisi				İstatistik	
	Hayır (n=1095)		Evet (n=759)		z	P
	Ort.	Ss	Ort.	Ss		
1.izlem	40,0	0,0	35,4	4,3	-29,4	<0,01
2.izlem	40,0	0,0	33,3	4,2	-35,9	<0,01
3.izlem	38,9	2,5	31,1	3,5	-36,3	<0,01
4.izlem	32,1	0,5	29,2	4,6	-21,1	<0,01
5.izlem	24,3	1,5	23,4	2,5	-10,1	<0,01
6.izlem	17,8	3,3	15,5	1,9	-18,4	<0,01
7.izlem	14,1	4,9	8,0	0,0	-28,5	<0,01
8.izlem	10,3	4,3	8,0	0,0	-15,7	<0,01

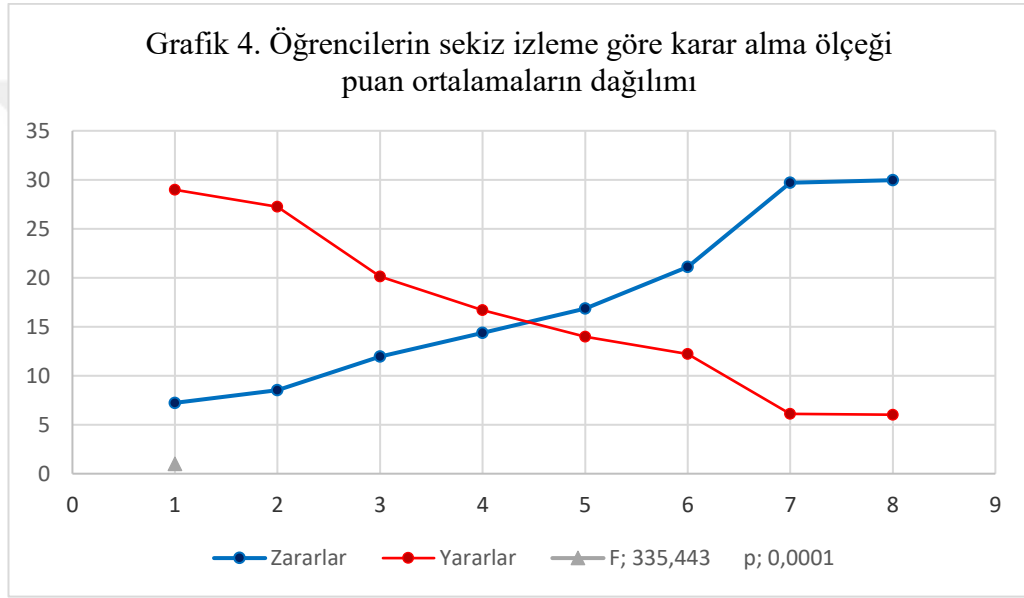
Sigarayı bırakan öğrencilerin TEFÖ puan ortalamaları, sigarayı bırakamayanlardan anlamlı düşük bulundu ($p<0,0001$) (Tablo 12).

Tablo 12. Sigarayı Bırakan ve Sigarayı Bırakamayan Öğrencilerin Sigara İçmeyi Teşvik Eden Faktörler Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SİTEFÖ puanı	Sigarayı Bırakamayan.(n=110)		Sigarayı Bırakan.(n=1744)		İstatistik	
	Ort.	Ss	Ort.	Ss	z	P
1.izlem	40,0	0,0	38,0	3,6	-6,15	<0,01
2.izlem	40,0	0,0	37,1	4,3	-7,497	<0,01
3.izlem	40,0	0,0	35,5	4,9	-11,671	<0,01
4.izlem	33,2	1,0	30,8	3,3	-17,339	<0,01
5.izlem	26,6	4,0	23,7	1,7	-16,067	<0,01
6.izlem	25,2	3,8	16,3	2,0	-24,114	<0,01
7.izlem	22,7	4,1	10,9	3,9	-20,177	<0,01
8.izlem	20,7	4,1	8,6	1,8	-27,406	<0,01
F=316,640		p=0,000	CI= %95	Partial Eta Squared; 0,90		

Öğrencilerin karar alma puan ortalamalarına akran eğitimcilerin etkisinin izlemlere göre karşılaştırılması tablo 14’de verilmektedir. Karar alma Zararlar alt ölçeği puan ortalamaları 7,23 - 29,96 arasında değişmektedir. Karar alma Yararlar alt ölçeği puan ortalamaları 28,98 - 6,02 arasında değişmektedir.

Akran eğitimcilerinin etkisi olduğunu belirten öğrencilerin KAÖ-yarar puanları, akran eğitimcilerinin etkisi olmadığını belirtenlere göre tüm izlemlerde istatistiksel olarak anlamlı daha düşük, KAÖ-zarar puanları daha yüksek bulundu ($p<0,0001$) (Grafik 4; Tablo 13).



Akran eğitimcilerinin etkisiyle sigarayı bırakan öğrencilerin **KAÖ-Zarar** alt ölçeği puan ortalamaları, sigarayı bırakamayanlardan anlamlı yüksek **Yarar** puanları daha düşük bulundu ($p<0,0001$) (Tablo 13).

Tablo 13. Akran eğitimcilerinin etkisine göre 1-8.izlem KAÖ-Zararlar puan ortalamalarının karşılaştırılması

Akran Eğitimcilerinin Etkisi KAÖ-Zararlar puanı	Hayır (n=1095)		Evet (n=759)		İstatistik	
	Ort.	Ss	Ort.	Ss	z	P
1.İzlem	6,0	0,0	9,0	3,0	-26,3	<0,01
2.İzlem	6,0	0,0	12,1	3,1	-38,5	<0,01
3.İzlem	9,4	2,7	15,7	1,9	-35,3	<0,01
4.İzlem	11,5	2,4	18,5	2,3	-37,0	<0,01
5.İzlem	14,2	4,0	20,7	2,9	-32,5	<0,01
6.İzlem	15,1	4,0	21,5	2,9	-31,7	<0,01
7.İzlem	29,0	4,0	30,0	0,0	-7,7	<0,01
8.İzlem	29,7	1,6	30,0	0,0	-4,6	<0,01

F;279,795 p=0,000 CI= %95 PartialEtaSquared; 0,75

KAÖ-Yararlar puanı

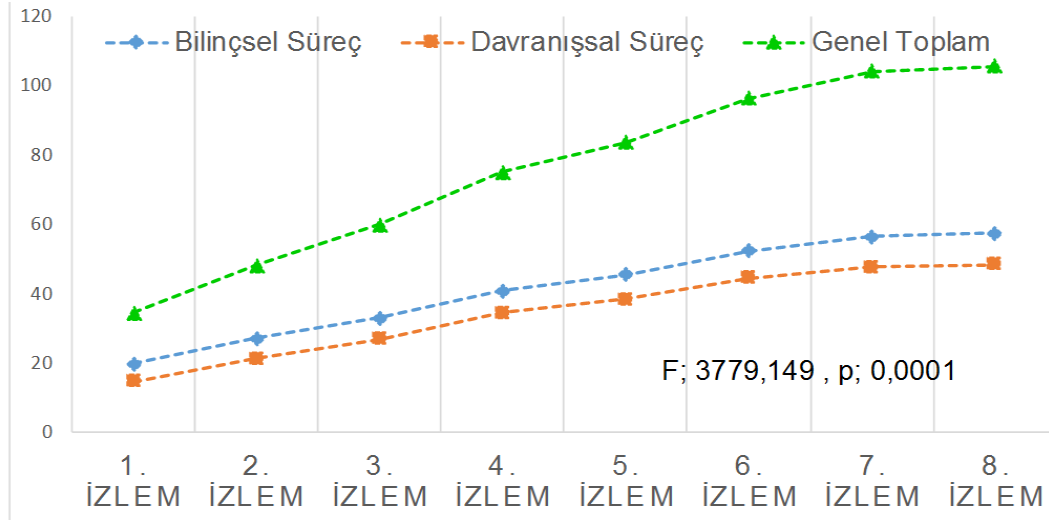
1.İzlem	30,0	0,0	28,4	2,8	-18,7	<0,01
2.İzlem	30,0	0,0	24,9	4,6	-30,9	<0,01
3.İzlem	25,2	4,1	19,1	0,7	-34,8	<0,01
4.İzlem	24,4	4,3	18,1	0,7	-34,9	<0,01
5.İzlem	22,4	4,4	15,9	1,2	-34,4	<0,01
6.İzlem	19,3	4,7	8,0	1,2	-37,4	<0,01
7.İzlem	13,9	2,0	6,1	0,5	-40,6	<0,01
8.İzlem	8,1	2,4	5,9	0,5	-33,0	<0,01

F=3779,146 p= 0,0001

Öğrencilerin sekiz izlemde Davranış Değişirme Süreçleri **Bilişsel Süreç** alt ölçeği, **Bilinçlendirme** puan ortalamaları 4,42-9,02 arasında, **Duygusal Uyarılma** puan ortalamaları 2,62-9,83 arasında, **Çevreyi Yeniden Değerlendirme** puan ortalamaları 2,87-9,26 arasında, **Sosyal Özgürleşme** puan ortalamaları 2,66-9,80 arasında, **Kendini Yeniden Değerlendirme** puan ortalamaları 2,67-9,80 arasında, **Gerçekleşmesi İstenen Arzular** puan ortalamaları 4,44-9,60 arasında değişmektedir. **Davranış Değişirme Süreçleri Bilişsel Süreç alt ölçeği, toplam puan ortalamaları 19,71-57,35 arasında değişmektedir.**

Davranış Değişirme Süreçleri Davranışsal Süreç alt ölçeği, **Yardım Edici İlişkilerin Varlığı** puan ortalamaları 2,62-9,80 arasında, **Uyaran Kontrolü** puan ortalamaları 2,66-9,80 arasında, **Karşıt Koşullanma** puan ortalamaları 3,92-9,06 arasında, **Güçlendirme** puan ortalamaları 2,66-9,80 arasında, **Kendisi ile Anlaşma** puan ortalamaları 2,66-9,80 arasında ve toplam puan ortalamaları 14,55-48,28 arasında değişmektedir. Öğrencilerin davranış değiştirme süreci düzeylerinin izlemeler arasında anlamlı fark vardır (F=3779,146, p<0,0001) (Grafik 5).

Grafik 5. Öğrencilerin sekiz izleme göre DDSÖ puan ortalamalarının dağılımı



Akran eğitimcilerinin etkisi olduğunu belirten öğrencilerin **DDSÖ** puanları, akran eğitimcilerinin etkisi olmadığını belirtenlere göre tüm izlemlerde istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulundu ($p < 0,0001$), (Tablo 14).

Tablo 14. Akran eğitimcilerinin etkisine göre 1-8.izlem DDSÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

DDSÖ	Akran Eğitimcilerinin Etkisi				İstatistik	
	Hayır (n=1095)		Evet (n=759)		z	P
Bilinçsel Süreçler puanı	Ort.	Ss	Ort.	Ss		
1.İzlem	15,2	2,6	26,2	7,9	-37,0	<0,01
2.İzlem	19,2	5,7	37,9	8,1	-36,5	<0,01
3.İzlem	26,3	4,8	42,4	7,4	-36,6	<0,01
4.İzlem	34,2	5,7	50,0	4,5	-36,7	<0,01
5.İzlem	38,9	5,8	54,3	2,6	-36,6	<0,01
6.İzlem	46,9	8,1	59,7	0,8	-37,5	<0,01
7.İzlem	54,0	7,4	60,0	0,0	-25,9	<0,01
8.İzlem	55,6	6,4	60,0	0,0	-22,4	<0,01
Davranışsal Süreçler puanı						
1.İzlem	10,7	1,0	20,1	7,5	-37,9	<0,01
2.İzlem	14,5	4,2	30,7	7,6	-36,8	<0,01
3.İzlem	21,0	4,2	35,2	7,1	-36,7	<0,01
4.İzlem	28,4	5,1	42,6	4,3	-36,8	<0,01
5.İzlem	32,4	5,3	46,7	2,4	-36,7	<0,01
6.İzlem	39,9	8,1	50,0	0,2	-37,9	<0,01
7.İzlem	46,1	6,7	50,1	0,7	-24,4	<0,01
8.İzlem	47,1	5,6	50,2	1,3	-20,6	<0,01

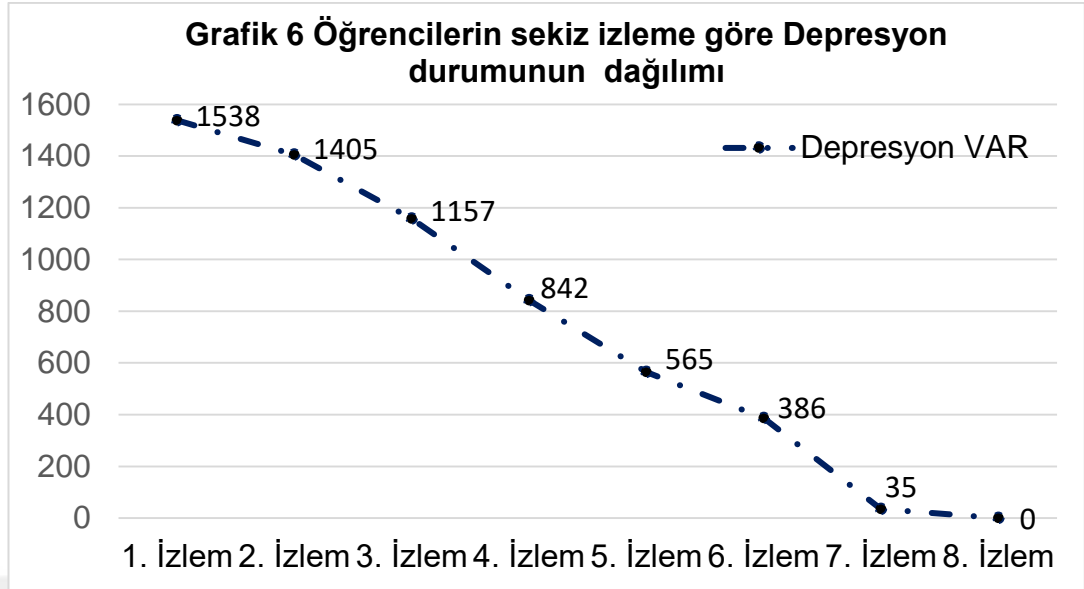
F=537,273 p= 0,0001

Sigarayı bırakan öğrencilerin DDSÖ puan ortalamaları, sigarayı bırakamayanlardan anlamlı yüksek bulundu ($p<0,0001$) (Tablo 15).

Tablo 15. Sigarayı Bırakan ve sigarayı bırakamayanlar arasında Davranış Değişirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Davranış Değişirme Ölçeği	Sigarayı Bırakamayan		Sigarayı Bırakan	
	Ort.	Ss	Ort.	Ss
Bilinçsel Süreç				
1.izlem	12,00	0,00	20,19	7,68
2.izlem	12,00	0,00	27,89	11,14
3.izlem	16,66	2,49	33,92	9,27
4.izlem	23,63	1,01	41,75	8,57
5.izlem	29,47	2,33	46,23	8,22
6.izlem	31,35	1,81	53,48	7,33
7.izlem	36,23	5,50	57,75	3,72
8.izlem	41,01	6,48	58,43	3,11
F;129,664	p=0,000	CI= %95	Partial Eta Squared; 0,70	
Davranışsal Süreç				
1.izlem	10,00	0,00	14,84	6,84
2.izlem	10,00	0,00	21,86	9,76
3.izlem	11,76	2,17	27,74	8,37
4.izlem	19,57	0,49	35,12	7,86
5.izlem	23,08	3,55	39,25	7,50
6.izlem	24,17	3,60	45,29	6,32
7.izlem	28,13	6,63	48,94	2,04
8.izlem	33,32	8,41	49,33	1,81
F;199,793	p=0,000	CI= %95	Partial Eta Squared; 0,74	

Öğrencilerin sekiz izlemde Majör Depresyon tanı kriterlerine göre dağılımı tablo 15'te verildi. İlk izlemde öğrencilerin 1538'i (%83,0) majör depresyonda iken, 7.izlemde 35'e (%1,9) kadar düşmüş 8.izlemde görülmemektedir. Öğrencilerin depresyon varlığının ilk izlem ile diğer izlemler arasında anlamlı farklılık vardır (her biri için; $p<0,0001$), (Tablo 16), (Grafik 6).



Tablo 16. Öğrencilerin depresyon varlığının 1.izlem ile diğer izlemlerin karşılaştırılması
1. İzlem Depresyon

Depresyon	Yok		Var		Toplam*		McNemar Ki kare	P	
	n	%	n	%	n	%			
2. İzlem	Yok	316	17,0	133	8,6	449	24,2	131,008	0,0001
	Var	0	--	1405	91,4	1405	75,8		
	Toplam**	316	17,0	1538	83,0	1854	100,0		
3. İzlem	Yok	316	17,0	381	24,8	697	37,6	379,003	0,0001
	Var	0	--	1157	75,2	1157	62,4		
	Toplam**	316	17,0	1538	83,0	1854	100,0		
4. İzlem	Yok	316	17,0	696	45,3	1012	54,6	694,001	0,0001
	Var	0	--	842	54,7	842	45,4		
	Toplam**	316	17,0	1538	83,0	1854	100,0		
5. İzlem	Yok	316	17,0	973	63,3	1289	69,5	971,001	0,0001
	Var	0	--	565	36,7	565	30,5		
	Toplam**	316	17,0	1538	83,0	1854	100,0		
6. İzlem	Yok	316	17,0	1152	74,9	1468	79,2	1150,001	0,0001
	Var	0	--	386	25,1	386	20,8		
	Toplam**	316	17,0	1538	83,0	1854	100,0		
7. İzlem	Yok	316	17,0	1503	97,7	1819	98,1	1501,001	0,0001
	Var	0	--	35	2,3	35	1,9		
	Toplam**	316	17,0	1538	83,0	1854	100,0		
8. İzlem	Yok	316	17,0	1538	83,0	1854	100,0	1536,001	0,0001
	Var	0	--	0	--	0	-		
	Toplam**	316	17,0	1538	83,0	1854	100,0		

* Satır Toplamı **Sütun Toplamı

TARTIŞMA

Bu çalışmada bir üniversitenin gençlik danışma biriminde uygulanan sigarayla bırakma ve akran eğitim programlarının etkili olduğu belirlendi. GEDAB desteği ile öğrencilerin %94,1'inin sigarayla bıraktığı belirlendi. Yapılan sekiz izlem sonrasında akran desteği alan grupta sigara bırakma oranı, TEFÖ ve KAÖ-yararlar alt boyut puanlarının düştüğü, ÖYÖ, DDSÖ ve KAÖ-zararlar alt boyut puanlarının yükseldiği belirlendi.

Gençlerde, sigara içiminin sıklığının fazla olması beklenen bir durumdur (Reidpath, Rossi et al. 2014, Richardson 2014, Meier 2015, Spivak ve Monnat 2015, Farrelly 2017, Martínez ve Torres 2017, Soneji 2017). **Çalışmamızda da literatüre benzer olarak yaşları ortalama 18,8 olan öğrenciler ortalama 4.7 yıldır sigara içmektedir.** Literatürde anne ve babası sigara içen öğrencilerin sigaraya başlama, çeşitli sigara türlerinin kullanımı (Leonardi-Bee, Jere et al. 2011, Sutfin 2015, Akıncı 2016, Atlam and Yüncü 2017, Martínez Torres 2017, Creamer, Loukas et al. 2018, Racicot 2018) ve sigara bağımlılığında ebeveynleri sigara içmeyenlerden daha yüksek oranlara sahip olduğu belirtilmektedir (Ditchburn 2013, Ozcebe 2014, Chinwong 2018, Creamer, Loukas et al. 2018, Racicot 2018). Aynı zamanda partner ve arkadaş çevresinin de sigara içmeyi etkilediği belirtilmiştir (Martínez ve Torres 2017, Vallone, Greenberg et al. 2017, Cantrell, Bennett et al. 2018, Chinwong 2018, Creamer, Loukas et al. 2018, European Drug Report 2018, Racicot 2018, TUBİM 2018). **Çalışmamızda da benzer olarak sigara içen öğrencilerin %42,6'sının annesi, %97,0'sının babası, %98,2'sinin arkadaşı sigara içmektedir.**

Her bireyin benzer bireylerle, özellikle de akranlarıyla sigaranın zararları ve bırakma hakkında iletişim halinde olması beklenir (Christiansen, Björk ve ark 2011, McKenna 2011, Ozcebe 2014, Zincir 2014, Ayaz ve Açıl 2015, Akkuş, Eker ve ark 2016, Ercan ve Yıldırım 2016, Martínez Torres 2017, Bilgiç ve Günay 2018, Chinwong 2018, Elbi, Rahman ve ark 2018, Ho, Li ve ark 2018, Racicot, Okoli ve ark 2018). **Çalışmamızda da benzer olarak, sigara bırakma kararında en fazla (%45.3) etkili olan akran eğitimi almış arkadaş olmuştur.**

Gençlerin sigara bırakma girişimlerinde yoğun yoksunluk belirtilerini yaşadıkları bilinmektedir (Farrelly 2017, Martínez ve Torres 2017, Thompson, Mowery et al. 2017, Vallone, Greenberg et al. 2017, Cantrell, Bennett et al. 2018, Chinwong 2018,

Racicot,Okoli ve ark 2018).**Çalışmamızda da benzer olarak öğrencilerin neredeyse tamamı (%93,3) sigara bırakma sonrası yoksunluk belirtileri yaşamıştır.**

Literatürde gençlerin sigara bırakma girişimlerinde başarılı olma olasılıklarının düşük olduğu belirtilmektedir (Martínez Torres 2017, Thompson, Mowery et al. 2017, Vallone, Greenberg et al. 2017, Cantrell, Bennett et al. 2018, Chinwong 2018, Racicot, Okoli ve ark 2018). **Çalışmamızda da benzer olarak öğrencilerin neredeyse tamamı %93,6'sı daha önce sigarayı bırakmayı denemiş ama başarılı olamamıştır.** Benzer bir şekilde The Rhode Island Üniversitesi Kanser Önleme ve Araştırma Merkezi, kimseden yardım istemeyen 200 sigara içicisinin değişim düşünceleri olmasına rağmen iki yıl süresince bu aşamada kaldıkları ve değişim yönünde harekete geçemediklerini bildirmiştir (Cancer Prevention Research Center 2012).

Çalışmamızda öğrencilerin sigara bırakma sıklığı %94,1'dir Gençlerde sigarayı bırakma sıklığı %15 (Grimshaw 2006), %80 arasında değişmektedir (Prochaska ve Velicer 1997, Ham 2007, Kleinjan 2008, Martínez ve Torres 2017, Chinwong 2018, Kim, Yoo ve Cho2018). Gençlerde sigara içme davranışını değiştirmek için yapılan girişimlerin kısa vadede etkisini ortaya koyan birkaç çalışma var iken (Wetter 2004, Creamer, Loukas et al. 2018), uzun vadede ise sınırlı çalışma olduğu belirtilmiştir (Cullen 2011, Martínez Torres 2017, Chinwong 2018). Uzun süreli (5-16) izlemlerin kısa süreli (2-4) izlemlere göre daha etkili olduğu saptanmıştır (Lifrak 1997, Prochaska ve Veliver 1997, Martínez Torres 2017, Racicot,Okoli ve ark 2018). Bu çalışmada sigara bırakma oranının oldukça yüksek olması 15-20 gün arayla sekiz izlem yapılmasıyla bağlantılı olabilir. Ayrıca GEDAB tarafından sunulan hizmetlerin sigarayı bırakmak için sağlık birimine gelen gençlere verilmesi, ağır sigara bağımlıları ile çalışılması, profesyonel danışmanlık, eğitim, güçlendirme yanı sıra sağlık hizmeti sunulması, akran eğitimi ve akran eğitici eğitimi olmak üzere iki farklı tekniğin birlikte kullanılıyor olması sonuçların etkili çıkmasını sağlamış olabilir.

Nikotin Bağımlılık düzeyi

Sigara içme prevalansı azalmakla birlikte, nikotin bağımlılığı oranı ve ağır bağımlılık artmaktadır (Pérez-Ríos, Santiago-Pérez ve ark 2009, Sağlam 2012, Yasar,Kar ve ark 2014, Tanrıverdi,Altuntaş ve ark 2015, Selçuk, Avcı ve Mercan 2017, TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2017, Elbi, Rahman ve ark

2018, Gazioğlu and Canel 2018, TUBİM 2018). **Çalışmamızda da benzer olarak ilk izlemde öğrencilerin neredeyse tamamı (%97,7) ağır bağımlı iken çok azı da (%2,3) yüksek bağımlıdır.** Çalışmamızda ağır bağımlı sıklığı saha çalışmalarından yüksek (Erolve Erdoğan 2007, Çapık 2013, Taş ve Arslan 2015, Selçuk, Avcı ve Mercan 2017, Chinwong 2018), sigara bırakma poliklinik sonuçlarına benzerdir (Prochaska 2005, Karadağ, Karadağ ve ark 2011, Sağlam 2012, Yasar, Kar ve ark 2014, Tanrıverdi 2015, Veliöğlu ve Cemil 2018). **Çalışmamızda ağır bağımlı öğrenci sıklığı %97,7 iken 6.izlemde %1,6'ya düşmüş, 7 ve 8. izlemde ağır bağımlı öğrencimiz bulunmamaktadır.** Bağımlılık sıklığının çok farklı olmasının nedenleri arasında; yaş gruplarının farklılığı, saha veya klinik çalışma olması sayılabilir.

Nikotin Bağımlılık düzeyi ve sigara bırakma

Günlük içilen sigara sayısı, nikotin bağımlılığını belirlemede en önemli değişkenlerden biridir. **Çalışmamızda da günde 30 ve 49 adet sigara içen öğrencilerin 50-60 adet sigara içen öğrencilere göre sigara bırakma durumları istatistiksel olarak anlamlıdır.** Sigarayı bıraktırma girişiminin sonunda, davranış değişimi gerçekleştirememiş bireyin, içilen sigara sayısını azaltması, düşük nikotin içeren sigara içmeye başlaması sık görülen etkisiz bir baş etme yöntemidir. Ancak bireyin sigarayı azaltmasının tekrar değişime karar vermesi durumunda başarı şansını yükselteceği belirtilmektedir (Karadağlı ve Nahcivan 2012, Sağlam 2012, Yasar, Kar ve ark 2014, Tanrıverdi, Altuntaş ve ark 2015). **Öğrencilerin nikotin bağımlılık düzeyi birinci izlemde 9,88 puandan, sekizinci izlemde 0,44 puana kadar düşmesi istatistiksel olarak anlamlıdır.** Çalışmalarda benzer olarak, sigara azaltmanın sigara bırakma oranlarını yükselttiği belirtilmektedir (Carpenter, Hughesve Keely 2003, Asfar, Ebbert ve ark 2011, Karadağ 2011, Elbi, Rahman ve ark 2018, Veliöğlue Cemil 2018).

Nikotin, bir kimyasal nörotransmitter olan asetil kolini taklit ederek merkezi ve periferik sinir sistemini etkileyen bir maddedir. Beyinde dopamin salınımına neden olur. Bu da sigara içiminin ödül sistemini ve tekrarlanma ihtiyacını yaratır. Sigaradan bir süre sonra dopamin miktarı azalınca irritabilite, stres ve nikotin açlığı başlar (Pérez-Ríos, Santiago-Pérez ve ark 2009, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2011, Türk Toraks Derneği 2014, Chinwong 2018).**Nikotin**

Bağımlısı olmayan bir başka deyişle sigarayı bırakabilen öğrenci 1., 2. ve 3. izlemde görülmez iken, 4. izlemde 474 (%25,6), 8. izlemde 1744'tür (%94,1).

Nikotin Bağımlılık düzeyi ve akran

Akran eğitimi girişiminden sonra öğrencilerin nikotin bağımlılığının azaldığı bildirilmektedir(Morgan 1990, Hansen ve Graham 1991, Wiist 1991, Clements ve Buczkiewicz 1993, Wilton 1995, Turner 1999, Yeniçeri 2003, Glynn, Macfarlane ve ark 2006, Parkin 2006, McKenna 2011, Ayazve Açıl 2015, Akkuş, Eker ve ark 2016, Im ve Rosenberg 2016, Bilgiçve Günay 2018, Vaughn, Whetstone ve ark 2018). Çalışmamızda da benzer olarak, **öğrenciler akran desteği ile nikotin bağımlılık düzeylerini 1.izlemde 9,90 puandan, 8. izlemde 1,30 puana kadar düşürmüşlerdir** (F=20,099,486, p<0,0001). **Hatta sigara içen öğrencilerin GEDAB'tan sigara konusunda akran eğitimi alanların akran eğitimi almayanlara göre sigara bırakabilmeleri de istatistiksel olarak anlamlıdır** (p<0,001).

Öz yeterlilik ve Teşvik eden faktörler

Bu çalışmada Öz yeterlilik ve Teşvik eden faktörler ölçekleri birlikte ele alınacaktır. Transteorik modele göre, öz yeterlilik ve teşvik edici faktörler bireyin değişim aşamalarında ilerlemesi, nötr kalması veya gerilemesinin en iyi göstergeleridir(Velicer, Prochaska ve ark 2000).**Çalışmamızda ilk izlemde öğrenciler Teşvik eden faktörler ölçeğinden 38,13±3,55 puan ve Özyeterlilik ölçeğinden 11,27±3,20 puan aldıkları saptanmıştır.**

Öz yeterlilik ile teşvik edici faktörler arasında negatif yönde doğrusal bir ilişki vardır. Öz yeterlilik arttıkça, teşvik algısı azalmaktadır(Prochaska, Velicer ve Diclemente 1988, Lifrak 1997, Kim 2006, Anatchkova, Redding ve Rossi 2007, Selçuk, Avcı ve Mercan 2017).

Çalışmamızda benzer olarak, izlemler arttıkça öğrenciler Teşvik eden faktörler ölçeğinden giderek azalan (ilk izlem: 38,13 ile son izlem: 9,29) puan ve Öz yeterlilik ölçeğinden giderek artan (ilk izlem: 11,27 ile son izlem: 39,97) puan aldıkları saptanmıştır (her biri için; p<0,0001). Bu sonuç öğrencilerin öz yeterlik durumlarının en fazla hareket ve devam ettirme aşamasında yükseldiği sonucu ile paraleldir.

Öz yeterlilik, Teşvik eden faktörler ve sigara bırakma

Değişim aşaması ilerledikçe öğrencilerin öz yeterlilikleri artırılarak ve teşvik eden faktörleri azaltarak sigara içme davranışı üzerinde kontrol sağlamaları ve son hedef olarak sigarayı bırakmaları beklenmektedir(Nigg 2001, Shadel, Niaura ve ark 2001, Niaura ve Abrams 2002, Gwaltney, Metrik ve ark 2009, VanZundert,Ferguson ve ark 2010, Kilinc ve Tezel 2012, Selçuk, Avcı ve Mercan 2017). **Çalışmamızda da benzer olarak, sigarayı bırakan öğrenciler Teşvik Eden Faktörler düzeylerini 1.izlemde 39,10 puandan, 8. izlemde 8,63 puana kadar düşürmüşlerdir.** Öz yeterliliği düşük olan gençlerin sigarayı bırakmak için daha az motive oldukları, sigara ile ilgili bilişsel algılarını ve alışkanlıklarını bırakma motivasyonlarını düşürdüğü bilinmektedir (Engels 1998, Selçuk, Avcı ve Mercan 2017).Bir başka deyişle öz yeterlilik ve sigara bırakma arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır(Engels 1998, Selçuk, Avcı ve Mercan 2017).Çalışmamızda da benzer olarak, **sigarayı bırakan öğrenciler Öz yeterlik düzeylerini 1.izlemde 11,42 puandan, 8. izlemde 40,00 puana kadar yükseltmişlerdir.**

Öz yeterlilik, Teşvik eden faktörler ve akran

Akran eğitimi, öğrencilerin kendilerinin ve akranlarının güven ve motivasyonunu arttırarak bilgi ve becerileri öz yeterliliklerini arttırır. Akran eğitimi ile öz yeterlilikleri artan öğrencilerinin sürekli olarak bilgi alışverişinde buldukları, böylece eğitimin sürekliliğini sağladıkları, olumlu rol modellerinin oluşturulduğu ve “sosyal öğrenme” nin arkadaşlarına sigaraya karşı tutum almaya teşvik etmeleri de beklenir. (Morgan 1990, Hansenve Graham 1991, Wiist 1991, Clementsve Buczkiewicz 1993, Wilton 1995, Turner 1999, Yeniçeri 2003, Glynn,Macfarlane ve ark 2006, Parkin 2006, Karayurt 2009, McKenna 2011, Zincir, Erten ve ark 2014, Ayazve Açıl 2015, Akkuş, Eker ve ark 2016, Bilgiçve Günay 2018, Henteleff 2018). **Çalışmamızda da benzer olarak, öğrenciler akran desteği ile Teşvik Eden Faktörler düzeylerini 1.izlemde 35,4 puandan, 8. izlemde -8- sıfır puana kadar düşürmüşlerdir. Çalışmamızda paralel olarak, öğrenciler akran desteği ile Özyeterlik düzeylerini 1.izlemde 14 puandan, 8. izlemde 40 puana kadar yükseltmişlerdir.** Yaşlı'nın çalışmasında ise, uzun süreli ve sürekli olmayan akran eğitimi programlarının, gençlerin sigara içme davranışı üzerinde hiçbir etkisi bulunmamıştır (Yaşlı 2009).

Öz yeterlilik ve Teşvik eden faktörler alt boyutları

Sigara içmeyi teşvik eden faktörlere karşı negatif duyguların azalması, öz yeterlilikte sigara içmeye yönelik negatif duyguların çoğalması sonucu bireyin sigarayı bırakması gerçekleşir(Selçuk, Avcı ve Mercan 2017, Creamer,Delk ve ark 2018a,Creamer, Loukas ve ark 2018b,Henteleff ve Wall 2018). Bu görüş paralelinde, çalışmamızda **sigara içmeyi teşvik eden faktörlerden negatif duygulanım alt ölçeği ilk izlemde 9,60 puan iken, 8.izlemde 2,26 puana kadar azalmaktadır** (herbiri için $p<0,001$; Grafik 4). **Öz yeterliliklerinden sigaraya yönelik negatif duygulanım alt ölçeği ise birinci izlemde 2,35 puan iken, 8.izlemde 9,98 puana kadar artmaktadır.** Sonuçlar literatürle benzerdir (Velicer, DiClemente ve ark 1990, Erolve Erdoğan 2007, Gungormus 2010, Karadagli 2012, Kilince Tezel 2012, Taş, Seviğ ve Güngörmüş 2016, Selçuk, Avcı ve Mercan 2017, Henteleffve Wall 2018).

Üniversite öğrencilerinde sigara bağımlılık oranları arkadaş, ebeveyn ve sosyal çevreleri desteklediğinde düşmektedir(ATlam and Yüncü 2017, Selçuk, Avcı ve Mercan 2017, Gazioğlu and Canel 2018, TC Sağlık Bakanlığı 2018, TUBİM 2018).Sosyal desteğin sigara bırakma üzerine etkisinin farklı yollardan gerçekleştiği belirtilmektedir. Öncelikle sosyal desteğin davranış değişikliğini direkt etkiyle motive edebileceği, kişiyi arzu edilen veya arzu edilmeyen davranışlarını biçimlendirmeye yönlendirebileceği belirtilmektedir. Ayrıca indirekt etkiyle davranış değiştirmeye neden olan faktörleri (sakin ortam; günlük sorunların, stresin, olumsuz duyguların azalması, uygun olan başa çıkma stratejilerini desteklemesi, öz yeterlilik) etkileyerek sigara bırakmada etkili olabileceği belirtilmektedir(Westmaas, Bontemps-Jones ve Bauer 2010, Yengil, Çevik ve ark 2014, Selçuk, Avcı ve Mercan 2017). Birinci izlemde sekizinci izleme kadar **sigara içmeyi teşvik eden faktörler pozitif sosyal ortamlar alt ölçeği puanları azalmakta olup, öz yeterlilik pozitif sosyal ortamlar alt ölçeği puanları artmaktadır.** Öğrencilerin sigara içme alışkanlığının baskısı ile baş edebilmek için öz yeterliliklerini geliştirdikleri, davranış değiştirmek için hareket aşamasında olduklarını ve değişimde ilerleme kaydetmeleri beklenen bir durumdur(Velicer, DiClemente ve ark 1990, Erol ve Erdoğan 2007, Karadagli ve Nahcivan 2012, Selçuk, Avcı ve Mercan 2017). Teşvik eden faktörler ölçeği, bireylerin güç durumlarla karşı karşıya kaldıklarında eski alışkanlıklarına başlamak için zorlayan faktörlerin yoğunluğunu anlatırken; öz yeterlilik ölçeği, bireylerin başa

çıkması zor durumlarda karşılaştığında problemi çözebileceklerine inançları, karar almaya ve davranışlarında gösterebilme gücünü anlatmaktadır(Alvermann, Unrav ve Ruddell 2013, Prochaska 2013, Sharma 2016, Henteleffve Wall 2018, Prochaska 2018). **Bizim çalışmamızda literatüre benzer olarak 1. izlemden 8. izleme kadar sigarayı teşvik eden faktörler ölçeği alışkanlığın baskısı alt ölçeği puanları azalmakta olup, öz yeterlilik alışkanlığın baskısı alt ölçeği puanları artmaktadır.** Bir başka deyişle çalışmamızda 1. izlemden 8. izleme kadar **öz yeterlilik alt ölçeği alışkanlığın baskısı puan ortalamaları artmaktadır.** Benzer sonuç bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Redding, Rossi ve ark 2000, Velicer, Prochaska ve ark 2000, Kim 2006, Alvermann,Unrav ve Ruddell 2013, Henteleffve Wall 2018, Prochaska 2018). Sigara içmeyi teşvik eden faktörler ölçeğinin alışkanlığın baskısı alt boyut puanının değişim aşamaları ilerledikçe azaldığını bildirilmektedir (Plummer, Velicer ve ark 2001, Gungormus 2010, Karadaglive Nahcivan 2012, Selçuk, Avcı ve Mercan 2017, Prochaska 2018). Çalışmamızda da benzer olarak birinci izlemden sekizinci izleme kadar sigara içmeyi **teşvik eden faktörler alt ölçeği alışkanlığın baskısı puan ortalamaları azalmaktadır** Velicer ve arkadaşlarının(Velicer 1990)yaptığı çalışmada ise, sigarayı bıraktıktan birkaç hafta sonra alışkanlığın baskısı alt boyutundan en yüksek puanı aldıkları gözlenmiştir. Erol'un motivasyon ve eğitim gruplarının karşılaştırıldığı çalışmasında ise; üç ay sonrasında alışkanlığın baskısı ile baş edebilmenin motivasyon grubunda daha yüksek olduğu, ancak altıncı ayda fark bulunmadığı bildirilmektedir (Erol ve Erdoğan 2007).

Çalışmamızda 1. izlemden 8. izleme kadar öz yeterlilik alt ölçeği kilo kontrolü puan ortalamaları artmaktadır. Sahada yapılan Erol'un motivasyon ve eğitim gruplarının karşılaştırıldığı çalışmasında ise; altıncı ayda kilo kontrolü puanlarının düştüğü bildirmektedir(Erol ve Erdoğan 2007).Yapılan çalışmalarda bu düşüş danışmanlığın ve desteğin çekilmesinden kaynaklandığı ileri sürülmektedir(Redding, Rossi ve ark 2000, Erolve Erdoğan 2007, Prochaska 2013, Kim 2018, Prochaska 2018). Bizim çalışmamızda ise, ağır bağımlılık grubu ile çalışılmış ve sahada değil de kliniğe gelen öğrenciler üzerinde yapılmış olmasına rağmen, periyodik olarak her sekiz izlemde danışmanlık, eğitim ve güçlendirme uygulamalarının devam ettiği için öz yeterlilikleri artmakta ve kilo kontrolü ile baş etmede daha başarılı oldukları görülmektedir. Literatüre uyumlu olarak

Çalışmamızda 1. izlemden 8. izleme kadar sigara içmeyi **teşvik eden faktörler** alt ölçeği **Kilo kontrol** puan ortalamaları azalmaktadır (Grafik 3). Sonuç literatür ile uyumludur(Erol ve Erdoğan 2007, Karadaglive Nahcivan 2012, Prochaska 2013, Henteleff ve Wall 2018, Kim 2018, Prochaska 2018).

Karar alma

Değişim Aşamaları Modeli (DAM); değişim aşamaları, davranış değiştirme yöntemleri, kararsal denge ya da değişimin yarar ve zarar algıları, davranış değişimindeki öz yeterlik arasındaki ilişkileri tarif eder(Velicer 1998, Prochaska 2005, Prochaska 2018).**Çalışmamızda ilk izlemde öğrenciler sigara bırakmaya yönelik Karar Alma Yararlar alt ölçeğinden 28,98±3,99 puan ve Zararlar alt ölçeğinden 7,23±2,45 puan aldıkları saptanmıştır(Grafik 4).** Bir birey olumsuz bir davranışını değiştirmeye kadar, belirli yöntemler kullanmaktadır(Prochaska 1997, Prochaska 2010, Prochaska 2018).Karar Alma davranışı ile yarar davranış değiştirmenin pozitif yönlerini, zarar ise değişim için engelleri yansıtır(Prochaska 1994, Prochaska 2018, Resen 2018).TTM'ye göre sigara içmenin yarar algı puanlarının azalması ve zarar algısı puanlarının artması, değişim aşamalarında ilerleme ve davranış değişikliği için olması gerekli bir durumdur(Redding 2000, Velicer 2000, Aveyard 2001, Plummer 2001, Erol ve Erdoğan 2007, Alvermann, Unrav ve Ruddell 2013, Kim 2018, Prochaska 2018).**Çalışmamızda benzer olarak, izlemler arttıkça öğrenciler Karar alma Yararlar alt ölçeğinden giderek azalan (ilk izlem: 29,02 ile son izlem: 6,01) puan ve Zararlar alt ölçeğinden giderek artan (ilk izlem: 7,26 ile son izlem: 29,98)puan aldıkları saptanmıştır.**

Literatürde hareket ve devam ettirme aşamasındaki bireylerin, bir davranışın yararlarını ön plana çıkarma eğiliminde oldukları belirtilmektedir. **Bizim çalışmamızda literatüre benzer olarak ilk 3 izlemde öğrencilerin karar alma ölçeği yararlar alt ölçek puanları(29,02-20,67) zararlar alt ölçek puanlarından (7,26-11,81) daha yüksektir.** Hazırlık aşamasındaki bireyler ise, davranışın yararlarının ve zararlarının dengede olduğu davranış eğilimi göstermektedir(Prochaska 1994, Erol ve Erdoğan 2007, Prochaska 2018).**Bizim çalışmamızda literatüre benzer, 4. ve 5. izlemlerde karar alma alt ölçeğinden zararlar (14,37-16.87) ve yararlar (16,69-13,97) puanları dengededir.**

Değişim aşamaları ilerledikçe bireylerin zararlar alt boyutunun puanlarında yükselme, yararlar alt boyutunun puanlarında ise düşme beklenir(Velicer, Prochaska ve ark 1998, Plummer, Velicer ve ark 2001, Park 2003, Erol ve Erdoğan 2008, Karadaglive Nahcivan 2012, Alvermann, Unrav ve Ruddell 2013, Henteleffve Wall 2018, Kim 2018). **Bizim çalışmamızda literatüre benzer, 1. izlemde 8. izleme kadar bilgilerini ve farkındalıklarını arttırdığı için karar alma alt ölçeğinden yararlı davranışları azalttığı, zararlı davranışları ise arttırdığı böylece davranış değiştirmelerine etkisi olduğu saptanmıştır.** Bu sonuçlar danışmanlık, eğitim ve güçlendirme uygulamalarının etkisinin transteorik model yapısına uygun olarak değiştiğini, ilerlemeyi desteklediğini göstermektedir.

Karar alma davranışı ve sigara bırakma

Karar Alma Ölçeğinde sigara içmenin zarar algı puanlarının yükselmesi sigara bırakma davranışı için istenilen bir durumdur, değişim aşamalarında ilerlemeyi göstermektedir. **Çalışmamızda da benzer olarak, sigarayı bırakan öğrenciler Karar alma alt ölçeğinden Zararlar düzeylerini 1.izlemde 7,30 puandan, 8. izlemde 30,00 puana kadar yükseltmiştir. Çalışmamızda kadar sigara bırakan öğrenciler Karar alma alt ölçeğinden Yararlar düzeylerini 1.izlemde 29,32 puandan, 8. izlemde 6,80 puana düşürmüştür.**

Karar alma ve akran

Akran eğitiminin etkinliği, katılımcıların çoğunun Karar alma durumunda kendilerini daha güvende, bilgili, öğrenme kapasitelerinin ve sınav performanslarının arttığı memnuniyetini, motivasyonunu ve çalışmalardaki öğrenme arzusunu arttırdığı birçok alanda (eğitim, sağlık, vb.), tüm yaş gruplarında risk faktörlerini ve risk alma davranışlarını olumlu yönde değiştirmesini sağlayan etkili bir eğitim yöntemi olarak tanımlanmaktadır. Akran destekli eğitimin hem eğitimci hem de eğitimli öğrenci için bir kazanç sağladığı tahmin edilmektedir. (Morgan 1990, Hansenve Graham 1991, Wiist 1991, Clementsve Buczkiewicz 1993, Wilton 1995, Turner 1999, Yeniçeri 2003, Glynn, Macfarlane ve ark 2006, Parkin 2006, McKenna 2011, Ayazve Açıl 2015, Akkuş, Eker ve ark 2016, Im ve Rosenberg 2016, Person 2016, Bilgiçve Günay 2018, Henteleff 2018, Resen 2018). **Çalışmamızda da benzer olarak, öğrenciler akran desteği ile Karar Alma alt ölçeğinden Yararlar düzeylerini 1.izlemde 29,02 puandan, 8. izlemde 6,01 puana**

kadar düşürmüşlerdir. **Çalışmamızda**, öğrenciler akran desteği ile Karar Alma alt ölçeğinden **Zararlar** düzeylerini **1.izlemde 7,26 puandan, 8. izlemde 29,98 puana kadar** yükseltmişlerdir.

Davranış Değişirme Süreçleri Ölçeği

Davranış değişiminde en başarılı bireylerin, genellikle eski davranışa dönme ve aşamalar arası geçişi ortalama üç dört kez yaşamış olan bireyler olduğu belirtilmektedir (Prochaska, Velicer ve Redding 2005, Cancer Prevention Research Center 2012, Jarlstrup, Juel ve ark 2018). **Bizim çalışmamızda da benzer olarak öğrencilerin %23,4'ü daha önce sigara bırakmayı 3 kez %16,5'i 4 ila 5 kez denemiştir. Hatta daha önce sigara bırakmayı denemiş olan öğrenciler denemeyen öğrencilere göre sigarayı bırakma durumları istatistiksel olarak anlamlıdır.** Değişim aşamaları bireylerin niyet, tutum ve davranış değişikliklerinin zamanını, değişim süreci ise hangi deneyimleri kullanarak problemleri davranışları değiştirdiklerini anlamaya yardım eder. Yani sigarayı bırakmak isteyen her birey bağımlılıktan kurtulmak için çeşitli yöntemleri denemekte ve bireyin davranış değişikliği yapmasında içinde bulunduğu değişim aşamasının önemi bilinmektedir(Velicer, Fava ve ark 1995, Prochaska 2018, Henteleffve Wall 2018, Resen 2018).

Davranış Değişirme ve Sigara bırakma

Sigarayı bıraktırma girişiminin sonunda, davranış değişimi gerçekleştirememiş bireyin, içilen sigara sayısını azaltması, düşük nikotin içeren sigara içmeye başlaması da sık görülen bir durumdur. Davranış değiştirme süreci ölçeği hareket aşamasında pik yaparak en yüksek düzeye ulaşır ve devam ettirme aşamasında sigara içiminin azaldığı gösterilmiştir(Pallonen, Prochaska ve ark 1998, Kleinjan 2008, Prochaska 2013, Henteleffve Wall 2018, Jarlstrup, Juel ve ark 2018, Kim 2018, Racicot, Okoli ve ark 2018). **Çalışmamızda da benzer olarak, sigara bırakan öğrenciler Davranış değiştirme düzeylerini 1.izlemde 34,20 puandan, 8. izlemde 48,28 puana kadar yükseltmiştir.** Ancak bazı çalışmalarda, bilgisayar programı merkezli ve yüz yüze sigarayı bıraktırma eğitimlerinden sonra sigarayı bırakma oranında etkisi bulunmamıştır(Aveyard 2001, Erol ve Erdoğan 2007).

Davranış Değiştirme ve Akran

Akran eğitimi davranış değişimini sağlamak için uygun bir yöntemdir. (Hansenve Graham 1991, Wiist 1991, Wilton 1995, Turner 1999, Yeniçeri 2003, Glynn, Macfarlane ve ark 2006, Parkin 2006, Karayurt 2009, McKenna 2011, Ayazve Açıl 2015, Bilgiç ve Günay 2018, Resen 2018). **Literatürle benzer olarak çalışmamızda, öğrenciler akran desteği ile Davranış Değiştirme düzeylerini 1.izlemde 34,83 puandan, 8. izlemde 105,63 puana kadar yükseltmişlerdir.** alışmamızdan farklı olarak uzun süreli olmayan, srekliplik göstermeyen akran eğitimi programları gençlerin sigara içme davranışı üzerinde etkili olmadığı iletilmektedir (Morgan 1990).

Davranış Değiştirme alt lekleri

Davranış Değiştirme Yöntemleri leğinin alt boyutlarından alınan yüksek puan davranış değişimindeki kullanılan bu yöntemler hakkında bilgi vermektedir (Prochaska 1993, Prochaska 2018).Bireyin sigara ile ilgili bilişsel algıları, alışkanlıklarını bırakma motivasyonlarını etkilemektedir (VanZundert, Ferguson ve ark 2010, Alvermann, Unrav ve Ruddell 2013, Meier 2015, Jarlstrup, Juel ve ark 2018, Kim 2018, Prochaska 2018). Kişiler davranış değişikliği sürecine kendilerini yeterince hazırlamadıkları zaman relaps riski artmaktadır. Bu nedenle değiştirilen davranışı devam ettirmek çok daha zordur. Davranışı devam ettirme başarısı, kişilerin öz yeterlik algısıyla ilgilidir (Millerve Rollnick 2009, Meier 2015, Henteleffve Wall 2018, Prochaska 2018). Değişimi düşünmeye başlamak; bireylerde bilinçlenme, duyuusal uyarılma, çevreyi yeniden değerlendirme gibi bilişsel yöntemleri daha fazla kullanmak ile olur(Aveyard 2001, DiClemente 2002, Miller 2009, Henteleff 2018, Jarlstrup 2018, Kim 2018, Prochaska 2018). **Bu çalışmada benzer olarak, öğrenciler davranış değiştirme bilişsel süreç alt leğinden ilk izlemde (26,2) sekizinci izleme (60,0) alınan toplam puan ortalamaları artmıştır.**

Değişim için harekete geçen bireylerin davranışsal yöntemleri (sosyal özgürleşme, karşıt koşullanma, güçlendirme, uyarıların kontrolü, destekleyici ilişkiler) daha fazla kullandıkları belirtilmektedir(Prochaska 2005, Millerve Rollnick 2009, Henteleff ve Wall 2018, Jarlstrup, Juel ve ark 2018, Kim 2018, Prochaska 2018). **alışmamızda öğrenciler davranış değiştirme davranışsal süreç alt leğinden ilk izlemde(20,1) ve sekizinci izleme (50,2) alınan toplam puan ortalamaları artmıştır.** Bizim çalışmamızdan farklı olarak, literatürde sigara bırakmada hem bilişsel hem de

davranışsal sürecin değişim aşamalarında geriye dönüşler bir başka deyişle puanlarda azalmalar bildirilmektedir(Erol ve Erdoğan 2007).Okul hemşiresi öğrencinin sigara değişim süreci aşamaları arasındaki geçişi hızlandırabilmesinde önemli bir role sahiptir. Öğrencinin içinde bulunduğu aşamaya göre uyguladığı girişimler ile aşamalarda ilerlemesinde ve sigarayı bırakmasında önemli bir etki yaratabilmektedir. Sonuçlarımız hemşirenin uyguladığı sağlığı geliştirme programları ile davranış değiştirmede önemli katkılar sağlayabileceğini göstermektedir.

Depresyon ; Sigara içmenin stresli durumlarda ve depresif belirtiler ile ilişkili sıkıntıları azalttığı için tercih edilmesi bilinen bir durumdur(Auerbach,Admonve Pizzagalli 2014, Park 2014, Visser 2014, Wallace 2017, Dalton 2018). Bu nedenle, birincil ve ikincil koruma uygulamalarını teşvik eden bir halk sağlığı perspektifinde, okul temelli depresyon ve ruh sağlığı müdahaleleri önemlidir(Taubman,Parikh ve ark 2019). Okul, sağlık, aile ve zaman yönetimiyle ilgili problemlerde ruhsal durumu dengelemek ve stresle baş edebilmek için öğrencinin risksiz bir biçimde gençlerden de olumlu tepkiler elde edebildiği sigaraya diğer bağımlılıklarda olduğu gibi takıntılı olarak yönelir. Sigara içen öğrencilerin toleransını kaybederek depresyonda olduğu gibi yoksunluk ve geri çekilme belirtileri yaşaması veya nikotinin antidepresan etki göstermesi nedeniyle depresif öğrencilerin fizyolojik ve sosyal destek için sigaraya bağımlı olduğu ileri sürülmektedir(Parikh, Taubman ve ark 2018, Taubman, Parikh ve ark 2019). Sigara içenlerin depresyona girme oranı, sigara içmeyenlerden daha yüksektir(Parikh, Taubman ve ark 2018, TC Sağlık Bakanlığı 2018, Taubman,Parikh ve ark 2019). **Çalışmamızda da benzer olarak ilk izlemde sigara içen öğrencilerin %83'ünde (n=1538) depresyon saptanmıştır(Grafik 6). Çalışmamızda sigara içen öğrencilerin %83,0 ile %1,9 arasında her izlemde depresyon sıklığı saptanmıştır.**

Depresyon ve Sigara bırakma

Depresyon ile nikotin bağımlılığı arasındaki karmaşık etkileşim nedeniyle, bu kişilere sigarayı bırakmaları için danışmanlık yanı sıra tıbbi desteğin mutlaka sunulması gerekir. Depresyon tanısı konan hastalar sigarayı bırakmakta daha fazla zorlanıyor olsalar da, istekli olabildikleri bilinmektedir(Siru 2009, Parikh,Taubman ve ark 2018, TC Sağlık Bakanlığı 2018, Velioglu ve Cemil 2018, Taubman,Parikh ve ark 2019). **Bizim çalışmamızda da benzer olarak Sigara içmeyi bırakan öğrencilerin,**

1.izlemde neredeyse tamamı (%92,8) depresyonda iken, 2,3,4.5,6.izlemlerde depresyon sıklığının giderek azaldığı (%71,5'e kadar), 7.ve 8.izlemde depresyon görülmediği saptanmıştır(her biri için; p<0,001). Sigara bırakma tedavisi ile birlikte depresyonun da azaldığını bildiren benzer meta analiz sonuçları vardır(Hitsman, Borrelli ve ark 2003, Al-Rawi,Alnuaimi ve Uthman 2018, Creamer,Loukas ve ark 2018, Parikh,Taubman ve ark 2018, Velioglu ve Cemil 2018, Taubman,Parikh ve ark 2019).

Depresyon ve Akran

Okul temelli müdahalelerde birincil ve ikincil korunma uygulamalarında akran eğitimi kullanılması sağlık hizmet sunucularının etkililiklerinin gücünü arttırmaktadır. Akran eğitimleriyle kendi bilgileri ve özyeterlilikleri güçlendirilen öğrenciler, danışmanlarının rehberliğinde farklı akran modelleri oluşturarak yürüttükleri sağlık müdahaleleri boyunca hem akranlarına kendilerinin de yaşadıkları benzer sıkıntılarda doğru bilgileri aktarma hem de içlerinde buldukları sosyal değişime ayak uydurma ve sağlıklı davranışları destekleme vb. birçok konuda önemli bir rol üstlendikleri saptanmıştır (Klepp 1986, Morgan 1990, Hansen ve Graham 1991, Wiist 1991, Clements veBuczkievicz 1993, Wilton 1995, Turner 1999, UNFPA 2004, Glynn,Macfarlane ve ark 2006, Parkin 2006, McKenna 2011, Ayaz 2015, Im 2016, Parikh, Taubman ve ark 2018, Vaughn, Whetstone ve ark 2018). Sigarayı bırakmanın depresyon belirtileri alevlendirmesi, sigara bırakma ilaçlarının nöropsikiyatrik yan etkileri vb. olumsuz bilgilerin yanı sıra, kontrollü bir şekilde sigarayı bırakmanın psikiyatrik bozukluğun gidişini olumlu etkilediği bildirilmektedir(Hitsman, Borrelli ve ark 2003, Dalton 2018, Ho, Li, et al 2018, Parikh,Taubman ve ark 2018, Vaughn,Whetstone ve ark 2018). **Bizim çalışmamızda da benzer olarak Akran eğitmenleri depresyonu olan öğrencileri; 1.izlemde yaklaşık yarısını (%42,3) desteklerken, 2,3,4.6.izlemlerde giderek desteğinin arttığı (sırasıyla; 43,6-53,8 -64,7-76,2), 5.ve7.izlemde giderek desteğinin azaldığı (sırasıyla 57,5-2,1) 8.izlemde ise desteğine gerek kalmadığı saptanmıştır (her biri için; p<0,001).** Bu sonucun nedenleri arasında öğrencinin özgüveninin artması, sigara yerine sağlıklı yaşam seçimlerinin davranışa geçirmede daha başarılı olmaları sayılabilir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma Gençlik Danışma Birimi tarafından yapılan sigarayı bırakma ve akran eğitim programlarının etkili olduğunu gösterdi. GEDAB'tan destek alan öğrencilerin %94,1'inin sigarayı bıraktığı saptandı.

Erkeklerde, 20 yaş grubunda olanlarda, günlük sigara sayısı 50-60 olanlarda, 6 yıldan daha uzun süredir sigara içenlerde, daha önce sigara bırakmayı denemeyenlerde, annesi, babası ve arkadaşı sigara içenlerde, evinde/yurtta sigara içen birey olanlarda ve akran desteği almayanlarda sigara bırakma oranları diğerlerinden anlamlı düşük bulundu.

Yapılan sekiz izlem sonrasında akran desteği alan grupta daha belirgin olarak öğrencilerin nikotin bağımlılık düzeylerinin, TEFÖ ve KAÖ-yararlar alt boyut puanlarının anlamlı düştüğü, ÖYÖ, DDSÖ ve KAÖ-zararlar alt boyut puanlarının anlamlı yükseldiği belirlendi.

Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda,

- Üniversitelerde genç yetişkin modelinde yapılandırılmış, bir ekip hizmeti şeklinde planlanan profesyonel danışmanlık, eğitim, güçlendirme yanısıra sağlık hizmeti sunan GEDAB'nin oluşturulması,
- GEDAB'da danışmanlık, akran eğitmen eğiticisi vb. özel eğitimlerini tamamlamış hemşirenin olması,
- Öğrencilerin tekrar sigaraya başlamamaları için uzun süreli (en az sekiz kez) izlem programları yapılması,
- Sigara bırakma müdahalelerine mutlaka rol model alınacak akran eğitimi almış arkadaşlarının dâhil edilmesi,
- Akran eğitimi ve akran eğitici eğitimi olmak üzere iki farklı tekniğin birlikte kullanılması önerilebilir.

10. KAYNAKLAR

- Akıncı, H. Madde bağımlılığı tedavisinde aile içi iletişimin önemi. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*.2016; 3: 133–135.
- Akkuş, D., Eker, F, Karaca A, Kapısız, Ö, Açıkgöz, F., High School youth peer education program. An effective model to prevent substance abuse happen?. *Journal of Psychiatric Nursing*.2016; 7: 34–44.
- Aksayan, S., Gözüm, S., Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik (kendini etkileme) algısının önemi,. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1998;2: 35-42.
- Al-Rawi, N., Alnuaimi, AS., Uthman, AT., Shisha Smoking Habit among Dental School Students in the United Arab Emirates: Enabling Factors and Barriers. *International Journal of Dentistry*, 2018; 11.
- Alterman, A., Gariti, P, Mulvaney, F., Short- and long-term smoking cessation for three levels of intensity of behavioral treatment. *Psychol Addict Behav*.2001; 15: 261-264.
- Alvermann, D., Unrav, NJ, Ruddell, RB., *Theoretical Models And Processes of Reading*.. Newark, Delaware (USA): International Reading Association. 2013.
- American Academy of Pediatrics Policy Statement, Role of the School Nurse in Providing School Health Services, Council on School Health. 2016; 137.
- American Psychiatric Association.. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5TM*. . Arlington, American Psychiatric Association. 2013.
- Anatchkova, M., Redding, CA, Rossi, JS., Development and validation of transtheoretical model measures for Bulgarian adolescent non-smokers. *Subst Use Misuse*.2007; 42: 23-41.
- Asfar, T., Ebbert, J.O., Klesges, R.C., Relyea, G.E., Do smoking reduction interventions promote cessation in smokers not ready to quit?. *Addict Behav*. 2011; 36(7): 764-768.
- Association, B.M., *Smoking and reproductive life: the impact of smoking on sexual, reproductive and child health*. London, BMA, Board of Science and Education & Tobacco Control Resource Centre. 2004;1-65.

Association., A.C.H., American College Health Association—National College Health Assessment II: Reference Group Data Report Fall 2010. Linthicum, MD: American College Health Association. 2011.

Atalay, O.T., Taşpınar, B., Taşpınar, F., Cavlak, U., Assessment of physical activity levels and nicotine dependence among university students. *Medicina Sportiva*.2014; 10(4): 2441-2446.

Atlam, D.H., Yüncü, Y. Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol, Madde Kullanım Bozukluğu ve Ailesel Madde Kullanımı Arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri*.2017; 20: 161-170.

Auerbach, R.P., Admon, R., Pizzagalli, D.A., Adolescent depression: Stress and reward dysfunction. *Harvard Review of Psychiatry*.2014; 22: 139–148. .

Aveyard, P., Sherratt, E., Almond, J., Lawrence, T., Lancashire, R., Griffin, C., Cheng, K.K., The change-in-stage and updated smoking status results from a cluster-randomized trial of smoking prevention and cessation using the transtheoretical model among British adolescents. *Preventive medicine*. 2001; 33(4): 313-324.

Ayaz, S., Açıl, D., Comparison of peer education and the classic training method for school aged children regarding smoking and its dangers. *Journal of Pediatric Nursing*.2015; 30(3): e3-e12.

Aydoğdu, N., Bahar, Z., Yoksul kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.2011; 4: 34-40.

Balazs, C.L., Morello-Frosch, R., The three Rs: How community-based participatory research strengthens the rigor, relevance, and reach of science. *Environmental Justice*.2013; 6(1): 9–16.

Baran, M., Küçükakça, G., Ayran, G., Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde algılanan sosyal destek düzeyinin sigara kullanımı üzerine etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*.2014; 15(1): 9-15.

Bernat, D., E. Klein and J. Forster, Smoking initiation during young adulthood: A longitudinal study of a population-based cohort. *J Adolesc Health*.2012; 51(5): 497–502.

Biala, G., Budzynska, B., Effects of acute and chronic nicotine on elevated plus maze in mice: involvement of calcium channels. *Life sciences*. 2006; 79(1): 81-88.

Bilgiç, N., Günay, T., Evaluation of effectiveness of peer education on smoking behavior among high school students. *Saudi Med J*.2018; 39(1): 74–80.

Brett, J., Staniszewska, S., Mockford, C., Herron-Marx, S., Hughes, J., Tysall, C., Suleman, R., Mapping the impact of patient and public involvement on health and social care research: A systematic review. *Health Expectations*. 2014;17(5):637–650.

Cancer Prevention Research Center. Transtheoretical Model. from <http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm>. 2012.

Cantrell, J., Bennett, M.P. Mowery, H., Xiao, J. Rath and E. Hair, et al., Patterns in first and daily cigarette initiation among youth and young adults from 2002 to 2015. *US National Library of Medicine National Institutes of Health PLoS ONE*. 2018; 13(8): 1-20.

Cantrell, J., O. Ganz, B. Emelle, R. Moore, J. Rath and E. Hair, et al., Tobacco control, Mobile marketing: an emerging strategy to promote electronic nicotine delivery systems. 2017; 053413.

Carey, K. B., Carey, M.P., "Changes in self-efficacy resulting from unaided attempts to quit smoking." *Psychol Addict Behav*.1993; 7: 219-224

Caria, M., Bellocco, R, Zambon, A, et al., Overweight and perception of overweight as predictors of smokeless tobacco use and of cigarette smoking in a cohort of Swedish adolescents,. *Addictive Behaviors*, 2009; 104: 661-668.

Carpenter, M. J., Hughes, J.R., Keely, J.P., Effect of smoking reduction on later cessation: a pilot experimental study. *Nicotine Tob Re*. 2003; 15(2): 155-162.

Cebeci, S. The effect of peer-assisted education in pre-graduate medical education on student achievement in theoretical lectures. Hacettepe University. 2015.

Chen, X., Yu, B., Wang, Y., Initiation of Electronic Cigarette Use by Age Among Youth in the U.S. *Am J Prev Med*. 2017; 53(3): 396–399.

Chinwong, D., Mookmanee, N., Chongpornchai, J., Chinwong, S., A Comparison of Gender Differences in Smoking Behaviors, Intention to Quit, and Nicotine Dependence among Thai University Students. *J Addict*. 2018; 8081670.

Choi, Y., He, M.T., Herrenkohl, R., Catalano, J.T., Multiple identification and risks: examination of peer factors across multiracial and single-race youth. *J Youth Adolesc*.2012; 41(7): 847–862.

Christiansen, B., Bjørk, T.I., Havnes, A., Hessevaagbakke, E., Developing supervision skills through peer learning partnership. *Nurse Education in Practice*, 2011; 11(2): 104–108.

Clements, I., Buczkiewicz, M., Approaches to Peer-Led Health Education: A Guide for Youth Workers. London, Health Education Authority. Evidence and Quality in Health Care.1993; 102(10): 654–661.

Courtney, R. The health consequences of smoking-50 years of progress: a report of the Surgeon General, 2014. *Drug Alcohol Rev.* 2015; 34(6): 694–695.

Creamer, M., Delk, J., Case, K., Perry, C.L., Harrell, M.B., Positive Outcome Expectations and Tobacco Product Use Behaviors in Youth. *Substance Use & Misuse*.2018; 53(8): 1399-1402.

Creamer, M., Loukas, A.S., Clendennen, D., Mantey, K.E., Pasch, C.N., Marti C.L. Perry. Longitudin predictors of cigarette use among students from 24 texas colleges, *Journal of American College Health*. 2018; 1-8

Cullen, J., Mowery, P, Delnevo, C, et al., Seven-year patterns in US cigar use epidemiology among young adults aged 18-25 years: a focus on race/ethnicity and brand. *Am J Public Health*.2011; 101(10): 1955-1962.

Çalışkan, S., Metintaş,S., Dünyada Tütün Kontrol Uygulamalarının Küresel Ölçekte Değerlendirilmesi. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*.2018; 3(1): 32-41.

Çapık, C., Cingil, D., Hemşirelik öğrencilerinde sigara kullanımı, nikotin bağımlılık düzeyi ve ilişkili etmenler. *Kafkas J Med Sci*. 2013; 3: 55-61.

Dalton, E., Hammen, C.L., Independent and relative effects of stress, depressive symptoms, and affect on college students' daily health behaviors. *Journal of Behavioral Medicine*, 2018; 41(6): 863–874.

Demirbag, B., Tavacı, S., Socio-demographic characteristics of smoker university students. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*. 2012; 1(3): 179-188.

Diaz, A.E.K., Johnson, C.R.S., Arcury, T.A., Perceptions that influence the maintenance of scientific integrity in community-based participatory research. *Health Education & Behavior*. 2015; 4(3): 393–401.

DiClemente, C., Motivational interviewing and the stages of change,Motivational interviewing, *Preparing People to Change*. *Addictive Behavior*.1991; 191-201.

- DiClemente, C., Welasquez, MM., Motivational interviewing and the stage of Change. New York, Guilford Press. 2002.
- Ditchburn, K., Sellman, J.D., Tobacco Smoking in Adolescent Psychiatric Outpatients. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*.2013; 22(3): 254-267
- Doğan, D. G., Ulukol, B., Ergenlerin Sigara İçmesini Etkileyen Faktörler ve Sigara Karşıtı İki Eğitim Modelinin Etkinliği. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010; 179-185.
- Donovan, K., Smoking Cessation Programs for Adolescent. *J Sch Nurs*.2000;16:36-43.
- Elbi, H., Aktaş, A., Rahman, S., Altan, S., Özyurt, B.C., Self-reported prevalence of tobacco use among university students. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*.2018; 28(1): 33-38
- Engels, R.C., Knibbe, R.A., deVries, H., Drop, M.J., Antecedents of smoking cessation among adolescents: who is motivated to change?. *Preventive medicine* 1998; 27(3): 348-357.
- Ercan, H., Yıldırım, O.ř., Peer teaching-based learning teaching approach in individual instrument and its instruction course. Bolu (TR): Abant İzzet Baysal University. 2016; 2269–2281.
- Erol, S., Balci, AS, Sisman, FN., Effect of Transtheoretical Model Based Smoking Cessation Program on High School Students. *J Nutr Health Sci*.2018; 5(3): 301.
- Erol, S., Erdogan, S., Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: the Transtheoretical Model-based study. *Patient Education and Counseling*.2008; 72(1): 42-48.
- Erol, S., Erdoğan, S., Sağlık davranışlarını geliştirmek ve değiştirmek için Transteoretik Modelin kullanılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.2007; 10(2): 86-94.
- European Drug Report European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *European Drug Report 2018: Trends and Developments*. Luxembourg, Publications Office of the European Union. 2018.
- Fagerstrom, K., Heatherton, TF, Kozlowski, LT., Nicotine addiction and its assessment. *Ear Nose Throat J*, 1990; 69: 763-765. .

Fagerstrom, K., Schneider, NG., Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med.*1989; 12: 159-182.

Farrelly, M. Association Between The Real Cost Media Campaign and Smoking Initiation Among Youths—United States, 2014–2016. *MMWR Morbidity and mortality weekly report.* 2017; 66.

Farrelly, M., Loomis, B.B., Han, J., Gfroerer, N., Kuiper and Couzens, G., et al., A comprehensive examination of the influence of state tobacco control programs and policies on youth smoking. *American journal of public health.* 2013; 103(3):549-555.

Fiore, M., Jaen, CR, Baker, T, Bailey, W, Benowitz, N, Curry, S, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. *Clinical Practice Guideline.* Rockville, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2008.

Foldes, S., An, LC., Rode, P, et al. The prevalence of unrecognized tobacco use among young adults. *Am J Health Behav.*2010; 34(3): 309-321.

Gansky, S., Ellison, JA, Kavanagh, C, et al., Oral screening and brief spit tobacco cessation counseling; A review and findings. *Journal of Dental Education.*2002; 66: 1088-1098.

Garrison, M., Christakis, DA, Ebel, BE, Wiehe, SE, Rivara, FP., Smoking cessation interventions for adolescents: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2003; 25: 363-367.

Gazioğlu, E.İ., Canel,A.N., UNODC Madde Bağımlılığını Önlemede Aile Beceri Eğitimi Programları Uygulama Rehberi'nin Türkiye'nin ihtiyaçları açısından incelenmesi. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions,* 2018; 5: 365–403.

Glynn, G.L., Macfarlane, A., Kelly, M., Cantillon, P., Murphy, W.A., Helping each other to learn-a process evaluation of peer assisted learning. *BMC Medical Education.*2006; 6(18): 1–21.

Grimshaw, G., Stanton, A., Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 18:CD003289.

Gungormus, Z. Evaluation of smoking behavior in high school students using the Transtheoretic Model. *Continuous Medical Education Journal.* 2010; 19(1): 12-18.

Güngörmüş, Z., Karabulutlu, YE., Üniversite öğrencilerinin genel sağlık ölçümlerinin değişim aşamalarına göre değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.*2012; 1: 165-178.

Güngörmüş, Z., Lise öğrencilerinde sigara içme davranışının transteoretik model çerçevesinde değerlendirilmesi. *STED*,2010; 19: 12-18.

Güzel, M.G. Bir sigara bırakma merkezine başvuran kişilerde algılanan sosyal desteğin sigara bırakma üzerine etkisi. Uzmanlık tezi Dokuz Eylül Üniversitesi 2017.

Gwaltney, C., Metrik, J, Kahler, CW, Shiffman, S., Self-efficacy and smoking cessation: A meta-analysis. *Psychol Addict Behav.*2009; 23(1): 56–66.

Ham, O., Stages and processes of smoking cessation among adolescents,." *West J Nurs Res.* 2007; 29: 301-315.

Hansen, W. B., Graham, J.W., Preventing alcohol, marijuana and cigarette use among adolescents: peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventative Medicine.* 1991; 10: 414–430.

Health Development Agency, Smoking and public health: a review of reviews of interventions to increase smoking cessation, reduce smoking initiation and prevent further uptake of smoking. 2004;30.

Henteleff, A., Wall, H., The HANS KAI Project: a community-based approach to improving health and well-being through peer support. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada: research, policy and practice,*. Canada. 2018; 38:135-146.

Hitsman, B., Borrelli, B, McChargue, DE, Spring, B, Niaura, R., History of depression and smoking cessation outcome: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.*2003; 71: 657-663.

Hitsman, B., Moss, TG., Montoya, ID., George, TP., Treatment of tobacco dependence in mental health and addictive disorders. *Can J Psychiatry.* 2009;54:368-378.

Ho, K., Li, H.C.W., Lam, K.K.W., Chan, S.S.C., Wang, M.P., Chan, V.W.F., Lam, T.H., Exploratory study on the relationship between smoking and other risk behaviours among young smokers. *Journal of clinical nursing.* 2018; 27: 2859–2867.

Hodgetts, G., Broers, T, Godwin, M., Smoking behaviour, knowledge and attitudes among Family Medicine physicians and nurses in Bosnia and Herzegovina. *BMC Fam Pract.*2004; 11: 1-7.

Hoepfner, B., Velicer, WF, Redding, CA, Rossi, JS, Prochaska, JO, Pallonen, UE, Meier, KS., Psychometric evaluation of the smoking cessation Processes of Change scale in an adolescent sample. *Addict Behav.*2006; 31:1363-1372.

- Im, H., Rosenberg, R., Building social capital through a peer-led community health workshop: A pilot with the Bhutanese refugee community. *Journal of Community Health*.2016; 41(3): 509–517.
- Jarlstrup, N.S., Juel, K., Pisinger, C.H., Grønbaek, M., Holm, S., Andersen, S., International Approaches to Tobacco Use Cessation Programs and Policy in Adolescents and Young Adults: Denmark. *Current Addiction Reports*. 2018;5:42-53.
- Karaçam, Ö., Totan T., Ege Üniversitesi öğrencileri arasında bağımlılık yapıcı madde kullanımının çok boyutlu ölçekleme yöntemiyle incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg*.2014; 15:116-123.
- Karadagli, F., Nahcivan, N., Factors associated with readiness to quit smoking among smokers. *Dokuz Eylul University Faculty of Nursing Electronic Journal* 2012; 5(1): 8-15.
- Karadağ, M., Karadağ, S., Ediz, B., Işık, ES. Nikotin bağımlılığın sigarayı bırakmadaki etkisi. *Yeni Tıp Dergisi*.2011; 29: 27-31.
- Karayurt, O., Dicle, A., Tuna, Malak A., Effects of Peer and Group Education on Knowledge, Beliefs and Breast Self-Examination Practice among University Students in Turkey. *Turk J MedSci*.2009; 39: 59–66.
- Kilinc, N., Tezel, A., The Assessment of Self-Efficacy Level According to University Students' Smoking Situation. *TAF Prev Med Bull*. 2012; 11(3): 255.
- Kim, B., Yoo, S., Cho, Si., Association between stages of change for smoking cessation and electronic cigarette use among adult smokers: A nationwide cross-sectional study in Korea. *PLoS ONE*. 2018; 13(9): e0204244.
- Kim, Y.H., Adolescents' smoking behavior and its relationships with psychological constructs based on transtheoretical model: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*.2006; 43: 439-446.
- Kleinjan, M., Brug, J, Van-den Eijnden, RJ, Vermulst, AA, Van Zundert, RM, Engels, RC., Associations between the transtheoretical processes of change, nicotine dependence and adolescent smokers' transition through the stages of change. *Addiction*.2008; 103: 331-338.
- Klepp, K. I., Halper, A., Perry, C.L., The efficacy of peer leaders in drug abuse prevention. *Journal of School Health*. 1986; 56: 407–411.

Köse, E., Özcebe, H., Tobacco Epidemic Keeps Spreading Among Turkish Youth. *Eurasian J Pulmonol.*2017;19: 139-145.

Leahy, R. Bilissel Terapide Direncin Asılması, Litera yayıncılık. 2010.

Lenio, J.A. Analysis of the Transtheoretical Model of Behavior Change. *J Student Research.*2006; 5: 73-86.

Leonardi-Bee, J., Jere, M., Britton, J., Exposure to parental and sibling smoking and the risk of smoking uptake in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis. *Thorax.* 2011; 66(10): 847–855.

Lifrak, P., Gariti, P, Alterman, AI, McKay, J, Volpicelli, J, Sparkman, T, O'Brien, C., Results of two levels of adjunctive treatment used with the nicotine patch. *Am J Addict.* 1997; 6: 93-98.

Martínez Torres, J., Peñuela, E.M., Prevalencia y factores asociados al consumo de cigarrillo tradicional, en adolescentes escolarizados; Prevalence of smoking among Colombian adolescents. *Rev Med Chil.*2017; 145(3): 309-318.

McDonald, J., Roche, AM., Peer education: from evidence to practice. An alcohol and other drugs primer. South Australia, Adelaide, National Centre for Education and Training on Addiction. 2003.

McKenna, L., French, J., A step ahead: Teaching undergraduate students to be peer teachers. *Nurse Education in Practice.*2011; 11(2): 141–145.

Meier, E., Tackett, AP, Miller, MB, Grant, DM, Wagener, TL., Which nicotine products are gateways to regular use? First-trying tobacco and current use in college students,. *American Journal of Preventive Medicine.*2015; 48(1): 86–93.

Micheal, S., Association between physical activity and substance use behaviors among high school students participating in the 2009 Youth Risk Behavior Survey. *Psychol Rep.*2014; 114: 675-685.

Miller, W., Rollnick, S., Motivasyonel görüşme, insanları değişime hazırlama., Ankara, Boylam Psikiyatri Enstitüsü. 2009.

Miller, W. R., Rollnick, S., What is the Motivational Interviewing? New York, London, The Guilford Press. 2002.

Morgan, M., Eiser, RJ., Smoking, education and peer group influence. London. 1990.

Mushtaq, N.W., Beebe, LA., Concurrent use of cigarettes and smokeless tobacco among US males and females. *Journal of Environmental Public Health.* 2012; 1-11.

- Nash, J. Sparking up smoking and style in school. *Health Education Journal*. 1987; 46: 152–155.
- Niaura, R., Abrams, DB., Smoking cessation: progress, priorities, and prospectus. *J Consult Clin Psychol*.2002; 70(3): 494–509
- Nigg, C.R. Explaining adolescent exercise behavior change: A longitudinal application of the transtheoretical model.*Annals of Behavioral Medicine*.2001; 23(1): 11-20.
- Oredein, T., Foulds,J., Causes of the decline in cigarette smoking among African American youths from the 1970 to the 1990, *Am J Public Health*.2011;101(10):4-14.
- Ozalp, S.S., Orsal, O, Orsal, O., Evaluation of the sexual and reproductive health problems of Üiversity students attending the youth friendly center and the importance of counseling: Cross sectional and case management techniques. *HealthMED*.2013; 7(1): 41-46.
- Ozcebe, H., Dogan, BG, Inal, E, Haznedaroglu, D, Bertan, M., Smoking habits and the related sociodemographic characteristics in university students. *Turk Toraks Derg*. 2014; 15: 42-48.
- Örsal, Ö., Özalp, S., Örsal, Ö., Gençlerde “Bilinçli Gençlik Sağlıklı Gelecek” oluşturulmasında Genç dostu Gençlik Danışma Birimlerinin Katkısı; Web sayfasının işlevsellik etkinliği,. *Yerelden Ulusala Gençlik Politikaları Zirvesi*, Ankara. 2018.
- Özcebe, H. *Gençler ve Sigara*. Ankara, TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları. 2008.
- Özdemir, H., Taşçı, S., Motivasyonel görüşme tekniği ve hemsirelikte kullanımı. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2013; 1: 41-47.
- Pallonen, U., Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Prokhorov, A.U., Smith, NF., Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: an empirical integration. *Addict Behav*.1998; 23(3): 303-324.
- Pallonen, U.E., Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Rossi, J.S., Bellis, J.M., Tsoh, J.Y., Migneult, J.P., Smith, N.F., Prokhov, A.V., Computer-based Smoking Cessation Interventions in Adölescents; Description, Feasibility, and six-month follow-up findings. *Substance Use, & Misuse*, 1998; 33(4): 935-965.

Parikh, S., Taubman, DS, Antoun, C., Cranford, J., Foster, CE, Grambeau, M., Salazar, S., Michigan Peer-to-Peer Depresyon Farkındalık Programı: gençler arasında depresyona yönelik okul temelli önleme. *Psikiyatri hizmetleri*.2018; 69(4): 487-491.

Park, C., Iacocca, MO., A stress and coping perspective on health behaviors: Theoretical and methodological considerations. *Anxiety, Stress Coping: An International Journal*.2014; 27: 123–137.

Park, E.R., DePue, J.D., Goldstein, M.G., Niaura, R., Harlow, L.L., Willey, C., Prokhorov, A.V., Assessing the transtheoretical model of change constructs for physicians counseling smokers. *Annals of Behavioral Medicine*.2003;25(2):120-126

Parkin, V., Peer education: the nursing experience. *The Journal of Continuing Education in Nursing*.2006; 37(6): 257–264.

Pérez-Ríos, M., Santiago-Pérez, MI., Alonso, B., Malvar, A., Hervada, X., Leon, J., Fagerstrom test for nicotine dependence vs. heavy smoking index in a general population survey. *BMC Public Health*.2009; 9: 1-5.

Person, B., Knopp, S., Ali, S., A’kadir, F., Khamis, A., Ali, J., Rollinson, D., Community co-designed schistosomiasis control interventions for school-aged children in Zanzibar. *Journal of Biosocial Science*.2016; 48(1): 56-73.

Plummer, B. A., Velicer, W.F., Redding, C.A., Prochaska, J., Rossi, JS., Pallonen, UE., Meier, KS., Stage of change, decisional balance, and temptations for smoking: Measurement and validation in a large, school-based population of adolescents. *Addict Behav*.2001; 26: 551-571.

Post, A., Gilljam, H., Rosendahl, I, Bremberg, S, Galanti MR., Symptoms of nicotine dependence in a cohort of Swedish youths: a comparison between smokers, smokeless tobacco users and dual tobacco users. *Addiction*.2010; 105(4): 740-746.

Prochaska, J. Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action based on twelve problem behaviors. *Health Psychology*. 1994; 13: 47-51.

Prochaska, J., Decision making in the Transtheoretical model of behavior change. *Medical Decision Making*.2008; 28: 845-849.

Prochaska, J., *Transtheoretical Model of Behavior*. New York. NY. 2013.

Prochaska, J., DiClemente, CC., *Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*.1982; 19: 276-288.

Prochaska, J., Norcross, J.C. *Systems of psychotherapy; A transtheoretical analysis*. Oxford University Press. 2018.

Prochaska, J., Velicer, W.F., Redding, C.A., et al. Stage-based expert systems to guide a population of primary care patients to quit smoking, eat healthier, prevent skin cancer, and receive regular mammograms. *Preventive Medicine*. 2005; 41: 406–416.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Velicer, W.F., Rossi, J.S. Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychol*. 1993; 12(5): 399–405.

Prochaska, J.O., Norcross, J.C. *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*. Brooks & Cole. 2010.

Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Fava, J., Measuring Processes of Change: Applications to the Cessation of Smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988; 56(4): 520-528.

Prochaska, J.O., Velicer, W.F., The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*. 1997; 12(1): 38-48.

Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S, Marcus, B.H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L.L., Redding C.A., Rosenbloom, D., Rossi, S.R., Stages of change and decisional balance for twelve problem behaviors. *Health Psychology*. 1994; 13(1): 39-46.

Racicot, S., Okoli, CTC, Hammond, SK, O'Loughlin, J., Airborne Nicotine, Secondhand Smoke, and Precursors to Adolescent Smoking. *Pediatrics*. 2018; 141(1): 63-74.

Rath, J., Villanti, AC, Abrams, DB, Vallone, DM., Patterns of tobacco use and dual use in US young adults: The missing link between youth prevention and adult cessation. *J Environ Public Health*. 2012; 679134.

Redding, C.A., Rossi, S.J., Rossi, R.S., Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Health behavior models in international electronic. *Journal of Health Education*. 2000; 3: 180–193.

Reidpath, D., Davey. TM., Kadirvelu, A., Soyiri, IN., Allotey, P., Does one cigarette make an adolescent smoker, and is it influenced by age and age of smoking initiation? Evidence of association from the US Youth Risk Behavior Surveillance System 2011. *Preventive medicine*. 2014; 59: 37–41.

Republic of Turkey Ministry of Health General Directorate of Health Services Report. 2011.

Resen, H.M. Impact of Parents and Peers Smoking on Tobacco Consumption Behavior of University Students. *Asian Pac J Cancer Prev.*2018; 19(3): 677-681.

Rice, V., Stead, LF., Nursing interventions for smoking cessat *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; 1: CD001188.

Richardson, A., Williams, V., Rath, J., Villanti, AC., Vallone, D., The Next Generation of Users Prevalence and Longitudinal Patterns of Tobacco Use Among US Young Adults. *Am J Public Health.*2014; 104(8): 1429-1536.

Rosenthal, E.L., Balcazar, H.G., De Heer, H.D., Wise, S., Flores, L., Aguirre, M., Critical reflections on the role of CBPR within a RCT community health worker prevention intervention. *The Journal of Ambulatory Care Management.*2014; 37(3): 241–249.

Sağlam, L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. *Turk J Med Sci.*2012; 42(3): 515–522.

Sağlan, Y., Bilge, U., Adolesan ve Okul Sağlığı. *Türkiye Klinikleri.*2018; 11-16.

Schleicher, H.E., Harris, K.J., Catley, D., Nazir, N., The role of depression and negative affect regulation expectancies in tobacco smoking among college students. *Journal of American College Health.*2009; 57: 507–512.

Selçuk, K.T., Avcı, D., Mercan, Y., Smoking Addiction among University Students and the Willingness and Self-Efficacy to Quit Smoking. *Clin Exp Health Sci.* 2017.

Selekman J., V.J.B.M.D. *School Nursing.* Pennsylvania, United States, FA Davis Şirketi. 2013.

Shadel, W., Niaura, R, Goldstein, MG, Abrams, DB., Cognitive avoidance as a method of coping with a provocative smoking cue: the moderating effect of nicotine dependence. *J Behav Med.* 2001; 24(2): 169–182.

Sharma, M. *Theoretical Foundations of Health Education and Health Promotion,* Burlington (MA): Jones&Barlett Learning. 2016.

Shiffman, S., Paty, J.A., Kassel, J.D., Gnys, M., Zettler-Segal, M., Smoking behavior and smoking history of tobacco chippers. *Experiment Clin Psychopharm.*1994; 2: 126-142.

Shinitzky, H., Kub, J., The art of motivating behavior change: The use of motivational interviewing to promote health. *Public Health Nurs.* 2001; 18: 178-185.

Siru, R., Hulse, GK, Tait, RJ., Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addiction.*2009; 104: 719-733.

Soneji, S., Barrington-Trimis, JL, Wills, TA, et al., Association between initial use of e-cigarettes and subsequent cigarette smoking among adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.*2017; 171(8): 788–797.

Spivak, A.L., Monnat,S.M., Prohibiting juvenile access to tobacco: violation rates, cigarette sales, and youth smoking. *International Journal of Drug Policy.*2015; 26(9): 851-859.

Stern, R., Prochaska, JO, Velicer, WF, Elder, JP., Stages of adolescent cigarette smoking acquisition: measurement and sample profiles. *Addict Behav.* 1987; 12: 319-329.

Sutfin, E., Sparks, A., Pockey, JR., Suerken, CK., Reboussin, BA., Wagoner, KG., Spangler, J., Wolfson, M., First Tobacco Product Tried: Associations with Smoking Status and Demographics among College Students.*Addict Behav.*2015;51:152–157.

Süngü, H. Üniversite Öğrencilerinin Zararlı Madde Kullanımına ilişkin Tutumları. *Mutafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Dergisi.*2014;11(36):167-194.

Şahbaz, S., Kılınç, O, Günay, T, Ceylan, E., Sigara İçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerinin Sonuçlarına Etkileri.*Toraks Dergisi.*2007;8(2):110-114

Şengezer, T., Sivri, F, Dilbaz, N, Sunay, D., Ankara ili Yenimahalle İlçesinde birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran bireylerde tütün bağımlılığı ve ilişkili risk faktörleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi.*2014; 18: 42-48.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Tütün Kontrolü Çalışmaları. 2012.

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Dumansız Hava Sahası Uygulama Rehberi, Ankara, Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı. 2011;64.

Tanrıverdi, H., Altuntaş, M., Demir, O., Afşar, B., Celikiz, M., Success Rate of Pharmacological Therapies Used for Smoking Cessation and Factors that Affect Smoking Cessation Rates. *Eur J Gen Med.* 2015; 12(2): 125–130.

Taş Arslan, F., Akşit, S., Başbakkal, Z. Medical and nursing students' smoking habits, nicotine dependence levels, and contributing factors. *J Family Med Community Health*.2015;2: 1043-1049.

Taş, F., Seviğ, EÜ., Güngörmüş, Z., Use of motivational interview technique with transtheoretical model for behavioral change in smoking addiction. *Current Approaches in Psychiatry*. 2016; 8(4): 380–393.

Taubman, D.S., Parikh, S.V., Christensen, H., Scott, J., Using School-Based Interventions for Depression Education and Prevention. In *Advances in Psychiatry*, Springer, Cham. 2019.

TC Sağlık Bakanlığı. Sigarayı Bırak Hayatı Bırakma.2018. from <https://birakabilirsin.org/sigara-ve-depresyon/>, <http://sigarabirakmadaogrenmezemini.org/site/ekursDetay.php?cid=7>.

TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA-2017). Ankara, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Dairesi Başkanlığı.2017; 192.

TC. Sağlık Bakanlığı. Küresel yetişkin tütün araştırması Türkiye 2012. Sağlık Bakanlığı Yayınları. 2014.

TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023, Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı.2018; 178.

Tenore, J., Lipsky, MS., Preventive services for the adolescent (13-20 years). *Clinics in Family Practice*. 2000; 2: 289-311.

Tezcan, S., Yardım, N., Türkiyede çeşitli sağlık kurumlarında doktor, hemşire ve tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme boyutu. *Tuberk Toraks*.2003; 51: 390-397.

Thompson, A., Mowery, P., Tebes J., M.SA. Time Trends in Smoking Onset by Sex and Race/Ethnicity Among Adolescents and Young Adults:Findings From the 2006–2013 National Survey on Drug Use and Health. *Nicotine & Tobacco Research*. 2017.

TUBİM., Türkiye Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması Raporu. Ankara, İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı.2018.

Turhan, E., İnandı, T., Özer, C., Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. *Türk Halk Sağlığı Dergisi*.2011; 9: 33-45.

Turner, G., Shepherd, J., A method in search of a theory: peer education and health promotion. *Health Education Research Theory & Practice*.1999; 14(2): 235–247.

Türk Toraks Derneği, T.K.Ç.G. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu. Aytemur, Ö.Z., Bilir, N., Boztaş, H., Çan, G., Elbek, O., Engindeniz, N., Karasu, U., Kiliç, O., Örsel, O., Öztuna, F., ve ark. Ankara, MİKİ Matbaacılık San.Tic.Ltd.Şti. 2014.

Türkcan, A., Güler, N, Özçete, N, Özgür, S, Çakmak, D., Bir sigara bırakma programının değerlendirilmesi. *Türkiyede Psikiyatri*. 2005; 7: 33-37.

Türkiye Anne Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü (TUSEB), 18 Yaş Öncesi Bireylerde Tütünle Mücadele Programı. 2018.

Türkiye İstatistik Kurumu TÜİK, Türk Aile yapısı araştırması 2016. 2017.

Tütün Kontrolü Çalışma Grubu, Tütün kontrolü ve sigara bıraktırma tedavisi. Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi. 2013.

U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Atlanta. 2012.

UNFPA. Akran Eğitimi: Eğitimci Eğitimi Rehberi (AER) Y-PEER,. Ankara, Semih Ofset. 2004.

US Department of Health and Human Services A Report of the Surgeon General; The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health,. Atlanta. 2014.

Uysal, M., Kadakal, F., Karşıdağ, C., Bayram, N., Uysal, O., Yılmaz, V., Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks*.2004; 52: 115-121.

Ünver, V., Akbayrak, N., Hemşirelik eğitiminde akran eğitim modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*.2013; 6(4): 214-217.

Vallone, D., M. Greenberg, H. Xiao, M. Bennett, J. Cantrell and J. Rath, et al., The Effect of Branding to Promote Healthy Behavior: Reducing Tobacco Use among Youth and Young Adults. *International journal of environmental research and public health*.2017; 14(12): 1517.

- VanZundert, R., Ferguson SG, Shiffman S, Engels RCME., Dynamic effects of self-efficacy on smoking lapses and relapse among adolescents. *Health Psychol.* 2010; 29(3): 246–254.
- Vaughn, L. M., Jacquez, F., Zhen-Duan, J., Graham, C., Marschner, D., Peralta, J., Ley, I., Latinos Unidos por la Salud: The process of developing an immigrant community research team. *Collaborations: A Journal of Community-Based Research and Practice.* 2017; 1(1): 2.
- Vaughn, L. M., Whetstone, C., Boards, A., Busch, M.D., Magnusson, M., Määttä, S. Partnering with insiders: A review of peer models across community-engaged research, education and social care. *Health & Social Care in the Community.* 2018; 26(6): 1-18
- Veeranki, S., R. John, A. Ibrahim, D. Pillendla, J. Thrasher, D. Owusu, Ouma, A., Mamudu, H., Age of smoking initiation among adolescents in Africa. *Int J Public Health.* 2017; 62(1): 63-72.
- Velicer, W., DiClemente, CC, Prochaska, OJ, Brandenburg, N., Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *J Pers Soc Psychol.* 1985; 48: 1279-1289.
- Velicer, W., Prochaska, J.O., Fava, J.L., Rossi, J.S., Redding, C.A., Laforge, R.G., Robbins, M.L., Using the transtheoretical model for population-based approaches to health promotion and disease prevention. *Homeostasis Health Diseases.* 2000; 40(5): 174-195.
- Velicer, W. F., DiClemente, C.C., Rossi, J.S., Prochaska, J.O., Relapse situation and self-efficacy; An integrative model. *Addictive Behaviors.* 1990; 15: 283-311.
- Velicer, W.F., Fava, J., Prochaska, J.O., Abrams, D.B., Emmons, K.M., Pierce, J., Distribution of smokers by stage in three representative samples. *Preventive Medicine.* 1995; 24: 401-411.
- Velicer, W. F., Prochaska, J.O., Fava, J.L., Norman, G.J., Redding, C.A., Smoking cessation and stress management: applications of the transtheoretical model of behavior change. *Homeostasis.* 1998; 38: 216-233.
- Velioğlu, U., Cemil I.S., Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Nikotin Bağımlılığının Sosyo demografik Özellikler ve Depresyon İle İlişkisi. *Dicle Med J.* 2018; 45(1): 35-41.

Villanti, A., Richardson, A., Vallone, DM., Rath, JM., Flavored Tobacco Product Use Among U.S. Young Adults. *American Journal of Preventive Medicine*.2013; 44(4): 388–391.

Visser, P., Hirsch, J.K., Health behaviors among college students: The influence of future time perspective and basic psychological need satisfaction. *Health Psychology and Behavioral Medicine*.2014; 2: 88–99.

Wallace, D., Boynton, M.H., Lytle, L.A., Multilevel analysis exploring the links between stress, depression, and sleep problems among two-year college students. *Journal of American College Health*. 2017; 65: 187–196.

Westmaas, J., Bontemps-Jones, J, Bauer, JE., Social support in smoking cessation: Reconciling theory and evidence. *Nicotine Tob Res*.2010; 12(7): 695–707.

Wetter, D., Kenford, SL, Welsch, SK, et al. Prevalence and predictors of transitions in smoking behavior among college students. *Health Psychol*. 2004;23(2): 168–177.

Wewers, M., Stillman, F.A., Hartman, A.M., Shopland, D.R., Disribution of Daily smokers by stage of change: Current Population Survey results. *Prev Med*.2003; 36(6): 710-720.

WHO, Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Smoking 2000-2025. 2018.

WHO, 2017 report on the global tobacco epidemic, Youth. 2018.

Wiist, W., Snider, G., Peer education in friendship cliques: prevention of adolescent smoking. *Health Education Research*.1991; 6: 101–108.

Wilton, T., Keeble, S., Doyal, L., Walsh, A., The Effectiveness of Peer Education in Health Promotion: Theory and Practice. Faculty of Health and Community Studies, University of the West of England. 1995.

Word Health Organization, WHO 2005 Report;Tütün kontrolünde sağlık profesyonellerinin rolü. Ankara. Tütünsüz Yaşam Derneği. 2005;1-31.

World Health Organization (WHO), MPOWER in action, Defeating the global tobacco epidemic. 2013.

Yasar, Z., Kar, K.O., Talay, F., Kargi, A., One-Year Follow-up Results of Smoking Cessation Outpatient Clinic: Factors Affecting the Cessation of Smoking. *Eurasian J Pulmonol*.2014; 16(2): 99–104.

Yaslı, G. Effectiveness of peer education program regarding non youth protection. Manisa Celal Bayar University. 2009.

Yaslı, G. Gençlerde Sigaradan Korunma Konusunda Akran Eğitimi Programının Etkinliği. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi.2012; 10(2): 59-67.

Yazıcı, H., Özbay, Y., Üniversite öğrencilerinin sigara içme davranışlarıyla özyeterlik inançları arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Sakarya Üniv Eg Fak Derg.2004; 7: 91-107.

Yazıcı, H., Özbay, Y., Üniversite öğrencilerinin sigara içme davranışlarının bilissel-davranışçı bir modele dayalı olarak incelenmesi. Milli EğitimYayımları.2006;172.

Yengil, E., Çevik, C., Demirkıran, G, Akkoca, AN, Özler, GS, Özer, C., Smoking Among Medical School Students and Attitudes against Smoking. Konuralp Tıp Dergisi.2014; 6(3): 1-7.

Yeniçeri, N., Özçakar, N., Mevsim, V., Güldal, D., Kliniğe Giriş Uygulamalarında Yeni Bir Yöntem: Akran eğitimi. Tıp Eğitimi Dünyası.2003; 12: 6–11.

Zincir, H., Erten, ZK., Seviğ, EÜ., Özkan, F., Akran Eğitimi Yöntemi Kullanılarak Yürütülen Sosyal Projelerin Liderlik, Problem Çözme ve Atılganlık Becerilerinin Gelişimine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2014;7(1): 19-25.

9. EKLER

Veri Toplama Anketleri

Oğrenci No	Fakülte:	Bölüm/ Sınıf	
Cinsiyet	Doğum Yılı / Şu anki Yaş	Kaldığı Yer	
Kaçıncı Başvuru	Şu anki Başvuru tarih	İlk Başvuru Tarihi	
Başvuru Şekli			
a. Sağlık birimi tarafından yönlendirilme		0.Hayır 1. Evet	
b. Gençlik Danışma Birimine doğrudan Őikâyeti nedeniyle başvuru		0.Hayır 1. Evet	
c. Gençlik Danışma Birimine bilgi danışmanlık / almak amacıyla başvuru		0.Hayır 1. Evet	
d. Akran eğitimi almış arkadaşlarınız tarafından yönlendirilme		0.Hayır 1. Evet	
GEDAB' den sigara konusunda akran eğitimi aldunuz mı?		0.Hayır 1. Evet	
Baba sigara kullanımı bırakma durumu		0.Hayır 1. Evet	
Anne sigara kullanımını bırakma durumu		0.Hayır 1. Evet	
ArkadaŐlarından sigara kullanımını bırakma durumu		0.Hayır 1. Evet	
Evet, ise aşağıdaki soruları yanıtla			
Günde kaç tane sigara içiyordu			
Sigara bırakma kararına ne etkili oldu			
Ne zaman bıraktı			
Ne kadar süredir sigara kullanmıyor			
Danışmanlık veya destek alıyor mu			
Nereden danışmanlık veya destek alma durumu			
Kimlerden alıyor			
Sigara kullanımınızda değişiklikler var mı?		0.Hayır 1. Evet	
Cevabınız Evet İse aşağıdaki 6 soruya yanıt veriniz;			
1.Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?			
4. İlk 5 dakika içinde	3. 6-30 dakika içinde	2. 31-60 dakika içinde	1. 1 saatten sonra
2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?			0.Hayır 1. Evet
3. Günüň hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?			
2. Sabah ilk içilen sigara			1. Diğer zaman içilen sigaralar
4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?			
4. 31 ve daha fazla	3. 21-30 adet	2. 11-20 adet	1. 10 ve daha az
5. Sabahları günüň diđer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?			0.Hayır 1. Evet
6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?			0.Hayır 1. Evet
Günde kaç adet sigara içiyorsunuz belirtiniz?			
Sigara bırakmayı denediniz mi?			0.Hayır 1. Evet
Bıraktığınız süre içinde sigara kullanmak için güçlü bir istek duydunuz mu?			0.Hayır 1. Evet
Sigarayı bıraktığınız süre içinde yoksunluk belirtileri yaŐadınız mı?			0.Hayır 1. Evet
Cevabınız Evet ise aşağıdaki belirtiden hangileri sizde görüldüyorsa işaretleyiniz			
Mide bulantısı	0.Hayır 1. Evet	Huzursuzluk	0.Hayır 1. Evet
Uykusuzluk	0.Hayır 1. Evet	Konsantrasyon bozukluğu	0.Hayır 1. Evet
Terleme	0.Hayır 1. Evet	Titreme	0.Hayır 1. Evet
Kaygı	0.Hayır 1. Evet	Çarpıntı	0.Hayır 1. Evet
Sigarayı bıraktıktan sonra sigara kullanan arkadaşlarınıza sigarayı bırakmaları hususunda davranışa yönelik uygulamalarınız oldu mu?			0.Hayır 1. Evet
Evet, ise GEDAB Sigara ile ilgili Akran eğitimi aldınız mı?			0.Hayır 1. Evet
Öğrendiğiniz hangi davranışa yönelik aynı ve/veya farklı sigara kullanımı ile ilgili kaç uygulama yaptınız?			

Bu uygulamalar nelerdir belirtiniz.

Bu uygulamalardan sigara kullanan kaç arkadaşınıza ulaŐtınız?

GEDAB ile birlikte, Ne kadar süredir sigara kullanan arkadaşlarınızın farkındalık ve sağlıklı yaşam davranıŐlarına yönlendirme uygulamalarını yürütüyorsunuz? Belirtiniz

Sigara konusunda farkındalık ve sağlıklı yaşam konusunda yürüttüğünüz bu uygulamalardan kazanımlarınız oldu mu? Evet, ise kazanımlarınızı örneklerle belirtiniz. Sosyal Ruhsal Fiziksel	0.Hayır	1. Evet
Sigara kullanımına yönelik hiç başlanmamasını sağlamak, kullanımını azaltmak, danışmanlık ve tedavi de gözlemediğiniz ve bu da olursa daha iyi etkili olur dediğiniz önerilerinizi belirtiniz?		

GEDAB'a sigara kullanan arkadaşını yönlendirdin mi? Evet, ise kaç kişi? Belirtiniz	0.Hayır	1. Evet
Sigarayı bırakmanızda/azaltmanızda rol model aldığınız bir kişi var mı? Evet, ise kim? gerekçesini belirterek yazınız	0.Hayır	1. Evet

Sigara konusunda genç erişkin modelinin bıraktırmada/azaltmada etkin olduğunu düşünüyor musun? Evet, ise gerekçesini belirterek yazınız	0.Hayır	1. Evet
--	---------	---------

Sigarayı bırakmayı denediniz mi? Evet, ise ne kadar süre ile bıraktınız? Belirtiniz	0.Hayır	1. Evet
--	---------	---------

Derse odaklanma da güçlük çekiyor musunuz?	0.Hayır	1. Evet
Düzenli kullandığımız ilaç var mı?	0.Hayır	1. Evet
Uykularınız düzenli mi?	0.Hayır	1. Evet
Sizce kilonuz normal mi? Beden algunuzdan (fiziksel görünüm) memnun musunuz? Hayır, ise gerekçesini belirtiniz?	0.Hayır	1. Evet

Ruhsal durum değerlendirilmesi; (DSM-5 Depresyon Kriterleri)		
Eğer aşağıdaki durumlardan en az 5 tanesi en az 2 haftadır yaşanıyorsa ve bu durumlar aile, okul, iş ve/veya arkadaşlık ilişkilerini olumsuz yönde etkiliyor mu?	0.Hayır	1. Evet
Hemen hemen her gün mutsuzluk, çökkünlük, karamsarlık, kederlilik hali	0. Yok	1. Var
Hemen hemen her gün ağlamaklı hissetme, gerginlik hali	0. Yok	1. Var
Hemen hemen tüm etkinliklere olan ilgide belirgin azalma hali	0. Yok	1. Var
Hayattan zevk alamama,	0. Yok	1. Var
Uyku sıkıntısı (uykusuzluk veya aşırı uyku) çekme,	0. Yok	1. Var
Kilo vermeye çalışmazken aşırı kilo verme veya kilo alma,	0. Yok	1. Var
Yeme isteğinde aşırı artma veya azalma,	0. Yok	1. Var
Sürekli olarak kendini güçsüz (enerjisiz) hissetme,	0. Yok	1. Var
Değersizlik hissi ve/veya aşırı suçluluk duyguları,	0. Yok	1. Var
Düşünmekte, bir şeye odaklanmakta güçlük çekme,	0. Yok	1. Var
Adet düzensizliği,	0. Yok	1. Var
Yapacağınız işleri sık sık erteleme hali,	0. Yok	1. Var
Tekrarlayan ölüm düşünceleri,	0. Yok	1. Var
İntihar planları ve/veya denemeleri	0. Yok	1. Var

Alternatif Plan Kartı 1

Zaman	Yer
Duygu Durumu/ Ruh hali	
Sigara içme yerine	yaptım

Alternatif Plan Kartı 2

Zaman	Yer
-------	-----

Duygu Durumu/ Ruh hali
Sigara içme yerine yaptım

Alternatif Plan Kartı 3
Zaman Yer
Duygu Durumu/ Ruh hali
Sigara içme yerine yaptım

Sigara Kullanımınızı ÖNLEME YOLLARI/ stratejilerinizden en az 4 tanesini belirleyip yazınız
1. 2.
3. 4.

Değişim Planı

Sigarayı bırakmak istememin en önemli nedenleri
1. 2.

Sigarayı bırakma (davranış değiştirme) amacım
1. 2.

Amaçlarımı başarmam için yapacaklarımın planı
Özel (spesifik) Aktiviteler;
Ne zaman?

Davranış değiştirmem esnasında bana yardımcı olacak kişiler ve nasıl yardım edecekleri
Kişi / Nasıl Yardım Edeceği

Davranış değiştirmemi engelleyecek bazı durumlar olabilir.
Değişim için olası engeller

Nasıl başa çıkacağım

Planın Başarılı/Başarısız olduğunu gösteren sonuçlar
1. 2.

Sigarayı bırakmak için değişim aşamalarının sınıflandırılması

1. Sigarayı bırakma ile ilgili aşağıda belirtilen ifadelerden hangi aşamada kendinizi görüyorsunuz?
 - a. Gelecek altı ay içinde sigarayı bırakmayı düşünmeme
 - b. Gelecek altı ay içinde sigarayı bırakmayı düşünme
 - c. Gelecek 30 gün içinde harekete geçmeyi düşünme
 - d. Davranış altı aydan daha kısa süre önce değiştirmiş olma
 - e. Davranış altı aydan daha uzun süre önce değiştirmiş olma
2. Son bir yılda en az 24 saat olmak şartıyla sigara bırakmayı kaç kez denediniz?
3. Ciddi şekilde sigara bırakmayı düşünüyor musunuz?
 - a. Evet, 30 gün içinde
 - b. Evet, 6 ay içinde
 - c. Hayır, bırakmayı düşünmüyorum

Sigara İçme; Karar Alma Ölçeği (Smoking: Decisional Balance Temptation)

Bu ifadeler "sizin sigara içmeniz ne kadar önemlidir?" Her soru için görüşünüze en uygun olan tek bir seçenek (X) işaretleyiniz. (1.Önemli değil 2.Az önemli 3. Önemli 4. Çok önemli 5. Aşırı önemli)

	1	2	3	4	5
1. Sigara içmek başka insanlar tarafından daha çok saygı görmeyi sağlar.					
2. Sigara kötü kokar.					
3. Sigara içen gençlerin daha fazla arkadaşı var.					
4. Sigara diğer insanların da sağlığını etkileyebilir.					

5.Sigara içmek insanın hayal kırıklıkları ile baş etmesine yardımcı olur.					
6.Sigara içme sağlığa zararlıdır.					
7.Sigara içmek zevklidir.					
8.Sigara dumanı diğer insanları rahatsız eder.					
9.Sigara içmek gerilimi azaltır.					
10.Sigara içmek kötü bir alışkanlıktır.					
11.Sigara içen gençlerin daha fazla sevgilileri var.					
12.Sigara dişleri sarartır.					

Öz Etkililik /yeterlilik Ölçeği (Smoking: Self-Efficacy Temptation)

“Sigara isteği uyandıran durumlarda sigara içmeden ne kadar durabilirsiniz?” karar veriniz. Her soru için tek bir seçenek (X) işaretleyiniz.

1.Hiç duramam 2.Çoğu zaman duramam 3. Biraz durabilirim 4. Çoğu zaman durabilirim 5. Hiç içmeden durabilirim

	1	2	3	4	5
1.Birine ya da bir şeye çok kızgın olduğum zaman, içmeden;					
2.Arkadaşım sigara ikram ettiği zaman, sigara içmeden;					
3.Neşeli olduğum zaman;					
4.Kilo almaktan korktuğum zaman;					
5.İşler istediğim gibi gitmediği ve hayal kırıklığına uğradığım zaman;					
6.Sigarayı reddetmek zor olduğunda;					
7.Bir süredir sigara içmediğimi fark ettiğimde;					
8.Kilo vermek istediğimde;					

Sigara içme; Teşvik edici durumlar ölçeği (Smoking; Self Efficacy Temptation)

“Sigara içme isteği uyandıran durumlarda sigara içmeden ne kadar durabilirsiniz?” karar veriniz. Her soru için tek bir seçenek (X) işaretleyiniz.

1.Hiçbir arttırmaz 2.Çok arttırmaz 3. Biraz artırır. 4. Çok artırır 5. Aşırı derecede artırır

	1	2	3	4	5
1.Birilerine ya da bir şeye çok kızgın olduğum zaman					
2.Sigara ikram ettiği zaman					
3.Neşeli olduğum zaman					
4.Kilo almaktan korktuğum zaman					
5.İşler istediğim gibi					
6.Sigarayı reddetmek zor olduğunda					
7.Bir süredir sigara içmediğimi fark ettiğimde					
8.Kilo vermek istediğimde					

Sigara içme davranış değiştirme süreci ölçeği (Smokers, Process Definition)

“Yaşamınızda ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz karar veriniz. Verdiğiniz karara uygun olan her soru için tek bir seçenek (X) işaretleyiniz. (1.Hiçbir zaman 2.Nadiren 3. Ara sıra 4. Çoğunlukla 5. Her zaman)

	1	2	3	4	5
1.İçimden sigara içmek geldiğinde başka bir konu düşünürüm.					
2.Sigara bırakma konusunda okuduklarımı hatırlarım					
3.Sigaranın yol açtığı hastalıkları okuduğum ya da duyduğum zaman üzülürüm					
4.Sigara içmenin çevreye zararlı olduğunu düşünürüm					
5.Sigara içmem konusunda konuşmaya ihtiyaç duyduğum her zaman beni dinleyecek birileri vardır.					
6.Sigara içmezsem daha çok arkadaşım olacağını düşünürüm.					
7.Sigara içen gençlerden uzak dururum.					
8. Sigara içmeyeceğime dair kendime söz veririm.					
9. İnsanların sigara içmeyenlere kolaylık sağlayacak şekilde değiştiğini değerlendiriyorum.					
10. Sigara içtiğim için kendim ile ilgili hayal kırıklığı yaşıyorum.					
11. Keşke sigara içmeye başlamamış olsaydım.					
12. Sigara içmek yerine başka şeyler yaparım.					
13. Sigarayı bırakma yolları hakkında okuduğum bilgileri anımsarım.					
14. Sigaranın sağlığa zararları konusundaki uyarılar keyfimi kaçırır.					
15. Sigara içmenin havayı kirlettiğini düşünmem.					
16. Sigara içmem konusunda sorunlarım olduğunda desteğini alabileceğim birileri vardır.					
17. Sigara içmediğim zaman daha popüler olacağımı düşünürüm.					
18.Bana sigarayı hatırlatan ortamlardan uzak dururum.					
19. Yeterince çaba sarf edersem sigaraya ihtiyacım olmayacağını söylüyorum					
20.Birçok gencin sigara içmemeyi tercih ettiğini gözlüyorum.					
21. Sigara içtiğimi düşününce üzülüyorum					
22.Keşke sigarayı bırakabilseydim.					

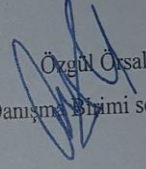
12.Etik İzin ve kurum izni
Kurum izni

21.06.2018

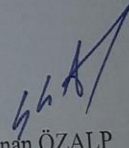
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Rektörlüğü'ne,

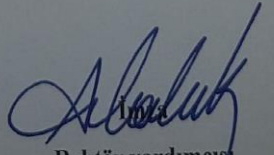
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Gençlik Danışma Birimi sorumlu hemşiresi olarak görev yapmaktayım. Aynı zamanda Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programında Yüksek Lisans tez aşamasındayım. Doç. Dr.Ayşe Ergün danışmanlığında planladığım "Gençlik Danışma Birimine Başvuran Üniversite Öğrencilerinin Sigara Bırakma Durumunu Etkileyen Faktörler ve Akran Eğitiminin Etkisi: Retrospektif Bir Değerlendirme" başlıklı tez önerim kapsamında Gençlik Danışma Birimi'nden hizmet alan öğrencilerin kayıtlarından yararlanmak için izninizi ve gereğini arz ederim.

Saygılarımla.


Özgül Örsal
Gençlik Danışma Birimi sorumlusu hemşiresi


Doç. Dr. AYŞE ERGÜN
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı
Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı


Prof. Dr. S. Sinan ÖZALP
Gençlik Danışma Birimi
Kurucu Öğretim Üyesi


Rektör yardımcısı
Prof. Dr. Ahmet ÇABUK

Etik kurul onayı



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2018.495
	PROJE ADI	Gençlik Danışma Birimine Başvuran Üniversite Öğrencilerinin Sigara Bırakma Durumunu Etkileyen Faktörler Ve Akran Eğitiminin Etkisi: Retrospektif Bir Değerlendirme
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Doç. Dr. Ayşe ERGÜN

KARAR BİLGİLERİ	Tarih	13.07.2018
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılmalar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.	

ÜYELER					
Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeligi	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİREKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof. Dr. Şefik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Atilla KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç. Dr. Elib KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	

11.ÖZGEÇMİŞ

1. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı / Soyadı:	Özgül ÖRSAL
Doğum Tarihi / Yeri:	18.04.1975 / Eskişehir
Halen Görevi:	Gençlik Danışma Birimi Sorumlu Hemşire, Danışmanı ve Koordinatörü
2004-.....	Türkiye’de Gençlik Danışma Birimi Akran Eğitimci Eğitimi Koordinatörlüğünü yürütmektedir.
E-Mail:	o.orsal222@hotmail.com

2. EĞİTİM

Yılı	Derecesi	Üniversite	Öğrenim Alanı
Sosyal Bilimler			
2007	Lisans	Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi	Kamu Yönetimi
2014	Yüksek Lisans	Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü	İşletme
2019	Doktora / Tez aşaması	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü	İşletme /Yönetim Organizasyon
Sağlık Bilimler			
2012	Lisans	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelik
2019	Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Hemşirelik / Halk Sağlığı Hemşireliği

3. AKADEMİK DENEYİM

Görev/ Dönem	Ünvan	Bölüm	Üniversite
2012 - 2013	Öğr. Elm.	2012-2013 Eğitim-öğretim döneminde Yaşlı bakımı bölümünde Güz dönemi “yaratıcı drama”, Bahar dönemi çocuk gelişimi 2 de “eğitimde drama” dersleri	Anadolu Üniversitesi Yunus Emre Meslek Yüksek Okulu
2003-.....	Uzman	Üniversitemizin 1. Sınıflarına “Sağlıklı Yaşam Bilincinin Geliştirilmesi” konusunda sınıf eğitimleri	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi -ESOGÜ
2004-.....	Eğitmen Eğitimcisi	*Haklar / savunuculuk *Toplumsal Eşitsizlikler *Sağlıklı Yaşam Bilinci Geliştirme *Sağlık Okuryazarlığı *CS/ÜSCYBE*Liderlik*Kişisel Gelişim	ESOGÜ Akran Eğitimci Eğitimi
2012-.....	Öğr. Elm	Halk Sağlığı Hemşireliğinde Okul sağlığı uyg.	ESOGÜ
4. Yabancı dil		Okuduğunu anlama	Konuşma
İngilizce		Orta	Orta
ÇALIŞMA ALANLARI; Gençler, Danışmanlık, Yönetim			

5.PROJELER

Proje Yürütücüsü;

- 1- Introduction of Model Youth RH Services at Selected Universities Project, 8 Üniversite, Sağlık Bakanlığı, UNFPA, ICC, 2002-2005,
- 2- Youth Peer Education Project, UNFPA, 2004-2007
- 3- Akran eğitiminin standartlarının oluşturulması projesi, UNFPA, 2005-2007,
- 4- Uluslararası Y-PEER (Genç Akran Eğitimi) Türkiye ağının güçlendirilmesi projesi, UNFPA, 2005-2007
- 5- Uluslararası Gençliğe yönelik politikalarda işbirliği protokollüyle Gençlik Çalışmalarında Toplumsal Cinsiyet projesi, Almanya-Türkiye, 2006-2007
- 6- Sağlık Okuryazarlığı projesi, UNFPA – Toplum Gönüllüleri Vakfı, 2010-2012.
- 7- Türkiye HIV/AIDS Önleme ve Destek Projesi, Türkiye Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2008-2010
- 8- HIV/AIDS test ve İleri Düzey Danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesi Projesi, Türkiye Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009-2011
- 9-Ülkemizdeki Kadın Popülasyonundaki Menstrual Siklus Özelliklerinin Araştırılması ve Dismenore Sıklığının Belirlenmesi projesi, Hacettepe Üniversitesi, Omega, 2012-2013
- 10- Kadın Sağlığı Eğitim Programı Projesi, Türkiye Aile Planlaması Vakfı (TAPV), ESOĞÜ Kadın Araştırma ve Uygulama Merkezinin (ESKAM), 2013-....

Proje Yöneticisi;

- 1- Getup, stand up for your health Project, dili İngilizce olan 6 ülkeden 40 öğrenci katılımlı 10 gün süren proje, AB, 2011

6. SON BEŞ YILDAKİ ÖNEMLİ YAYINLAR

- Orsal, O., Duru, P., Orsal, O., Tırpan, K., & Çulhacı, A (2019). Analysis of the relationship among health awareness and health literacy, patient satisfaction levels with primary care in patients admitting to primary care health centers. Patient education and counseling. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.09.006>
- Orsal, O., (2018), Osmangazi Üniversitesi Gençlik Danışma Birimi Örneği, Uluslararası Güvenli Okullar Çalışan Sağlığı ve İş Sağlığı Güvenliği Sempozyumu Kitabı, Halk Sağlığı Bakışıyla Güvenli Okullar, Çalışan Sağlığı ve İş Güvenliği. Sözlü Sunum, Tam Makale, s, 162-166. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Basımevi. Bolu. ISBN: 978-975-321-051-5
- Orsal, O., Orsal, O., Duru, P., Ünsal, A., Barlas, N. (2017). Evaluation of the factors associated with burnout of nurses working at a state hospital in Turkey. *Nursing Practice Today*. 4(1):21-34.
- Orsal, O., Karadağ, E. (2016). Kişilik özellikleri ve liderlik davranışları ilişkisi: İşletme öğrencileri üzerine bir araştırma. *PressAcademia Procedia*. 2 : 320-330.
- Ozalp, S. S., Orsal, O., Orsal, O., (2013). Evaluation of the sexual and reproductive health problems of University students attending to the youth friendly center and the importance of counseling. *HealthMed*. 7(1):41-46.
- Orsal, O., Orsal, O., Ünsal, A., Ozalp, S. S. (2013). Evaluation of internet addiction and depression among University students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 82(3):445-454.