



T. C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE  
SİGARA BIRAKMADA MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN  
ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hamide EROL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Fatma EKER

İKİNCİ DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Leyla YILMAZ AYDIN

Düzce 2013

T. C.  
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE  
SİGARA BIRAKMADA MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN  
ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hamide EROL  
YÜKSEK LİSANS TEZİ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. Fatma EKER  
İKİNCİ DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. Leyla YILMAZ AYDIN

Düzce 2013


## KABUL VE ONAY

**Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan  
“Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sigara Bırakmada Motivasyonel Görüşmenin  
Etkinliğinin Değerlendirilmesi”**

adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

**Tarihi:** 18 / 07 / 2013


### TEZ SINAV JÜRİSİ

  
Prof. Dr. Ali Nihat ANNAKKAYA  
Düzce Üniversitesi

**Başkan**

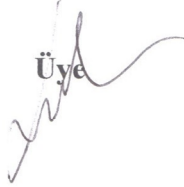
  
Doç. Dr. Adnan ÖZÇETİN  
Düzce Üniversitesi

**Üye**

  
Yrd. Doç. Dr. Nuriye YILDIRIM  
Düzce Üniversitesi

**Üye**

Yrd. Doç. Dr. Leyla YILMAZ AYDIN  
Düzce Üniversitesi

  
**Üye**

Yrd. Doç. Dr. Fatma EKER  
Düzce Üniversitesi

  
**Üye**

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun 24 / 07 / 2013 tarih ve 41 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

  
Yrd. Doç. Dr. Falat BAHÇEBAŞI  
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla 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 olmadığı beyan ederim.

02.08.2013

Hamide EROL



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren, katkı ve manevi desteğini esirgemeyen tez danışmanım değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Fatma Eker'e

Tez hazırlama süresince bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren, katkı ve manevi desteğini esirgemeyen tez danışmanım değerli hocam Yrd. Doç. Leyla Yılmaz Aydın'a

Her zaman desteğini gördüğüm, beraber olmaktan mutluluk duyduğum değerli dostlarım Seda Öner, Nazmiye Uğur, Hasret Kutupoğlu İnce, Özge Kapısız, Elif İlhan Tatar ve Hazel Mortaş'a

Araştırmanın her aşamasında destekleri ifade edilemeyecek kadar çok olan, beni gönülden destekleyen anneme ve aileme

Uzun süren çalışmalarım sırasında, hoşgörü ve sabrını hiç esirgemeyen ve bu süreçte sigarayı bırakma çabası ile çalışmalarımı destekleyen sevgili eşim Osman Erol'a

**Teşekkür ederim.**

**Hamide EROL**

**Düzce – 2013**

# İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR.....	v
ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ.....	vi
1. GİRİŞ.....	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2.Araştırmanın Amacı.....	6
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2. 1. Sigaranın Epidemiyolojisi.....	7
2.2. Sigara ve İlişkili Hastalıklar.....	9
2.2.1. Sigaranın solunum sistemine etkisi.....	9
2.2.2. Sigaranın dolaşım sistemine etkisi.....	11
2.3. Sigara Bağımlılığı.....	13
2.3.1. Psikososyal nedenler.....	13
2.3.2. Farmakolojik nedenler.....	16
2.4. Nikotin Yoksunluğu.....	17
2.4.1. DSMIV nikotin yoksunluğu kriterleri.....	17
2.5. Sigara Bağımlılığının Tedavisi.....	18
2.5.1. Sigara bağımlılığının psikososyal tedavisi.....	19
2.6. Trans Teoretik Model (Trans Theoretical Model-TTM) .....	19
2.6.1.Değişimin Aşamaları.....	20
2.6.1.1. Düşünme öncesi aşama ( Precontemplation) .....	20
2.6.1.2. Düşünme aşaması (Contemplation) .....	20
2.6.1.3. Hazırlık aşaması (Preparation) .....	21
2.6.1.4. Eylem aşaması (Action).....	21
2.6.1.5. Sürdürme aşaması (Maintenance).....	21

2.6.2. Değişim Süreci.....	22
2.6.2.1. Bilişsel Süreçler.....	22
2.6.2.2. Davranışsal Süreçler.....	23
2.6.2.3. Değişimin Seviyeleri.....	23
2.7. Motivasyonel Görüşme.....	25
2.8. Hemşireliğin Sigara Bırakmadaki Rolü.....	28
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Şekli.....	30
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	30
3.4. Araştırmaya Katılma Kriterleri.....	30
3.5. Veri Toplama Araçları.....	31
3.5.1. Hasta Bilgi ve Rıza Formu.....	31
3.5.2. Hasta Sosyodemografik Özellikler ve Sigara İçme Öyküsünün Belirlenmesi Veri Formu.....	31
3.5.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) .....	31
3.5.4. Değişim Aşaması Değerlendirme Formu.....	31
3.5.5. Karbonmonoksit (CO) Düzeyi Ölçümü.....	33
3.5.6. Karar Verme Dengesi Ölçeği.....	33
3.5.7. Genel Motivasyonlar Testi.....	35
3.5.8. Yarı-yapılandırılmış Motivasyonel Görüşme Formatı.....	35
3.6. Araştırmanın Uygulama Basamakları.....	35
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	36
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	36
3.10. ARAŞTIRMANIN AKIŞ ŞEMASI.....	37

4. BULGULAR.....	38
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
6.1. Sonuçlar.....	54
6.2. Öneriler.....	55
7. KAYNAKLAR.....	57
8. EKLER.....	73
EK 1: HASTA BİLGİ VE RIZA FORMU.....	73
EK 2: Hastaların Sosyodemografik Özellikler Ve Sigara İçme Öyküsünün Belirlenmesi Veri Formu.....	74
EK 3: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi.....	75
EK 4: Değişimin Aşamasını Değerlendirme Formu.....	76
EK 5: CO Ölçüm Çizelgesi.....	77
EK 7: Karar Verme Dengesi Ölçeği.....	78
EK 7: Genel Motivasyonlar Testi.....	79
EK 8: Görüşme Formu.....	80
EK 9. Birinci Görüşmenin Yarı Yapılandırılmış Formatı.....	81
EK 10. İkinci Görüşmenin Yarı Yapılandırılmış Formatı.....	84
EK 11. Üçüncü Görüşmenin Yarı Yapılandırılmış Formatı.....	85
EK 12. Araştırma Etik Onayı.....	86
ÖZGEÇMİŞ.....	87



## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>FDA</b>	Amerikan İlaç Dairesi
<b>MG</b>	Motivasyonel görüşme
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>KVH</b>	Kardiyovasküler Hastalıklar
<b>KOAH</b>	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
<b>FDA</b>	Amerikan İlaç Dairesi
<b>TTM</b>	Transteoretik Model
<b>NRT</b>	Nikotin Replasman Tedavisi
<b>FNBT</b>	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
<b>CO</b>	Karbonmonoksit
<b>ANOVA</b>	Tek Yönlü Varyans Analizi
<b>KAH</b>	Koroner Arter Hastalığı
<b>MG</b>	Motivasyonel Görüşme
<b>FNBT</b>	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

## ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ

Şekil 1. Sigara içme davranış değişimi aşama sorularının yorumlanma algoritması....	32
Tablo 3.5.6.1. Karar Verme Dengesi Ölçeği Madde Toplam Puan Korelasyonları ve Cronbach Alpha Değeri.....	34
3.9. Araştırmanın Akış Şeması.....	37
Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=51).....	38
Tablo 4.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlığına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=51).....	39
Tablo 4.3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sigara İçme Özelliklerinin İlişkin Dağılımı (n: 51).....	40
Tablo 4.4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sigarayı Bırakmak İçin Kullandıkları Motivasyonel Gerekçelerin Ortalamaları.....	41
Tablo 4.5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sigarayı bırakmaya ilişkin düşünce ve deneyimleri .....	42
Tablo 4.6. Araştırmaya Katılan Bireylerin Müdahale Süresince Değişim Aşamalarına Göre Dağılımı (n:51).....	42
Tablo 4.7. Araştırmaya Katılan Bireylerin Program Boyunca Değişim Aşamalarındaki Durumları (n:51).....	43
Tablo 4.8. Araştırmaya Katılan Bireylerin Motivasyonel Görüşme Sonrası Birinci, Üçüncü ve Altıncı Aylarda Sigarayı Bırakma Durumları (n:51).....	44
Tablo 4.9. Araştırmaya Katılan Bireylerin Motivasyonel Görüşme Öncesi Değişim Aşamalarına Göre Müdahale Sonrasında Sigarayı Bırakma Durumları (n:51).....	44
Tablo 4.10. Araştırmaya Katılan Bireylerin Motivasyonel Görüşme Öncesi ve 1 Ay Sonrası Karar Verme Dengesi Alt Ölçek ve Genel Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.11. Araştırmaya Katılan Bireylerin Motivasyonel Görüşme Öncesi ve 3 Ay Sonrası Karar Verme Dengesi Alt Ölçek ve Genel Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:51).....	46

## ÖZET

### KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE SİGARA BIRAKMADA MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hamide EROL

Yüksek Lisans Bitirme Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı Yrd. Doç. Dr. Fatma EKER, Yrd. Doç. Dr. Leyla YILMAZ AYDIN

Temmuz 2013, 87 sayfa

Bu çalışma, sigara bırakma aşamalarına odaklı motivasyonel görüşmelerle kronik hastalığı olan bireylerde sigara bıraktırmak amacıyla yapılan bir eylem araştırması olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini ve örneklemini Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesine başvurup doktor tarafından tanı konulmuş en az bir tane kronik hastalığa sahip ve yine günde en az bir tane sigara içen 51 (16 kadın, 35 erkek) birey oluşturdu. Görüşmeler, bireylerle yüz yüze (başlangıç, 1 ay sonrası, 3 ay sonrası) ve telefonla arama (6 ay sonrası) şeklinde dört seanstan oluşmuştur. Araştırmanın verileri Sosyodemografik Bilgi Formu, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Değişimin Aşamasını Değerlendirme Formu, CO ölçümü, Genel Motivasyonel Ölçeği, Karar Dengesi Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır. Toplanan veriler SPSS veri tabanında yüzdeler ki-kare ve t testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin sigarayı bırakmak için en çok kullandıkları motivasyonel gerekçelerinin “Bırakırsam kendimi daha çok seveceğim”  $\pm$ SS 3.54 $\pm$ 1.02, “Yakın olduğum insanlar eğer bırakmazsam üzülecek” 3.52 $\pm$ 1.06, “Sigaranın ömrümü kısaltacağından endişe ediyorum” 3.50 $\pm$ 0.98 şeklinde belirttikleri saptanmıştır. Müdahaleden 3 ay sonrasında bireylerin değişim aşamalarında ilerleme göstererek %7.8’inin düşünme, %58.8’inin hazırlık, %33.3’ünün eylem aşamasında olduğu belirlenmiştir. Müdahalenin 6. ayında bireylerin %31.4’ünün sigarayı bıraktığı; %25.5’inin ise aşamada ilerleme kaydettiği bulunmuştur. Müdahalenin 3. ayında araştırmaya katılan bireylerin sigara karar verme dengesinde sigara içmenin algılanan yarar puan ortalaması başlangıçta 36.2 $\pm$ 8.73 iken, müdahale sonunda 31.6 $\pm$ 9.02’ye düştüğü saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda sigara kullanan kronik hastalığa sahip bireyler için sigara bırakma polikliniklerinde ve tedavi gördükleri servislerde bireylerin sigara kullanım davranışını değiştirme konusunda motivasyonlarını arttırmak ve bırakmalarına yardımcı olmak için sağlık personeli tarafından motivasyonel görüşme uygulanması önerildi.

**Anahtar Kelimeler:** Sigara bağımlılığı, sigara bırakma, kronik hastalık, motivasyonel görüşme, davranış değişim aşamaları.

## ABSTRACT

### ASSESSMENT IN EFFICACY OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING FOR SMOKING CESSATION ON PATIENTS WITH CHRONIC DISEASE

Hamide EROL

Master's Thesis, Department of Nursing

Assist. Prof. Fatma EKER, Assist. Prof. Leyla YILMAZ AYDIN

July 2013, 87 pages

This study was conducted as an action study in order to make individuals with chronic disease stop smoking by applying motivational interviews based on smoking cessation stages. The population and sample of the study consisted of 51 (16 female, 35 male) individuals applying Düzce University Research and Training Hospital, being diagnosed by a doctor with at least one chronic disease and smoking at least one cigarette. Interviews occurred as four sessions with the individuals; by face to face (beginning, 1 month later, 3 months later) and by making a phone call (6 months later). The data of the study were gathered by using Socio-demographic Information Form, Fagerström Nicotine Addiction Test, Evaluation of Change of Stage Form, Co Measurement, General Motivational Scale, Decision Equilibrium Scale. The data being obtained were evaluated on SPSS data base by using percentages Chi-square and t test. It was found that the individuals in the study mostly used these expressions in smoking cessation as motivational justifications: “If I stop smoking, I will like myself more”  $\pm$ SS  $3.54 \pm 1.02$ , “People who I’m closely related with will be upset if I do not stop smoking”  $3.52 \pm 1.06$ , “I’m worried about cigarette’s shortening my life”  $3.50 \pm 0.98$ . After 3 months from the intervention, it was identified that the individuals showed progress in change stages by 7.8 % of the individuals were at the thinking stage, 58.8% of them were at the preparation stage, and 33.3% of them were at action stage. It was found that in the 6th month of the intervention, 31.4% of the individuals quit smoking and 25.5% of them made progress in the stage. Cigarette decision equilibrium of the individuals participating in the study within third month of the intervention showed that while at the beginning perceived benefit point average of smoking was  $36.2 \pm 8.73$ , after the intervention it decreased to  $31.6 \pm 9.02$ .

With respect to the findings obtained from the study, it was suggested that medical personnel should apply motivational interview to the smoking individuals with chronic disease in the smoking cessation polyclinics and the services which they were being treated in order to increase their motivation in making their cigarette use behavior change and help them stop smoking.

**Keywords:** Smoking dependent, smoking cessation, chronic disease, motivational interviewing, behavioral stage of change.

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyada ve ülkemizde yaygınlığının giderek artması nedeniyle pek çok tıbbi, sosyal, ekonomik ve yasal sorunlara neden olan sigara bağımlılığı günümüzde önemli bir sağlık sorunu haline almıştır<sup>1,2,5</sup>. Sigara dünyada en yaygın önlenebilir ölüm nedeni olup her sekiz saniyede bir kişi sigaraya bağlı gelişen bir hastalıktan hayatını kaybetmektedir<sup>3,4</sup>. Bu nedenle sigara ile mücadele, günümüz tıbbının en önemli konularından biri durumuna gelmiştir. Bu mücadele kapsamında öncelik sigaraya başlama oranlarını azaltmaya yönelik stratejiler geliştirmek olmakla beraber, içenlerin sigarayı bırakması için tedavi yöntemi geliştirme çabaları da sürmektedir.

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) verilerine göre de dünyada her yıl 4 milyon kişi sigaraya bağlı bir hastalıktan dolayı vaktinden erken ölmektedir ve 2030 yılına ulaşıldığında bu sayının yılda 10 milyona çıkması beklenmektedir<sup>6</sup>. 2020’li yıllarda dünyada sigaraya bağlı olan ölümlerin %70’nin gelişmekte olan ülkelerde olacağı hesaplanmaktadır<sup>6</sup>. Çünkü sigara tüketimi sadece gelişmiş ülkelerde azalırken, gelişmekte olan ülkelere devam etmektedir.

Sigara içen kişilerde görülen erken ölümlerin nedenlerine bakıldığında ise karşımıza; kardiyovasküler hastalıklar (KVH), kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) başta olmak üzere solunum sistemi hastalıkları ve kanser vakaları çıkmaktadır<sup>7,8,9</sup>. Sigara direkt ölümle sonlanmayan yaklaşık 50 kadar kronik hastalıkla ilişkilidir<sup>10</sup>. Sigara içimi tüm kronik akciğer hastalıklarının %80’inden, kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerin de üçte birinden sorumlu bulunmuştur<sup>11</sup>.

Sigara kullanımının ortaya çıkardığı risklere rağmen bireylerin sigara içmeye devam etmeleri “bağımlılık” sorunuyla açıklanabilir. Sigara tüm dünyada yasal olarak kullanılabilen en önemli bağımlılık maddesidir. Sigara içmeyi bir kez deneyen her dört kişiden üçünün sigara tiryakisi olması, sigaranın bağımlılık yapma gücünün önemli bir göstergesidir<sup>12</sup>. Bu bağımlılığın nedeni de sigaranın içinde bulunan nikotindir. Nikotin, duyu durumunu değiştiren ve rahatlatıcı etkisi olan, kokain ve morfin ölçüsünde bağımlılık yapan, beyindeki nikotinik reseptörleri uyaran, psikoaktif bir maddedir<sup>13</sup>. Sigara bağımlılığı farklı şekillerde tanımlanmakla birlikte DSÖ’nün tanımına göre,

yaşamı boyunca 100 tanenin üzerinde sigara içmiş ve her gün düzenli olarak en az bir tane sigara içen kişi “sigara bağımlısı” olarak kabul edilmektedir<sup>14</sup>.

Başka bir tanımda da sigara bağımlılığı; tütün kullanımına bağlı belirgin sorunlar yaşanmasına karşın devam ettirilen tütün kullanma davranışıyla birlikte bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtileri içeren bir psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanmıştır<sup>12,15</sup>. Temininin kolay, kullanımının yasal olması ve eroin, alkol esrar gibi madde bağımlılıkları için geçiş maddesi olması nedeniyle sigara bağımlılığı en sık görülen ve en önemli madde bağımlılığı tipidir<sup>15,16,17</sup>.

Sigara içimi ve bağımlılığı DSÖ, Amerikan Psikiyatri Birliği, Amerikan İlaç Dairesi (FDA) gibi dünya sağlık otoriteleri tarafından bir hastalık olarak sınıflandırılmıştır. Bu nedenle sigara bağımlıları da diğer hastalıklarda olduğu gibi tedavi edilmesi gereken hastalar arasında ele alınmalıdır.

Sigara bağımlılığını azaltmaya yönelik çalışmalar önleme ve tedavi olmak üzere iki alanda yürütülmektedir. Önleme çalışmalarında henüz sigara bağımlısı olmamış ancak risk altında olan gruplar hedef alınmaktadır. Sigaraya başlamayı önleme çalışmalarında, özellikle ergenler ve daha küçük yaş grupları için okullarda ve diğer sosyal kuruluşlarda sigaranın zararlarına yönelik eğitimler verilmektedir. Sigara bağımlıları için yürütülen tedavi ve bırakma çalışmalarında ise nikotin bağımlılığını azaltmak için farmakolojik yöntemler kullanılmakta, sağlık eğitimleri ve psikolojik bağımlılığa yönelik psikososyal içerikli yardım çalışmaları yapılmaktadır<sup>18,19</sup>.

Günümüzde sigara bağımlılığının tedavisi için ilaçla tedavi ve psikolojik yöntemler geliştirilmiştir. Sigara bağımlılarının çoğu sigara bırakmayı düşünse de nikotinin bağımlılık yapıcı özelliği nedeniyle bu düşüncesini uygulamaya geçirenlerin sayısının oldukça az olduğu ve bu nedenle sigara bırakma müdahalelerine gereksinim duyulduğu bildirilmektedir<sup>18,19</sup>.

Tüm dünyada 21. Yüzyılda toplumların sağlığını koruma ve geliştirme odaklı yürütülen sağlık hizmetleri kapsamında, öncelikli olarak gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere, son on yıldır hemşireler sigara bırakma ve önleme programında görev almaktadırlar. Bu programlarda hemşireler riskli gruplara (gebeler, adölesanlar, kronik hastalar) bilgilendirme ve danışmanlık yaparak, planlı hemşirelik girişimleri ile başarılı sonuçlar elde etmektedirler<sup>20,21</sup>. Yine İngiltere’de bir süredir uygulanan bir programda ise

sigarayı bırakmak isteyen kişiler bırakma konusunda kurs görmüş ve gerekli eğitimleri almış hemşireler tarafından izlenmektedir<sup>22</sup>.

DSÖ, sigara kontrolüne yönelik çalışmaların planlanmasıyla ilgili olarak hemşire grubunun aktif rol alması ve hemşirelerin sigara içme alışkanlıklarının sürekli izlenmesi gerektiğini bildirmiştir<sup>23</sup>. Sağlık hizmetinde bakım, koruma, sağlık eğitimi verme, tedavi, danışmanlık yapma ve rehabilite etme gibi önemli görevleri olan hemşireler, sigara bağımlılığını önlemede kilit bir role sahiptirler<sup>24,25</sup>.

Sigara bırakmak uzun dönemli çaba sarf etmeyi gerektiren önemli bir süreçtir. Sigara bırakanların sayısı giderek sigara içenlerin sayısını geçmektedir. Sigara bırakmak bireysel bir tercih olduğundan sigara bırakma kararı, bir başkasının değil kişinin kendi kararı olduğunda daha başarılı sonuçlar elde edilmektedir. Sigara bırakma girişimlerinin başarılı ve uygulanacak programların etkili olmasında bireylerin hazır ve motivasyonlarının yüksek olması çok önemlidir. Sigara bırakma süreci; bırakma kararı alma, hazırlanma, eyleme geçme, sigaradan uzak durma ve bunu sürdürme, zaman zaman nükslerle ve arkasından yine bırakma süreci ile devam eden bir çember gibidir<sup>26,27</sup>.

Tütün bağımlılığının patogeneğinde diğer bağımlılıklarda olduğu gibi 3 boyuttan söz edilebilir. Bunlar, psikolojik, davranışsal ve nörobiyolojik boyuttur. Sigara bırakma tedavilerinde bu üç boyutun eşit oranda dikkate alınması ve gerekli girişimlerin yapılması önemlidir. Aksi takdirde kalıcı olarak sigaranın bırakılması zorlaşmaktadır. Davranış ve psikolojik boyutlarına davranışçı ve bilişsel yöntemlerle müdahale edilir. Bu yöntemler motivasyonel görüşme tekniği ile uygulanır<sup>28</sup>. Bağımlılık alanındaki çalışmalardan ortaya çıkan ve pek çok çalışma ile etkinliği gösterilen Motivasyonel Görüşme, Miller tarafından yapılan tanımıyla; danışanların ambivilansı keşfedip çözümlmelerine yardımcı olarak davranış değişikliğini sağlamak için kullanılan direktif ve danışan merkezli bir yaklaşımdır<sup>29</sup>. Davranış değişimi için motivasyonu inşa etmede dizayn edilen karar dengesi motivasyonel görüşmede danışanlara değişim hakkındaki ambivilanslarını keşfetmeleri ve çözümlerine yardımcı olmak için kullanılan bir araçtır<sup>30</sup>.

Miller ve Rollinck'e göre (2002) motivasyonel görüşmenin altında beş anahtar prensip vardır. İlki, bireyin şimdiki endişe\ilgi ve problemlerine odaklanır. İkincisi, değişim için ambivilansı çözen ve kişiyi motive eden bir yolla danışanın konuşmasına seçici tepkileri

içerir. Üçüncüsü, bir seri teknikten ziyade bir iletişim yöntemidir. Dördüncüsü, değişim için içsel motivasyona odaklanır. Beşincisi, bu yaklaşımla, değişim kişinin, kendi değerlerine bağlı olarak ortaya çıkar<sup>29</sup>.

Günümüzde, davranış değiştirme çalışmalarında birçok meslekte olduğu gibi hemşirelikte de teorilere dayalı çalışmaların öne çıktığı görülmektedir. Son zamanlarda bu teoriler arasında Transteoretik Model (TTM)'in diğer teorilere göre başarısının daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır<sup>31,32</sup>. Özellikle TTM'nin sigara bırakma konusundaki kısa süreli etkilerinin önemli farklar yarattığı ifade edilmektedir<sup>33</sup>. Davranış değiştirme sürecinde bireyi, değişime hazıroluşluk düzeylerine göre ele alması ve bire bir danışmanlığa izin vererek kişiselleştirilmiş ihtiyaçlar üzerinden hareket etmesi modelin başarısını artıran faktörler arasındadır. Ayrıca TTM sağlığı koruma, geliştirme perspektifine uygun, maliyet-etkin bir modeldir. Bu nedenle bu çalışmada, TTM'nin ve modelin ana unsuru olan motivasyonel görüşmelerin, sigara içen kronik hastalığa sahip bireylerle klinik ortamda yapılarak uygulanmasına karar verilmiştir.

Bu araştırmada; Türkiye'de özellikle yoğun sigara tüketiminin yol açtığı, erken ölümlere neden olan, kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kronik hastalıklara sahip Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesine başvuran bireylere yönelik hemşirelik girişimlerinin etkililiği Teorilerüstü Model temelinde değerlendirilerek, motivasyonel görüşme ile sigaranın azaltılması ya da bırakılması yönünde olumlu davranış geliştirilmeye çalışılacaktır.

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma ile motivasyonel görüşmenin kronik hastalığa sahip bireylerde sigara bırakma durumlarına etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2. 1. Sigaranın Epidemiyolojisi

Sigara içme, uzun yıllardan beri zevk verici bir alışkanlık olarak toplumda kabul görmüş ancak, sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin ortaya çıkmaya başlaması ile dikkat çekmeye başlamıştır. Ülkemizin de içinde bulunduğu coğrafya, dünya tütün tüketiminde birinci sırayı almaktadır. Dünyada her yıl 4 milyon insanın tütün ölümüne neden olan sigara kullanımı, yaşı 15' in üzerinde olan 1,2 milyar kişi ( her üç erişkinden biri ) tarafından kullanılıyor olup, bunların % 80 'i orta ve az gelişmiş ile gelişmekte olan ülkelere dendir<sup>34</sup>. Sigara tüketimi gelişmiş ülkelerde azalırken, gelişmekte olan ülkelerde artmaya devam etmektedir.

Sigara, her 8 saniyede bir kişinin ölümüne sebep olmaktadır. Dünya sağlık örgütünün verilerine göre her yıl 4 milyon kişi sigaraya bağlı bir hastalıktan dolayı vaktinden erken ölmektedir. 2020 yılına ulaşıldığında bu sayının yılda 10 milyona çıkması beklenmektedir ve bu ölümlerin % 70 'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı hesaplanmaktadır<sup>35,36</sup>. Tütünün, farmakolojik olarak aktif, zehirli ve kanserojen bir madde olduğu bilimsel bir gerçektir. Kullanmak veya pasif olarak dumanına maruz kalmak ölüme, hastalıklara ve sakatlıklara neden olmaktadır<sup>37</sup>. Sigara içme oranlarının bugünkü seviyelerde devam etmesi durumunda önümüzdeki 30 yıl içinde sigara nedenli ölümlerin, AIDS, trafik kazaları, tüberküloz, anne ölümleri ve intiharlardan daha fazla olacağı tahmin edilmektedir<sup>38</sup>.

1960'lı yıllarda tütün bütün Avrupa ve Asya'ya yayılmıştır. Hem Avrupa ülkelerinde hem de Amerika'da 1930–1960 döneminde yapılan çalışmalar sigara ile akciğer kanseri, kronik bronşit ve kalp damar hastalıkları arasında nedensel ilişkiyi ortaya koymuştur. Sigara kullanımının yaygın olduğu ülkelerde akciğer kanserlerinin %80-90'ından, kronik bronşit ve amfizeme bağlı ölümlerin %75-90'ından, koroner kalp hastalığına bağlı ölümlerin %25-30'undan sigaranın sorumlu olduğu düşünülmektedir. Bunun sonucu olarak 1960'lı yıllarda sigara karşıtı faaliyetler başlamış ve hız kazanmıştır<sup>39, 40</sup>.

Sigara içme sıklığı sosyoekonomik durum, eğitim, ırk, yaşanan bölge gibi faktörlerle ilişkili olarak değişiklikler göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde sigaraya başlama yaşı 12-16'dır<sup>41</sup>. Her gün dünyada 80.000- 100.000 gencin sigara bağımlısı olduğu bildirilmektedir<sup>34</sup>. Sigara tüm toplumlar için önemli bir sağlık sorunu olup, 15 yaş

üzerindeki insanların 1,2 milyarı tarafından kullanılmakta ve bunların %80'i gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelerde bulunmaktadır<sup>34</sup>. 1999'da yapılan bir çalışmada, gelişmiş ülkelerde 13–15 yaşları arasındaki gençlerde sigara içme oranının %10–33 arasında olduğu tespit edilmiştir<sup>42</sup>. Ayrıca günümüzde erişkin sigara içicilerinin %80'inden fazlasının sigaraya 18 yaşından önce başladığı görülmüştür<sup>43,44</sup>. Erkeklerde içicilik, gelişmiş ülkelerde %35, gelişmekte olan ülkelerde %50, kadınlarda içicilik ise gelişmiş ülkelerde %24, gelişmekte olan ülkelerde %7 düzeyindedir<sup>45</sup>.

Ülkemizde ise farklı çalışmalarda gençlerde ortalama sigara başlama yaşları 11–18 yaş arası bulunmuştur<sup>46</sup>. 1988'de yapılan bir çalışmaya göre 15 yaş üzeri sigara içme prevalansı %43'tür (erkeklerin % 63'ü, kadınların %24'ü). 2002 yılında yayınlanan bir çalışmada ise, ülkemizde 20 yaş üzeri popülasyonda erkeklerde % 50,9, kadınlarda %10,9 içicilik saptanmıştır<sup>47</sup>. DSÖ 2006 yılı verilerine göre Türkiye'de 18 yaş ve üstündekilerde sigara içme oranı %33,4 iken, bu oran kadınlarda %16,6, erkeklerde %50,6'yı bulmaktadır. Ülkemizde gençlerde yapılan prevalans çalışmalarında ortaokul ve lise öğrencilerinde %10-43, üniversite öğrencilerinde %21,2-48,2 içicilik saptanmıştır<sup>48</sup>. Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 1990'dan beri yürütülen TEKHARF çalışmasına göre ise erişkin erkeklerin %59,4 'ü , kadınların %18,9 'u sigara içicisidir. 2000 yılındaki taramalarında erkeklerde sigara içme prevalansı %11 azalmışken özellikle genç kadınlarda artış olduğu bildirilmektedir<sup>49,50</sup>. Ülkemizde yapılan bölgesel çalışmalarda ise değişik sigara içme oranları saptanmıştır. Doğu Karadeniz'de yapılan bir sigara prevalans çalışmasında günde en az bir sigara içme kadınlarda %18,3, erkeklerde %50,7 bulunmuş, kadınların %69,7'si, erkeklerin ise %27,9'u yaşamlarında hiç sigara içmediklerini belirtmiştir<sup>51</sup>. Her yıl sigara içenlerin %70'i bırakmayı düşünmekte, 1/3'ü de bırakmayı denemektedirler. Fakat kendi başına deneyenlerin %98'i sonraki bir yıl içinde yeniden sigaraya başlamaktadır<sup>52</sup>.

Ülkemizin de içinde bulunduğu Doğu Avrupa Bölgesi halen dünyada tütüne bağlı yıllık ölümlerin %25 'inden sorumludur ve 2020 yılında bu bölgedeki erişkin erkekler dünyada erken ölüm riski en yüksek grup olarak öngörülmektedir<sup>50</sup>.

Dünya Sağlık Örgütü, 21. yüzyılda herkes için sağlık kapsamında “Sağlık 21” sloganı ile 12. hedef olarak tütün, alkol ve bağımlılık yapan maddeleri ele almıştır. Üye ülkelerin tümünde 2015 yılına kadar tütün, alkol ve bağımlılık yapan maddelerin sağlık üzerinde olumsuz etkilerinin azaltılması gerektiği öngörülmektedir. Özellikle tüm ülkelerde sigara içmeyenlerin oranının, on beş yaş üzerinde en az %80, on beş yaş

altında % 100'e yakın olması gerektiği ifade edilmektedir. İnsanların bu yüzyıl içerisinde sağlık durumunu düzeltmek için yapabileceği en büyük gelişme toplumda sigara içme yaygınlığının azaltılmasıdır. Kontrol programlarındaki gecikme her yıl bir milyon gencin sigarayla tanışmasına, dört yüz binden fazla erişkinin erken yaşta hayatını kaybetmesine neden olmaktadır<sup>53</sup>.

## **2.2. Sigara ve İlişkili Hastalıklar**

Tütün kullanımı tek başına en büyük önlenemez ölüm nedenidir. Sigara içimi Avrupa'da en önemli ikinci risk faktörüdür ve fakir ülkelerde ve dezavantajlı sosyoekonomik gruplarda büyümeye devam etmektedir. Tütün kullanıcılarının yarısı tütünle ilişkili bir hastalıktan ölecektir<sup>54</sup>. Sigara içenler içmeyenlere göre daha fazla hastalanırlar. Sigara içen kişiler bir takım akut ve kronik hastalıktan dolayı daha fazla günlük aktivite kaybı ve daha fazla yatarak gün geçirirler<sup>55</sup>.

Sigara dumanı içinde bazıları farmakolojik olarak aktif, antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik olan 4,000'den fazla madde içerir. Ana akım dumanın %92-95'i gaz fazındadır ve 1 mL'de 0.3–3.3 milyar partikül içerir. Ortalama partikül çapı 0.2-0.5mm'dir yani solunabilir düzeydedir<sup>56</sup>.

Sigara direkt ölümlerle sonlanmayan yaklaşık 50 kadar kronik hastalıkla ilişkilidir<sup>57</sup>. Sigara akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve periferik aterosklerozun (damar hastalığı) ana nedenidir. Kalp-damar ve beyin-damar hastalıklarının ise başlıca nedenlerindedir. Sigara 20'ye yakın ölümcül hastalıkla ilişkilidir. Yakın zamanlarda elde edilen kanıtlar kadınların sigaradan daha fazla zarar görme olasılıkları olduğunu göstermektedir. Sigara içimi tüm kronik akciğer hastalıklarının %80'inden, kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerin de üçte birinden sorumlu bulunmuştur<sup>57</sup>.

### **2.2.1. Sigaranın solunum sistemine etkisi**

Sigara alt solunum yollarının hemen her yerinde patofizyolojik değişikliklere yol açmaktadır. Sigara içenlerde birçok solunum fonksiyon bozukluğu geliştiği saptanmıştır. Sigara içimi KOAH için esas risk faktörüdür. KOAH ve sigara arasında doğrudan doz-yanıt ilişkisi vardır<sup>58</sup>. Sigara içenlerin %10-15'inde klinik olarak belirgin hava akım kısıtlanması ortaya çıkar. Diğer çalışmalarda KOAH hastalarında "sağlıklı" içicilere göre bırakma oranlarının daha düşük bildirilmesi, KOAH hastalarında sigara

bırakmaya karşı daha fazla engel olduğunu ve hastaları ikna etmek için çok daha fazla çalışılması gerektiğini düşündürmektedir<sup>59,60</sup>.

İspanyolların yapmış olduğu bir çalışmada KOAH'lı sigara içicilerin sağlıklı sigara içicilere göre daha fazla sigara tükettiği, ekshale ettikleri havanın CO düzeyinin daha yüksek olduğu ve daha ağır nikotin bağımlısı olduklarını göstermiştir<sup>61</sup>.

Sigarayı bırakmak için en güçlü ve en sık karşılaşılan motive edici unsur sağlıkla ilişkili endişelerdir. Sigara içenlerin yaşı ilerledikçe sigarayı bırakmak için motivasyonları artmaktadır ya da en azından daha sık bırakma girişimi ile kendisini göstermektedir<sup>62,63</sup>. Solunum yakınması olan sigara içiciler olmayanlara göre sigarayı bırakmak konusunda daha motive görünmektedir, özellikle sigaranın solunum semptomlarına neden olduğuna inanıyorlarsa<sup>62,64,65</sup>. Sigara içenler içinde bir kısmı bırakmayı başarabilmekte ve sigara içen nüfustan ayrılmaktadır, ancak çoğunluk başarısız olmaktadır. Semptomlar kötüleştikçe terk etmeyi tekrar deneyebilirler. Solunum sistemi hastalarının bir aşamada bırakma önerilerine karşı, özellikle aynı girişim ve tedaviler tekrar tekrar öneriliyorsa “tolerans” geliştirme olasılıkları da vardır. Bu seçim hipotezi daha ciddi akciğer hastalıklarında sigarayı bırakmanın daha zor olduğunu varsaymaktadır. Örneğin; KOAH'ın ileri evrelerinde yaşam kalitesi oldukça düşmektedir ve sigara içen hasta yaşam kalitesinden geriye kalan birkaç şey arasında sigarayı da saymaktadır. Ayrıca nikotin bağımlılığı nedeniyle rölaps ve remisyonlarla giden sigara bırakma başarısı, KOAH ve astım olgularında ne yazık istenen düzeylerde değildir<sup>66,67</sup>.

1964'teki “Surgeon General” raporu ilk kez resmi olarak, sigara içiminin akciğer kanseri ile nedensel ilişkisini bildirmiştir. Yapılan çalışmalarda da inkar edilemeyecek şekilde sigaranın akciğer kanserinin tüm histolojik tipleri (epidermoid, küçük hücreli, büyük hücreli ve adenokarsinom) için hem erkekte, hem kadında başlıca neden olduğu kanıtlanmıştır. Akciğer kanseri en sık görülen kanser türlerindedir; tüm dünyada yıllık 1.3 milyon ölümlerle en sık öldüren kanserdir ve başlıca sağlık sorunlarından birisi olmaya devam etmektedir<sup>68</sup>. 1991'de ABD'de 161.000 akciğer kanseri olgusu, 143.000 akciğer kanseri ölümü saptanmıştır<sup>68</sup>.

Epidemiyolojik çalışmalar sigara ile birçok kanser türünün (örneğin, ağız boşluğu, larinks, özofagus, mesane, böbrek, pankreas, mide ve serviks) ilişkili olduğunu göstermektedir<sup>69</sup>. Genellikle bu bölgelerde kanser gelişme riski akciğer kanseri riskinden daha azdır. Belirgin olarak sigara içenlerde sigara ile ilişkili bir kanser ortaya çıktığında

ikincil bir sigara ile ilişkili kanser çıkma riski daha fazladır. Sigara içimi mesleki akciğer hastalığı gelişme riskini arttırabilir ve mevcut işle ilişkili akciğer hastalığını tetikleyebilirler<sup>70</sup>.

### 2.2.2. Sigaranın dolaşım sistemine etkisi

Birçok prospektif çalışma hem kadın hem erkek sigara içicilerinde miyokard enfarktusu, tekrarlayıcı kalp atakları, koroner arter hastalığına (KAH) bağlı ani ölüm risklerinin daha fazla olduğunu göstermektedir<sup>69,71,72</sup>. Sigara içenlerde KAH insidansı 2-4 kat fazladır. KAH'dan ölüm riski günde içilen sigara, inhalasyon derinliği, sigaraya başlama yaşı ve içilen yıl sayısı ile ilişkilidir. Ayrıca sigara, KAH'nın hiperkolesterolemi ve diyabet gibi diğer risk faktörlerini de büyük oranda etkilemektedir<sup>69,71,73</sup>. Kalp krizi geçirip sonrasında sigara kullanmanın bırakılmasıyla kalp krizin tekrarlanma olasılığının azaldığı ve birçok çalışmada sigara bırakmanın kalp krizini azalttığını gösterilmiş<sup>74</sup>.

Periferik damar hastalığı alt ekstremitenin atero sklerotik hastalığın bir göstergesidir<sup>75</sup>. Literatür de PAD için majör risk faktörlerin den birinin sigara olduğu bildirilmektedir.

Kronik hastalığı olan ve Koroner anjioplasti işlemi uygulanan hastalarla yapılan çalışmalarda taburculuktan sonra sigarayı bırakma gibi yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamada güçlük çektikleri ve psikososyal sorunlar yaşadıkları bildirilmektedir<sup>76,77,78</sup>. Kardiyovasküler hastalığa sahip orta ve yaşlı bireylerde, bir yılın sonunda sigara bırakma oranı %20-70 arasındadır. Bu konuda, relaps oranı yüksek olduğundan ABD Kamu Sağlığı Hizmetleri Yönergesi, Tütün Kullanımı ve Bağımlılığı Tedavi, merkezi tekrarlanan müdahale gerektiren kronik bir durum olarak tütün bağımlılığı sınıflandırmasına almışlardır. Güçlü hekim tavsiyesi, yatak başında davranışsal danışmanlık, nikotin replasman tedavisi ve taburcu olduktan sonra hemşirelerin tarafından gerçekleştirilen telefonla takip gibi çok bileşenli programların kardiyovasküler hastalarda sigarayı bırakmada oldukça etkili olduğu gösterilmiştir<sup>73</sup>.

Endotel fonksiyon bozukluğu ile ilişkisi olan sigara, başta hipertansiyon olmak üzere endotel disfonksiyonu nedeniyle gelişen vasküler hastalıklar için önemli bir neden olarak karşımıza çıkmaktadır<sup>79</sup>. Sigara kullanmanın vasküler endotele zarar verdiği ve endotelisel hasarında aterosklerozun gelişmesinde birinci sebep olduğu gösterilmiştir. Sigara Koroner spazmda da majör bir risk faktörüdür. Sigara lipoprotein yapısını da bozmaktadır. Aşırı kolesterol birikimi endotel hücrelerinde kolesterol birikiminin

artmasına ve aterom plağının büyümesine yol açmaktadır. Ayrıca kronik sigara kullananlarda, serum düşük dansiteli lipoproteinlerin (LDL), yüksek dansiteli lipoproteinlere göre (HDL), daha yüksek olduğu görülmüştür. Artan yağ asitleri damar duvarındaki metabolik faaliyeti etkilemekte ve aritmilere yol açmaktadır<sup>80,81</sup>.

Sigara içimi adrenerjik sinir uçlarından nikotine bağlı nörepinefrin salınımına yol açarak kan basıncını yükseltir. Hipertansiyon tedavi klavuzları kan basıncını kontrol altına alabilmek için, kişinin hayat kalitesindeki en önemli değişikliğin sigaranın bırakılması ile sağlanacağını önermektedir<sup>82</sup>.

Mide ve duodenum ülserleri sigara içenlerde içmeyenlerden 2 kat daha fazladır. Sigara içimi yüzde erken yaşta kırışıklıklar oluşması, kadınlarda osteoporoz, erkeklerde seksüel disfonksiyonla ilişkilidir. Miyastenia Graves Hastalığı, katarakt, makuler dejenerasyon, dejeneratif disk hastalığı, uyku bozuklukları ve depresyonla ilişkili olabilir<sup>71</sup>.

Sigara içenlerde hem romatoid artrit, hem romatoid akciğer tutulumu riski artmıştır. Sigara içicilerin katarakt riski ve yaşla ilişkili makuler hasar riski artmıştır. Anksiyete (huzursuzluk) bozuklukları, bulimia (psikojenik aşırı yeme ve kusma), depresyon, dikkat azlığı bozuklukları ve alkolizm görülen kadınlarda sigara içme oranları daha fazla bulunmaktadır. Bu bozukluklarla sigaranın ilişkisi araştırılmaktadır. Son 20 yılda yapılan araştırmalar sigaranın daha fazla cilt kırışıklıklarına neden olduğu ve içenlerin daha az etkileyici ve daha yaşlı görünmelerine yol açtığını kanıtlamıştır<sup>69</sup>.

Sigara içmek, vücudun insülin salgılama yeteneğini zamanla yok ederek, şeker hastalığının da oluşmasına yol açar<sup>83</sup>. Petersen ve McGuire'nin (2005), yetişkin kişilerin 15 yıl süresince izlemlerinde, glukoz intolerans insidansı ile sigara dumanına maruz kalma arasında güçlü bir ilişki bulmuşlardır<sup>84</sup>.

Bir diyabet hemşiresinin bir yıllık diyabetli hastalarla yapmış olduğu özel sağlık hizmetlerinde bir müdahale programı uygulayarak önemli sayıda (19/47, % 40) şeker hastasının sigarayı bırakmasına yardımcı olabileceğini göstermiştir<sup>85</sup>.

Taşkın; diyabet hastalarının tedaviye uyumunu etkileyen faktörler ile ilgili çalışmasında hastalıklarının nedenlerine ilişkin en önemli faktör olan stresin özellikle erkek hastalar için sigara kullanımının da nedenleri arasında gösterilmiştir<sup>86</sup>.

Türkiye Sağlık Bakanlığı'nın 08.02.2007 tarihli bildirisine göre sigara ayrıca yemek borusu, boyun, pankreas, mesane, böbrek, mide ve kan kanserine yol açmaktadır.

Bununla beraber sigara peptik ülser, kronik bronşit, astım, reflü, erken menapoz, diş eti iltihabı, kemik erimesi ve katarakt hastalıklarına zemin hazırlamaktadır<sup>87</sup>. Türkiye’de yaşayan yaklaşık iki milyon koroner kalp hastasının yılda yüz otuz bini hayatını kaybetmektedir; bu ölümleri ana risk faktörü sigaradır<sup>87</sup>. Sigara dumanında bulunan bazı maddeler karaciğer enzim sistemlerini harekete geçirerek ilaç metabolizmalarını da olumsuz etkiler. Örneğin, KOAH’ da sık kullanılan teofilinlerin yarılanma ömrü sigara içicilerde %50 kısalmaktadır. Antiaritmikler, steroidler, antikoagülanlar, insülin gibi ilaçların metabolizmaları da etkilenerek, kronik hastalıkların tedavileri sigara içimi ile zorlaşmaktadır<sup>88</sup>.

### **2.3. Sigara Bağımlılığı**

Sigara içme davranışı geleneksel olarak nikotin bağımlılığı ya da öğrenilen, alışkanlık haline gelen bir rutin olarak değerlendirilmiştir. Yeni veriler, bu olayda psikoloji ile biyolojinin çok da birbirinden bağımsız olmadığını ortaya koymaktadır. Konuyu daha derinden anlayabilmemizde üç temel kavram bize yardımcı olacaktır. Birincisi, nikotinin beyindeki etkisi beyne taşınma hızı ile ilişkilidir, bu, taşınma yolunun da nikotinin uyarıcı etkisine de katkıda bulunmaktadır. İkincisi, nikotin normal duysal girdi yollarını bypass ederek, organizmanın en temel varolma güdülerini doğrudan etkiler, davranışsal karar vermeyi etkilemede ağrı ve açlıktan çok daha kuvvetli etki gösterir. Sonuç olarak, nikotine maruz kalmanın beyinde uzun-süreli yapısal ve işlevsel değişikliklere neden olduğu, dolayısıyla sigara içmenin yaşam boyu tekrarlama riski taşıyan bir maruziyet olduğu düşünülmelidir<sup>89</sup>.

1988 yılında ABD Sağlık Bakanlığı “Nikotin Bağımlılığı” başlıklı bir rapor yayımladı. Sigaranın bağımlılık yaptığı, nikotinin sigara içindeki bağımlılık yapıcı uyuşturucu madde olduğu ve sigara bağımlılığının eroin ve kokain gibi bağımlılık yapıcı uyuşturucularla gelişen bağımlılığa benzerliği varılan ana sonuçlardır<sup>62</sup>. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (International Classification of Diseases, ICD-10) da sigara içmek “zihinsel ve davranışsal bozukluklar” başlığı altında F17, sigara kullanımına bağlı zihinsel ve davranışsal bozukluk olarak sınıflandırılmıştır<sup>62</sup>.

#### **2.3.1. Psikososyal nedenler**

Psikoanalitik yaklaşım sigara içme davranışını oral bir saplantı olarak ele alırken, davranışçı yaklaşımlar pekiştireçler yoluyla öğrenildiğini ileri sürmektedirler. Bir

zamanlar toplum tarafından tamamen kabul edilir olan sigara içme davranışını etkileyen sosyal ve psikolojik etmenler; bazen çocukluk ve genellikle ergenlik döneminde ebeveyni taklit amacıyla yapılan denemelerin süreklilik kazanması, arkadaşlardan kaynaklanan sosyal baskı, yetişkin otoritesine (Aile, okul, toplum) başkaldırıya dönüşen bağımsızlık ihtiyacı ve büyüme işareti sayılması, farklı ve yabancı ortamlarda sosyal etkileşim işlevi, strese karşı rahatlatıcı olarak algılanmasıdır<sup>90</sup>. Sosyal yaşantının kişiler üzerindeki baskısı yaşama koşullarının gün geçtikçe zorlaşması, kişilerin özel ve duygusal sorunları, sağlıksız bir çözüm yolu olmasına karşın onları, keyif verici maddeleri kullanmaya itmektir. Bugün toplumda en fazla kullanılan keyif verici maddeler ise sigara ve alkoldür. Sigara alışkanlığı hemen hemen toplumun bütününe ilgilendiren bir davranış kalıbı haline gelmiştir. Diğer alışkanlıklar (Alkol-Uyuşturucu madde-ilaç v.b) gibi kendisi bir hastalık olmayıp; hastalığı beraberinde taşıyan bir davranış biçimi olarak düşünülebilir<sup>91,92</sup>.

Alışkanlık göstermeye hazır kişilik özelliklerine sahip olanlar içinde yaşadığı sosyal çevrenin etki ve baskısı ile yine sosyal çevre koşullarında kolayca alışabilmektir. Sigara da bu alışkanlıklardan biridir. Sigara alışkanlığı da; kişilik, ortam ve sigara üçlüsünden oluşmaktadır. Gelişmiş ülkelerde, özellikle iyi geliştirilmiş sigara karşıtı kampanyalar, politikalara sahip olan ülkelerde sigara kullanma sosyoekonomik durum ile yakından ilişkilidir ve yoksullar, yarı vasıflı el işçileri, işsizler, iyi eğitim olanağı bulunmayanlar ve bekâr anneler arasında daha sıklıdır. Sosyal gruplar arasındaki bu ayrım daha da belirginleşmektedir<sup>93</sup>. Kadınlarda sigarayı bırakma oranları erkeklere göre daha düşük, yeniden başlama oranları da daha yüksektir. Sigaranın bırakılmasıyla ilişkili kilo alma olasılığı kadınları bu konuda çaba göstermekten ve/veya çabalarını sürdürmekten vazgeçirebilir<sup>94</sup>.

İnsanların neden sigara içtiğiyle ilgili bugüne kadar ileri sürülen dört teori vardır; Birinci teoride; bazı araştırmacılar bunun diğer madde bağımlılıkları ile eşdeğer bir bağımlılık olduğunu söylerken, diğerleri ise daha dikkatli davranarak bunun alışkanlık ya da öğrenilmiş bir davranış olduğundan bahseder ve alışkanlık haline getiren madde olarak nikotini suçlamaktadırlar. İkinci teoride; sigara içmenin çocukluktan beri bilinçaltında yatan ve rasyonel bir seçenek haline dönüştürülemeyen isteklere bağlı olduğuna dayandırılır. Üçüncü teoride; sigara içmenin özellikle düşük benlik kontrollü kişilik yapısına sahip bireylerin heyecan ve yenilik arayışı içinde ortaya çıkardıkları bir davranış olduğunu ileri sürülür. Son teori ise bunun bir seçim olduğunu ve sigara



içenlerin bilinçli olarak sigaranın yarar ve zararlarını tarttığı ve bu konularda objektif olarak yanlış olsalar bile buna uygun davrandıkları ya da davranmaya çalıştıklarına dayanır<sup>95</sup>.

Yetişkinlerdeki sigara kullanma alışkanlığını yaratan nedenlerin daha fazla olduğu saptanmıştır. Yetişkinler sözlü olmayan iletişim için sıkıntılı anların giderilmesi, kendini daha iyi hissetmek ve sonuç olarak stresin azaltılması için sigarayı, bazen uyarıcı, bazen yatıştırıcı olarak kullanılmaktadır. Söz konusu konum için tek geçerli kriter; sigara içindeki nikotindir. Nikotinin farmakolojik olarak yarattığı geçici canlılık, insan organizmasında bir seri psikolojik ve psiko farmakolojik refleksler yaratır<sup>96,97</sup>.

Sigara kullanma davranışının psikolojik ve sosyolojik etkileri miktar ve kalite açısından kişiden kişiye değişebilir. Sigara alışkanlığı gösterenlerin kişilik yapılarında, duygusal olgunlaşmada gerilik, devamlı huzursuzluk, toplumda gerçek ilişki kurmada zorluk, sorumluluk yüklenmekten kaçış, bilinç dışı komplekslerin dürtülerine karşı aşırı duyarlılık, toplum içinde yalnız kalma isteği ya da korkusu gibi psiko dinamik faktörlerin bir veya birkaçı rol oynamaktadır. Bütün bunlar dikkate alındığında sigara içmesinin çatışmaları veya güçlükleri çözümlendiği fark edilir. Kadınların sosyal ve ekonomik hayattaki rolleri değiştikçe sigara kullanma oranları da yükselmektedir. Ayrıca kitle iletişim araçları da sigaraya teşvik yönünden etkili olmuştur<sup>97,98</sup>.

Dikkat performansında ilerleme olduğunu hisseden kişi bu durumu sigara içmesine atfeder ve sigaranın performansını arttırdığını düşünür. Böylelikle dikkatinin dağıldığı her durumda sigara içmek ister.

Yoksunluk sırasında zihinsel ve duygulanıma bağlı fonksiyonların olumsuz etkilenmesi özellikle yoğun iş hayatı olan ve başarı oryantasyonlu insanlar için çok kolay farkedilir ve tolere edilemez.

Bu durumda sigara içmek, performansı oldukça ani ve olumlu etkilediğinden bu gibi kimselerde sigara alışkanlığı çok kuvvetli derecelere ulaşır ve dirençlidir. Kuvvetli alışkanlığı olan kişilerin kendilerine gelen tepkileri “Herşeyden vazgeçerim sigaradan geçemem” gibi ifadelerle karşılama, hayatlarında oldukça önemsedikleri durumlarda sigaradan başka başa çıkma yolu bulamadıklarına bağlı olabilir<sup>99</sup>.

### 2.3.2. Farmakolojik nedenler

Psikososyal nedenlerle başlanan sigaranın bağımlılık haline geçişinde tütün içindeki nikotinin farmakolojik etkilerinin önemli katkısı olduğu savunulmaktadır. Nikotin beyindeki özgül nikotinic asetilkolin reseptörleri üzerinde etki eder ve nikotinin akut ödüllendirici etkisinden sorumlu olduğu düşünülen dopamin salınımını uyarır. Kronik sigara tüketimi ile nikotin reseptörlerinde upregülasyon gerçekleşir<sup>62</sup>. Sigarayla alınan nikotin arteriel dolaşımdan hemen emilmekte ve MSS'ne 15 saniyede ulaşmaktadır. Davranışsal ve kardiyolojik etkiler birkaç dakikada açığa çıkar. Nikotin karaciğerde yıkıma uğrar ve yarı ömrü 2 saattir<sup>100</sup>. Bir sigara içildikten sonra plazma nikotin seviyesi hızlıca yükselerek yaklaşık 1mg/ml oranına ulaşılır, bunu takiben dolaşımdaki katekolaminlerin düzeyinde de artış olur. Sigara içimi bittikten sonra ise hem nikotin hem norepinefrin seviyesi hızla düşer<sup>100</sup>.

Nikotin insan beyinde zona kompakta, substantia nigra, ventral tegmental bölgedeki dopaminerjik hücrelerin ateşlenmesini arttırmaktadır<sup>101,102</sup>. Bu alandaki etkiler nikotinin emosyonlar üzerindeki etkilerini açıklar<sup>103</sup>. Nikotinin mezolimbik sistemi aktive etmesinin bağımlılıkla ilişkili olduğu ileri sürülmüştür, bilindiği gibi bu merkez ödül mekanizmaları içinde yer almaktadır<sup>100,104</sup>. Ödüllendirme etkileri sigara için olumlu pekiştirme sağlarken, sigarayı kestikten birkaç saat sonra başlayan ve 4 haftaya kadar süren yoksunluk semptomları ise olumsuz pekiştirmeye neden olmaktadır<sup>100</sup>.

Nikotinin locus sereleustaki norepinefrin düzeylerinde yaptığı değişiklik sempatik tonusun ayarlanmasını sağlamakta ve böylece seçici dikkat ve konsantrasyon üzerinde etkili olmaktadır. Nikotin MSS'de asetil kolin salınmasını arttırarak bellek ve işlevsel performansı etkilemekte<sup>102</sup>. Ayrıca santral dopamin kullanımını arttırma yoluyla "haz" almayı arttırmaktadır. Norepinefrin ve beta endorfinlerdeki artışın da bu etkinin oluşmasında rol oynayabileceği düşünülmektedir. Beta endorfinler vagal refleksleri potansiyelize ederek solunum hızında, kan basıncında ve anksiyetede azalmaya yol açarlar<sup>105</sup>.

Nikotinin farmakolojik etkileri alınan sigara dumanının niteliksel ve niceliksel özelliklerine bağlıdır. Maddeyi kullanmanın farmakolojik nedenleri duygu durumu veya işlevsellik üzerine yaptığı pozitif etkiler olabilir. Keyif verme, uyanıklığı arttırma ve gevşemeyi sağlama sigaranın pozitif etkileridir. Ayrıca pek çok kişi anksiyete ve stres

gibi rahatsız edici durumlardan kurtulmayı, açlık duygusunun azalmasını ve nikotin kesilme belirtilerinin ortaya çıkmamasını da sigaranın pozitif etkileri arasında sayar<sup>105</sup>.

Sigara bağımlılığı nikotinin farmakolojik etkilerinin yanında, öğrenilmiş veya şartlanılmış davranışlar, kişilik yapısı ve sosyal etkilerle de ilişkilidir. Alınan maddenin pekiştirici farmakolojik etkilerinin belli duygu durumu veya çevresel faktörlerle ilişkilendirilmesi şartlanmadır. Örneğin, pek çok insan sigarayı belli durumlarda (yemek sonrası, çayla, alkolle beraber) içer. Şartlanma mekanizmasının sigara bağımlılığında önemli olduğu düşünülmektedir<sup>106</sup>.

## **2.4. Nikotin Yoksunluğu**

Sigarayı bırakma sonrası ortaya çıkan belirtileri inceleyen pek çok çalışma yapılmıştır; ortaya çıkan yoksunluk belirtileri çoğunda aynıdır. Bunlar arasında sigara arama davranışı, iritabilite, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk, bradikardi, sabırsızlık, somatik yakınmalar, insomni, açlık hissinde ve yemek yemede artışa bağlı kilo alma vardır. Semptomların ortaya çıkmasında bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, sosyal ve ekonomik düzeyinin herhangi bir rolü olmadığı saptanmıştır<sup>107,108</sup>.

Yoksunluk belirtileri sigara bırakmayı takip eden 1-3. günlerde en şiddetli düzeye ulaşır, 3-4.haftalarda sonlanır. Ancak sigara içicilerinin %40'ında 4 haftadan daha uzun sürdüğü bildirilmiştir. Sigara içmek için şiddetli istek duyma ve kilo alımı gibi yakınmalar 6 ay veya daha uzun süre devam edebilmektedir<sup>109</sup>. Majör depresyon ya da anksiyete bozukluğu olanlarda yoksunluk belirtileri daha şiddetli olur. Özellikle majör depresyon öyküsü bulunanlarda sigara bırakılmasının neden olduğu depresif belirtiler belirgindir<sup>100</sup>.

### **2.4.1. DSMIV nikotin yoksunluğu kriterleri**

**A.** En az birkaç hafta süreyle her gün nikotin kullanılması

**B.** Nikotin kullanımının birden bırakılmasının ya da kullanılan nikotin miktarının azaltılmasının ardından 24 saat içinde aşağıdaki bulgulardan dördünün (yada daha fazlasının) ortaya çıkması:

1. Disforik ya da depresif duygu durumu
2. İnsomnia

3. İrritabilite, sinirlenme ya da öfkelenme
4. Anksiyete
5. Düşüncelerini yoğunlaştıramama
6. Huzursuzluk
7. Kalp hızında azalma
8. İştah artması ya da kilo alma

C. B tanı ölçütündeki semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yada toplumsal, mesleki alanlarda yada önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar genel tıbbi bir duruma bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz<sup>110</sup>.

## **2.5. Sigara Bağımlılığının Tedavisi**

Sigara bağımlılığı kronik bir hastalığa benzetilmektedir. Bu nedenle de sigarayı bırakmak basit ve kısa bir müdahaleden çok, uzun süreli bir tedaviyi gerektirmektedir. Nikotin bağımlılığını destekleyen karmaşık fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler nedeniyle pek çok içici bağımlılıkla baş etmekte zorluk çeker. Sigara bağımlılığının tedavisinde biyolojik, psikolojik ve davranışsal faktörlerin birleştirilerek ele alındığı geniş tedavi yaklaşımları önerilmektedir<sup>111</sup>. Sigaranın bırakılmasında yararı gösterilmiş iki yaklaşım vardır. Bunlar davranış tedavisi ile motivasyondan oluşan destek tedavisi ve farmakoterapidir (4,5). En iyi sonuçlar her iki yaklaşımın birlikte kullanılmasıyla elde edilmektedir<sup>111,112</sup>.

İlaç tedavisi tütün bağımlılığı ve geri çekilmesinin tedavisinde etkin bir yaklaşım olabilir böylece yoksunluk sendromunda da başarıda önemlidir. Yapılan klinik çalışmalardan elde edilen sonuçlar tütün bağımlılığını tedavide belirgin etkinliğini göstermektedir. Davranışsal tedavilere ek olarak değişik farmakolojik yaklaşımlar da bu amaç için kullanılmaktadır. Sigarayı bırakmaya çalışanlar için üç tip farmakoterapi mevcuttur: nikotin replasman tedavisi (NRT), antidepresan olan bupropion (Zyban) ve nikotinik parsiyel agonist olan vareniklin (Avrupa Birliği ve Kanada'da Champix, ABD'de Chantix)<sup>111,113</sup>.

### **2.5.1. Sigara bağımlılığının psikososyal tedavisi**

Sigara bağımlılığı çok etkenli bir sorun olması nedeniyle ilaç tedavilerinin yanı sıra psikososyal yaklaşımlarla da ele alınmaktadır. Sigara bağımlılığının psikososyal tedavisinde ele alınan yaklaşımlarda, bağımlılık davranışıyla bilişsel, davranışsal ve sosyal başa çıkma, bilişsel yapılanma, özyeterlilik, problem çözme ve sosyal destek gibi konular ele alınmaktadır. Özellikle sigara bırakmaya yönelik özyeterlilik inançlarının geliştirilmesi, sigarayı bırakma çalışmalarında sık kullanılan psikososyal yaklaşımlardan birisidir<sup>114,115</sup>.

Sigara bırakma müdahalelerini içeren psikososyal programlar bazı kuramlardan ve modellerden temel alarak geliştirilmektedir. Bu kuramsal temel Bilişsel Davranışçı yaklaşımlar, Değişim teorisi, Sosyal öğrenme teorileri, Sağlık İnanç Modeli ve Trans Teorik Model'i içermektedir<sup>116</sup>. Bu modeller arasında son dönemde özellikle Transteorik Model (TTM), klinik uygulamalarda kendine yer bulmaya başlamıştır.

### **2.6. Trans Teoretik Model (Trans Theoretical Model-TTM)**

Transteoretik Model (TTM), sosyal öğrenme teorilerine dayalı olarak 1982 yılında James Prochaska ve Carlo Diclemente tarafından geliştirilmiştir ve zaman içinde yapılan çalışmalarla revize edilmiştir. Bu model, bireyin isteyerek davranış değişikliğini gerçekleştirmesine yardım edebilmek için bilişsel, deneysel ve davranışsal strateji ve tekniklerin kullanıldığı, değişim sürecinin aşamalarına odaklı bir modeldir. Model bireyin farklı davranışsal ve psikolojik ihtiyaçları olduğu üzerinden hareket eder. Ayrıca değişim açısından, dışsal baskılardan çok bireyin iç motivasyonu ve değişme yönündeki istekliliğinin önemli olduğunu belirtir<sup>31,117,118,119</sup>. Buna göre, değişime bilinçli başlama bireysel başarının önemli bir belirleyicisidir. Yani değişim dıştan gelen baskılardan ziyade bireyin iç motivasyonu ve değişme isteği olduğu zaman daha başarılıdır<sup>24</sup>. TTM modeli, başta sigarayı bırakmak olmak üzere, ilaç bağımlılığı, obezite, egzersiz ve bir çok problemlili davranışlar üzerinde değişik disiplinlerdeki araştırmacılar tarafından kullanılmıştır<sup>120,121,122</sup>.

TTM'ye göre sigara bırakma değişim aşamalarında, bireylerin Hazır oluşuklarının ve gereksinimlerinin farklı olduğu düşünülmektedir. Bu aşamaları bilmek sigara bıraktırma başarısı yönünden önemlidir. Örneğin düşünme öncesi aşamada bulunan bireylerin, düşünme aşamasındakilere göre bırakma başarısı daha düşüktür. Çünkü düşünme öncesi

dönemde olan bireyin sigara içme davranışını değiştirmek için özyeterliliği düşüktür. Buna karşın sigara bırakma eyleminde olan ve bunu sürdüren bireyin özyeterliliği daha yüksektir. Benzer şekilde hazırlık aşamasında olan birey de sigara bırakma tarihini belirleme ve sigara içme miktarını azaltma gibi hazırlıklar yapabilmektedir. Bu amaçla bireylerin sigara bırakma yönünden hangi aşamada olduğunun bilinmesi ve gereksinimlerinin ona göre belirlenmesi gerektiği ifade edilmektedir<sup>123,124</sup>.

Bireyin davranış değiştirme sürecini tanımlayan bu modele göre; bir birey olumsuz bir davranışını değiştirmeye kadar, belirli süreçlerden geçmektedir. TTM' de değişim gerçekleşinceye kadar yaşanan süreçler 3 başlıkta ele alınmaktadır. Bunlar; değişimin aşamaları, değişim süreci ve değişimin seviyeleridir<sup>31</sup>.

### **2.6.1. Değişimin Aşamaları**

TTM'nin anahtar unsuru, değişim aşamaları olduğu için bu model değişim modeli olarak da isimlendirilebilmektedir. Bu kısım bireyin hedef davranışa hazırlık aşamalarını yansıtır. Değişim modeli spiral bir şekilde 5 aşamadan oluşmaktadır. Bunlar; düşünme öncesi dönem, düşünme dönemi, hazırlık dönemi, eylem ve davranış sürdürme dönemlerinden oluşmaktadır. En son aşamadan en başlangıca dönülebilmekte ve defalarca aynı süreç tekrarlanabildikten sonra kişiler davranış değişikliğini gerçekleştirebilmektedirler<sup>117</sup>.

#### **2.6.1.1. Düşünme öncesi aşama ( Precontemplation)**

Bireyler gelecek altı ay içinde kendi istekleri ile davranışlarını değiştirmeye istekli değil iseler düşünme öncesi aşamada olarak değerlendirilir. Bu aşamadaki birey değişiklik gereksiniminin farkında değildir ya da farkında ama değişikliği düşünmüyordur. Nasıl değişeceği konusunda öğrenmeye yönelik hiçbir ilgi göstermemektedir. Bu kişiler sigara içmekten haz alan, sigara ile ilgili herhangi yakınması olmayan, kendi sağlıkları ve gelecekleri bakımından da kaygı duymayan, daha çok genç yaştaki kişilerdir. Her ne kadar “*keşke*” ya da “*isterim aslında* ” gibi ifadeler kullansalar da değişim yönünde gerçek bir isteklilik söz konusu değildir. Bu nedenle değişime dirençlidir, motive olamaz ya da sağlığı geliştiren programlar için hazır değildir<sup>120,125,126,127</sup>.

**2.6.1.2. Düşünme aşaması (Contemplation):** Bireylerin gelecek 6 ay içinde davranış değiştirmeyi düşündükleri aşamadır. Ancak gerçek bir davranış değiştirme stratejileri yoktur. Problem davranışlarını görmeye ve bu problemle yaşamının getirdiği

rahatsızlığı hissetmeye başlamışlardır. Davranışlarının pozitif ve negatif yanlarını tartarak, problem davranışın avantajından çok dezavantajlarını ön plana çıkarmaya çalışırlar ve bu durum çelişkili duygular yaşanmasına neden olur<sup>117,125,128</sup>. Değişimin kazanımları ve kayıpları arasındaki kararsızlık, çelişkili duygulara neden olur ve birey uzun yıllar bu aşamada takılıp kalabilir. Bu nedenle sıklıkla, kronik düşünme, davranışı geciktirme ya da ağırdan alma olarak nitelendirilir<sup>127</sup>. Düşünce evresindekiler, düşünce öncesi evredekilere kıyasla geribildirim ile ilgili bilgilere ve değişime daha açıktırlar.

**2.6.1.3. Hazırlık aşaması (Preparation):** Kişi kısa bir süre içinde, genellikle sonraki bir ay içinde, değişmek için planlar yapar ve bu yönde bazı adımlar atar, Değişiklik için gerekli olan en fazla bilgiye ulaşmaya çalışır. Eylemle ilgili bir planı vardır; sağlık eğitimi sınıfına kaydolmak, danışmana gitmek, doktorla konuşmak, yardımcı bir kitap almak ya da kendi kendine değişim yaklaşımı uygulamak gibi<sup>129,130</sup>.

**2.6.1.4. Eylem aşaması (Action):** Kişi değişikliğin gerçekleşmesi için kendi davranışını ve çevresini etkin olarak değiştirmektedir. Son altı ay içinde davranışında belirgin özgün değişiklikler yapmıştır. Kişiler problemin üstesinden gelebilmek için davranışlarını ve çevrelerini modifiye ederler. Bu aşamada bireyler, spesifik davranış değiştirme yöntemlerini kullanabilirler. Yaşadıkları psikolojik olayları ve tekrar eski davranışlarına dönmemenin yollarını bilme ihtiyacındadırlar. Bu aşamada, her birey kendisine uygun bir bırakma stratejisi ve metodu uygulasa da, destek olabilmek için yüksek riskli durumların tanımlanması ve o durumlara özgü etkili baş etme stratejilerinin geliştirilmesi gerekir. Kişiler, eylem aşamasında çevresel destek beklemektedirler ve beklenen çevresel desteğin gelmesi başatmayı artırır. Bu amaçla, pozitif destek için yeni kaynaklar bulunabilir. Özellikle ailesel destek kaynaklarını kullanmak son derece önemlidir<sup>125,117,128</sup>.

**2.6.1.5. Sürdürme aşaması (Maintenance):** Bu aşama değişimin başladığı ilk altı aydan başlar ve ömür boyu sürebilir. Kişinin nüks ya da tekrarı önlemek için yoğun çaba sarf ettiği dönemdir. Bir zamanlar, araştırma verileri ve teorik görüş, sürdürme aşamasını statik bir dönem olarak tanımlasa da daha sonraları, bu dönemin dinamik bir dönem olduğu, davranışın geri gelme aşamasının hala devam ettiği anlaşılmıştır. Çünkü davranış yıllarca gizli kalıp tekrarlayabilmektedir. Bu dönemin en önemli tehlikesi, relaps riskidir<sup>125,117,128</sup>.

## 2.6.2. Değişim Süreci

Değişim süreci dinamik bir süreçtir. Kişinin içinde bulunduğu değişimin aşaması günden güne ya da haftadan haftaya değişebilir. Değişimin bütün aşamalarında motivasyon önemli bir belirleyicidir. Dikkatli ve aktif dinleme, yansıtma ve özetleme, amaç ve davranışlar arasındaki çelişkilere dikkati çekmek motivasyon sağlamada önemlidir.

Değişim Modeli'nin uygulamasında 10 farklı yöntem kullanılması önerilmiştir. Bilişsel ve davranışsal olmak üzere iki grupta toplanan bu yöntemleri her basamakta kullanmak mümkünken, her basamakta farklı yöntemler de kullanılabilir; bu durumu kişisel farklılıklar etkileyebilmektedir<sup>131,132</sup>.

### 2.6.2.1. Bilişsel Süreçler

**Bilinçliliğin artması:** Sağlık davranışını değiştirmeyi destekleyen yeni gerçekler, düşünceler ve tavsiyeleri arama ve öğrenme dönemidir. Sorunlu davranışın nedenleri, sonuçları ve tedavi yolları ile ilgili farkındalığın artırılmasıdır. Bu farkındalığı artıran müdahaleler geribildirim, yüzleşme ve medya kampanyalarıdır<sup>129,130</sup>.

**Duygulanım artması:** Uygun davranış gerçekleştirildiğinde, azalan ilgiyi izleyen, artmış duygusal deneyimlerin ortaya çıkmasıdır. Sağlıksız davranış risklerine ilişkin korku, anksiyete, endişe gibi negatif duyguları deneyimlenir. Psikodrama, rol yapma, kişisel itiraflar gibi rahatlatan teknikleri kapsamaktadır. *“Sigaranın zararlarına ilişkin uyarılar keyfimi kaçırır.”*<sup>129,130</sup>.

**Kendini yeniden değerlendirme:** Kişinin kendi imajını, bilişsel ve duyuşsal yönden değerlendirmesidir. Davranış değişikliğini kişinin kendisinin belirlediğinin önemini fark etmesidir. Değerin açıklığa kavuşturulması, sağlıklı rol modeller ve hayal etme gibi teknikler, kişinin kendisini değerlendirmesini sağlar<sup>129,130</sup>.

**Çevreyi yeniden değerlendirme:** Kişinin alışkanlığının varlığının ya da yokluğunun, sosyal çevresini nasıl etkilediğini bilişsel ve duyuşsal olarak değerlendirmesidir. Kişinin yakın sosyal ve fiziksel çevresi üzerine sağlıksız davranışın negatif etkisi veya sağlıklı davranışın pozitif etkisinin farkında olmasıdır. Empati yapmak, daha önce çekilmiş filmleri izlemek ya da aile müdahaleleri bu tip değerlendirmelerdir. *“Sigara içmenin çevreye zararlı olabileceğini düşünürüm”*.<sup>129,130</sup>



**Sosyal özgürleşme:** Sorun davranışın bireyin sosyal çevresini nasıl etkilediğinin tartışılmasıdır. *“Toplumun sigara içmeyenlere kolaylıklar sağlayacak şekilde değiştiğinin farkındayım.”*<sup>131</sup>

### 2.6.2.2. Davranışsal Süreçler

**Destekleyici ilişki:** Sağlıklı davranış değişikliği için ilgilenme, güvenme, açıklık ve kabuldür. Bireye sorunun çözümü için çevresinden yardımcı olabilecek kişi ve kurumlarla bağlantı kurabilmesi için yardımcı olunması ve desteklenmesidir. Terapötik işbirliği, danışman çağrılarını, samimiyet kurulması gibi sosyal desteklerdir<sup>129,130,131</sup>.

**Uyaran Kontrolü- Yeniden Yapılandırma:** Uyaran kontrolü sağlıksız davranışı yenisiyle değiştirip, eski davranışa geri dönme riskini önleme anlamına gelir. Çevrenin yeniden düzenlenmesi, destek gruplarına katılma gibi etkinlikler uyaran kontrolünü sağlamaya yaramaktadır. Sigara bırakan bireyler sigarayı hatırlatan şeyleri ortadan kaldırarak teşvik edici faktörleri ortadan kaldırmaya çalışmaktadırlar<sup>31,120,128</sup>.

**Karşıt Koşullanma- Yerine Koyma:** Daha sağlıklı alternatif davranışlar yerine koyma ve sağlıksız davranışları kavramadır. Sorunlu davranışların yerine geçebilecek, sağlıklı davranışların öğrenilmesidir. Rahatlama, olumlu yönde konuşma, duyarlılığı azaltma gibi<sup>129,130</sup>.

**Pekiştirme Yönetimi:** Pozitif davranış değişikliği için ödülü destekleme ve sağlıksız davranışlarda ödülü azaltmadır. Durumsallık yönetimi, ceza içerebilir ama ödüllerin cezalardan daha önemli olduğu gösterilmiştir. Güçlendirmeler vurgulanır.

Çünkü model, doğal olarak insanların nasıl değiştiği ile uyum içinde çalışır. Olasılık sözleşmeleri, güçlendirmeler ve grup tanımlamaları, daha sağlıklı yanıtların yinelenme olasılığını artırmak için birer yoldur<sup>129,130</sup>.

**Bireysel Özgürleşme:** Bireyin sorunlu davranıştan vazgeçeceğine yönelik kendisine güven duyması ve değişmek için bireyin kendisine kesin söz vermesidir<sup>130,131</sup>.

### 2.6.2.3. Değişimin Seviyeleri

**Öz yeterlilik:** Bandura sosyal öğrenme teorisinden yararlanarak öz yeterlilik kavramını geliştirmiştir<sup>24</sup>. Bandura'ya göre öz yeterlilik bir kişinin yetenekli olsun veya olmasın bir davranışı yapma yeteneğine güvenmesi ve kendini yeterli bulmasıdır<sup>24</sup>. Bu kavram günümüzde sigara içme gibi olumsuz sağlık davranışlarını değiştirme ve nüksü

önlemede veya olumlu sağlık davranışları kazandırma çalışmalarında kullanılmaktadır. Özyeterlilik bireyin bir işi yapabileceğine dair inancını ve kişisel sorumluluğunu göstermektedir. Bu nedenle özyeterlilik değişim için sorumluluk almanın ve istenilen davranışı gösterme motivasyonun anahtarı olarak görülmektedir<sup>29</sup>. Sigara bırakma çalışmalarında özyeterliliği artırmanın amacı bireyin sigaraya tekrar başlamadan yani nüks yaşamadan bu alışkanlıkla baş edebilmede kendine güvenini artırmaya ve kendini yeterli bulmasına yardım etmektir. Özyeterliliğin yüksek olması, kendine güven duygusunu artırmakta ve bu duygunun artışına paralel olarak sigaranın bırakılabileceği düşünülmektedir. Özyeterlilik, sigara bırakmanın her aşamasında önemli olmasına rağmen özellikle başlangıç aşamasında davranış değiştirme niyetinin geliştirilmesi için önemlidir. Öz yeterlilik ile değişim aşamaları arasında pozitif bir korelasyon vardır. Bireylerin öz-yeterlilik durumları en fazla eylem ve sürdürme aşamasında yükselir<sup>31,117</sup>.

**Teşvik eden faktörler:** TTM'nin uygulanırken teşvik eden faktörleri ölçmek mümkündür. Teşvik eden faktörler, bireyin nüks yaşama riskini artıran kısıktıcı faktörlerin yoğunluğunu yansıtır. Örneğin; alışkanlığın baskısı altında çıkamamak, kilo kontrolü amaçlı sigara içmeye devam etmek gibi teşvik eden faktörlerin yoğun olması relaps riskini artırmaktadır<sup>125,128</sup>.

**Kararsal denge:** Bireyin, davranış değişiminin getireceği avantaj ve dezavantajlar konusunda bireysel düşüncelerinin geliştiği karar verme sürecidir<sup>118</sup>. Karar alma; kişinin davranış değiştirmenin yanında, değişime direnç gösterme durumunu da göstermektedir. Prochaska ve Velicer, TM'de pros ve cons olarak ifade ettikleri, bireyin sigara içmenin algılanan yararları ve sigara içmenin algılanan zararlarına ilişkin öznel değerlendirmesinin, bireyin sigara içme davranışını değiştirmesine karar vermesinde, etkili olduğunu belirtmişlerdir<sup>118</sup>. Davranış değiştirmenin, algılanan yarar ve algılanan zararları değişim süreci boyunca değerlendirilmektedir. Örneğin; düşünme aşamasında davranışın algılanan olumlu yönleri ön plandayken, düşünme aşamasından itibaren davranışın algılanan olumsuz boyutları düşünölmeye başlanır. Düşünme aşamasında algılanan olumlu ve olumsuz yönler birbirini dengelerken, hazırlık aşamasında davranışın algılanan olumsuz tarafları ağır basmaya, davranışı değiştirmesi durumunda elde edeceği kazançlar artmaya başlar<sup>120,125,128</sup>.

## 2.7. Motivasyonel Görüşme

Motivasyonel görüşme kavramı, problemlili içicilerin tedavisinden gelen deneyimlerle geliştirilmiştir. Motivasyonel görüşmenin tanımı, danışanların ambivilansı keşfedip çözümlmelerine yardımcı olarak davranış değişikliğini sağlamak için kullanılan direktif ve danışan merkezli bir yaklaşımdır<sup>30</sup>.

Miller ve Rollinck'e göre (2002) motivasyonel görüşmenin altında beş anahtar prensip vardır. İlki, bireyin şimdiki endişe\ilgi ve problemlerine odaklanır. İkincisi, değişim için ambivilansı çözen ve kişiyi motive eden bir yolla danışanın konuşmasına seçici tepkileri içerir. Üçüncüsü, bir seri teknikten ziyade bir iletişim yöntemidir. Dördüncüsü, değişim için içsel motivasyona odaklanır. Beşincisi, bu yaklaşımla, değişim kişinin, kendi değerlerine bağlı olarak ortaya çıkar<sup>32</sup>.

Hastaların davranışları ve hedefleri arasındaki çelişkileri geliştirmelerine yardım etme, problemlili içmelerini azaltmalarına motive etme, problemlili içme davranışının nüksünden sakınmalarına yardımcı olma motivasyonel görüşme temeli müdahalelerin altında yatan temel stratejilerdir. Motivasyonel görüşme; empati kurmak, çelişkiyi geliştirme, dirençle dönme ve kişisel yeterliliği destekleme temel prensiplerine odaklanan yargılayıcı olmayan, danışan merkezli bir danışmanlıktır. Müdahaleler sıklıkla bu prensipleri takip eden problemlili içme davranışını değiştirmeleri için hastaları motive etmeye yardım etmesi için dizayn edilmiştir<sup>134</sup>.

**Empati kurmak:** Danışanın duygu ve algılarını; yansıtmalı dinleme yoluyla, yargılama, eleştirme ya da suçlama olmaksızın anlamadır. Kabul, anlaşma ya da onaylamak anlamına gelmez. Onaylanmayan kişinin kendisi değil, sadece problemlili davranışdır<sup>135,136</sup>.

**Çelişki geliştirmek:** Danışan, değişim için tartışmalarını sunmalıdır. Değişim şimdiki davranış ile önemli kişisel amaç ve değerler arasındaki çelişki algısıyla motive edilir. Burada motivasyonel görüşme klasik danışan odaklı danışmanlıktan ayrılmaya başlar. Motivasyonel görüşme kasıtlı olarak yönlendiricidir- değişimin hizmetindeki ambivalansın çözümlüne doğru yönlendirilmiştir. Çelişki geliştirmek için bireylere gelecekte ne olmak istedikleri, kendilerini nasıl görmek istedikleri sorulabilir. Eğer kişi sağlık, başarı, aile mutluluğu, pozitif öz saygı gibi değerleri öne çıkarıyorsa çelişkiler oluşmaya başlamış demektir. Ayrıca sigara kullanan bireylerde çelişki geliştirmek için expiryum

havasındaki CO düzeyi ile ilgili geri bildirimde bulunmak, bireylerin risk algılamaları ile davranışları arasındaki çelişkiyi derinleştirmelerine yardımcı olabilir<sup>30,135,136</sup>.

**Dirençle yuvarlanma:** Değişim sürecinde direnç, beklenen bir durumdur. Değişim için tartışmadan kaçınılmalıdır. Gereksiz tartışmalar amaca zarar verir. Ambivalan kişinin ikna edilmesi ihtimalini yok etmekle kalmayıp, aynı zamanda doğrudan tartışma savunmasına neden olduğumuz ters yöne gitmeye de kişiyi zorlar. Dirence doğrudan karşı çıkılmaz. Burada ayrıca kişiye büyük bir saygı unsuru vardır. Danışman yeni bakış açıları ve amaçlar dayatmaz; bunun yerine kişi yeni bilgileri düşünmeye davet edilir ve kişiye yeni bakış açıları önerilir. Tüm yanıtları verme ve tüm çözümleri üretme danışmanın görevi değildir. Çözümleri bireyin kendisinin üretmesi sağlanır. Kendi içsel özelliklerini tanıyarak öz-yeterliliklerini de artıran bireyler davranışları üzerinde daha fazla kontrol oluşturabilir ve sağlıksız davranışı değiştirme yolunda ilerleyebilirler<sup>135,136</sup>.

**Özyeterliliği destekleme:** Motivasyonel görüşmelerin temel amacı kişinin değişim yönünde kendisine olan inancını artırmaktır. Öz yeterlilik kişinin herhangi bir görevi yapma ya da başarıma konusunda kendisine duyduğu inancı ifade eder. Eğer danışan değişim için hiç ümit ya da olasılık olmadığını algırsa değişim gerçekleşmez. Bu nedenle bireyin özyeterliliğini arttırmak çok önemlidir. Değişim kişinin sorumluluğundadır. Danışman danışanı değiştireceği bakış açısını beslemez. Danışman danışana “Seni değiştireceğim” mesajı değil “Eğer istersen, sana değişmek için yardımcı olabilirim” mesajını vermelidir. Kişi ayrıca, davranışı değiştirmede başkalarının başarısı ya da kendi geçmiş başarıları tarafından cesaretlendirilebilir<sup>135,136</sup>.

Motivasyonel görüşmenin dört özel yöntemi açık-uçlu soru sorma, yansıtma dinleme, kabul etme (onaylama) ve özetlemedir<sup>137,138</sup>.

**Açık uçlu sorular;** yargılayıcı ve yönlendirici olmayan, danışanın kendini açıkça ifade edebileceği ve konuşmanın ilerlemesi için kapı açıcı tipte sorulardır. Açık uçlu sorulara genellikle tek bir kelime veya cümle ile cevaplandırılmaz. Örneğin; “*sigara içmenin sevdiğiniz yanlarından bahsediyor musunuz?*”, “*sizi buraya getiren nedenlerden bahsediyor musunuz?*” gibi örnekler verilebilir.

**Yansıtma dinleme;** herhangi bir ifade duyulduğunda bunun ne anlama geldiğini ve hangi anlamının daha yoğun olabileceğini tahmin etmek ve bunu karşı tarafa ifade etmektir. Daha da özünde yansıtma dinleme söylenilenin gerçekten ne anlama

geldiğinin varsaymaktan öte anlaşılmanın doğruluğunu kontrol etmektir. Örneğin; 'endişelisiniz', 'bu konuda kafanızın ne kadar karışık olduğunu anlayabiliyorum' gibi örnekler verilebilir. Görüşmecinin ses tonu önemlidir (Annenize sinirlisiniz./ Annenize sinirlisiniz?). Yansıtma pasif bir süreç değildir. Tamamen yönerge verici olabilir. Görüşmeci neyi yansıtacak, neyi doğrulamayacak, ne üzerinde odaklanmayacak, hangi kelimeler anlamı tamamlayacak bütün bunlara karar verir. Motivasyonel görüşmelerde, örneğin değişim konuşması ayrıcalıklı olarak yansıtılır ki, bireyler kendi durumlarını ilk kez böyle duyabilirler. Basit yansıtma, kişinin söylediğini basit bir şekilde tekrarlamakken; çift yönlü yansıtma, danışmanın kişinin içinde bulunduğu durumun şimdiki, geçmişteki ve dirençli durumunu yansıtmasıdır.

**Kabul etme;** görüşme süreci boyunca danışanı doğrudan onaylamak ve desteklemek bir başka yakınlık kurma ve açık araştırmayı destekleme şeklidir. Bu, iltifatlar ya da takdir ve anlayış ifadeleriyle yapılabilir. Örnek olarak "Bugün zamanında geldiğin için teşekkür ederim." "Bugün buraya gelmek için büyük bir adım atmandan dolayı seni takdir ediyorum." verilebilir.

**Özetleme;** danışandan gelen bilgileri biriktirerek, birleştirerek ve bağlantı kurularak farklı şekillerde ve farklı amaçlar için yapılır.

### **Motivasyonel görüşmede değişim konuşması**

Görüşmecinin görevi, danışanın değişim konuşmalarını ifade etmesini sağlayan durumu oluşturmaktır. Değişim konuşması 4 boyutta incelenir:

- 1) Son durumun dezavantajlarının tanımlanması ( şimdiki duruma dair pek de iyi olmayan şeylere odaklanır.)
- 2) Değişimin avantajlarını tanımlama ( Değişimin potansiyel avantajlarının kabulünü belirtir.)
- 3) Değişim hakkında olumlu ifadeler / Değişim için iyimserlik ( Tema, değişimin güvenli olduğu ve bunun için kişinin becerisi olduğu hakkında umutların varlığıdır.
- 4) Değişimi amaçlayan ifadeler / Değişim isteği ( Denge bozulurken, insanlar değişmek için bir istek ya da sorumluluktan söz etmeye başlar.)

Değişimi konuşmak için kullanılacak yöntemler arasında

- Çağrışım yapıcı sorular sorma

- Önem cetvellerinin kullanımı
- Karar verme dengesinin araştırılması
- Detaylandırma
- İki uçlu sorular
- Geçmişe göz atmak
- İleriye dönük bakış
- Hedeflerin ve değerlerin açıklanması sayılabilir<sup>139,140</sup>.

## **2.8. Hemşireliğin Sigara Bırakmadaki Rolü**

Hemşireliğin temel amacı, sağlığı geliştirmek ve iyilik halini özendirme. Sağlıklı bir toplum yaratmaya yönelik olarak sigara içmeyen nesillerin yetişmesinde, sigara içen bireylere bırakma konusunda destek vermede hemşireliğe önemli görevler düşmektedir. Hemşirelerin sigara bırakma müdahalelerinde etkili kişiler arası iletişim becerilerini ve sigara bırakma bilgilerini kullanmaları önemlidir<sup>141,142,143</sup>.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2005 yılı Dünya Sigarasız Günü teması "Sağlık Profesyonelleri Sigaraya Karşı" olarak belirlenmişti. Dünya Sağlık Örgütü bu tema ile sağlık çalışanlarının bu konudaki rollerini tanımlamakta ve sağlık çalışanlarının, halk sağlığı perspektifi doğrultusunda, sigara epidemisi ile savaşmada önemli görevleri olduğunu belirtmektedir. Rapora göre hekimler, hemşireler, eczacılar ve sağlık ekibinin diğer üyeleri çalıştıkları her alanda sigara salgını önlemede ve sigara bağımlılığının tedavisinde üstlerine düşen görevleri yerine getirmelidirler. Bu raporda hemşirelerin günde milyonlarca kişi ile karşılaştıkları için sigarayla mücadele konusunda özel bir pozisyona sahip oldukları belirtilmektedir. Hemşireler, sigaranın etkilerine bağlı sağlığı bozulmuş kişilere hizmet verirken, yargılamadan sigara içme durumunu değerlendirme, hastalıklarla ilişkisini kurma, sigarayı bırakmaları için destekleme yeterliliği gösterebileceği belirtilmektedir. Ayrıca bağımlı kişilerin sigaraya karşı fiziksel ve psikolojik bağımlılık düzeyini ve bunun kişi açısından sosyal yaşamdaki rolünü değerlendirerek sigara bırakma danışmanlığı yapabileceği ifade edilmektedir<sup>144</sup>.

Sigara bırakmada hemşireler, TTM temelli müdahalelerde hastaları düşünme öncesi, düşünme, hazırlık ve eyleme doğru ilerlemeye teşvik etmede ve hastaların motivasyonlarını bu yönde arttırmada önemli role sahiptir<sup>118,145</sup>.

Sigarayı bırakmada hemşireler tarafından uygulanan danışmanlığın sigarayı bırakmada önemli etkisi olabilir. Hemşirelik müdahaleleri hastanede uygulandığı zaman genel nüfusa uygulan müdahalelere göre daha etkili olduğu belirlenmiştir. Hemşire tarafından sigarayı bırakma konusunda uygulanan danışmanlık, genel sağlık taramasının bir parçası olarak verilirse, faydasız olduğu gösterilmiştir. Bu yüzden, müdahaleler hastanın yaşam tarzından ya da sağlık taraması hizmetinin bir parçası olmasından ziyade yalnızca sigara bırakma üzerine olmalıdır<sup>146</sup>.

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu çalışma, sigara bırakma aşamalarına odaklı motivasyonel görüşmelerle kronik hastalığı olan bireylerde sigara bıraktırmak amacıyla yapılan bir eylem araştırmasıdır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Bu çalışma, Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne başvuran kronik hastalığa sahip bireyler üzerinde yapılmıştır. Düzce üniversite rektörlüğüne bağlı olarak hizmet veren bu hastane, farklı il ve ilçelerden hasta alma potansiyeline sahiptir. Bu hastane bünyesinde sigara içen bireylere sigara bıraktırmaya yönelik sigara bıraktırma polikliniği yer almaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesine başvurup en az 1 tane kronik hastalığa sahip ve yine günde en az 1 tane sigara içen bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü Fagerstrom bağımlılık düzeyi puanı dikkate alınarak ve puandaki periyodik ölçüm farklılıkları bağımlılıktaki azalma kabul edilerek uygun örneklem genişliği hesaplanmıştır. Bunun için 2 +/- 4 puanlık değişim anlamlı olacağı kabul edilerek 1. tip hata %5, araştırmanın gücü % 90 ve  $\alpha = 0,05$  olacak şekilde, örneklem büyüklüğü 51 kişi olarak belirlenmiştir.

#### **3.4. Araştırmaya Katılma Kriterleri**

- Düzce Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesine başvuran,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü,
- Doktor tarafından en az bir tane tanı konulmuş kronik hastalığa sahip,
- Bilinci açık ve anket formundaki soruları algılayabilecek bilişsel kapasiteye sahip olan,
- 18 yaşından büyük olan bireyler araştırma kapsamına alınacaktır.



### **3.5. Veri Toplama Araçları**

#### **3.5.1. Hasta Bilgi ve Rıza Formu**

Bu formda araştırmanın kısa bir özeti, verilerin ne amaçla kimin tarafından kullanılacağı bilgisi yer almaktadır. Bu formda kişilerden, çalışmaya kendi rızalarıyla katıldıklarına dair imza atmaları istenir (EK 1).

#### **3.5.2. Hasta Sosyodemografik Özellikler ve Sigara İçme Öyküsünün Belirlenmesi Veri Formu:**

Bu form, verilerin toplanması amacıyla sigara bağımlılığıyla ilgili yapılan araştırmalardan yararlanılarak literatür bilgileri taranarak geliştirilmiştir. Form, yaş, eğitim durumu, medeni durumu ve yaşı gibi sosyodemografik özellikler, sahip olduğu kronik hastalık ve sigara içme öyküsüne ilişkin bilgileri içeren sorulardan oluşmaktadır (EK 2)<sup>147,148,149,150</sup>.

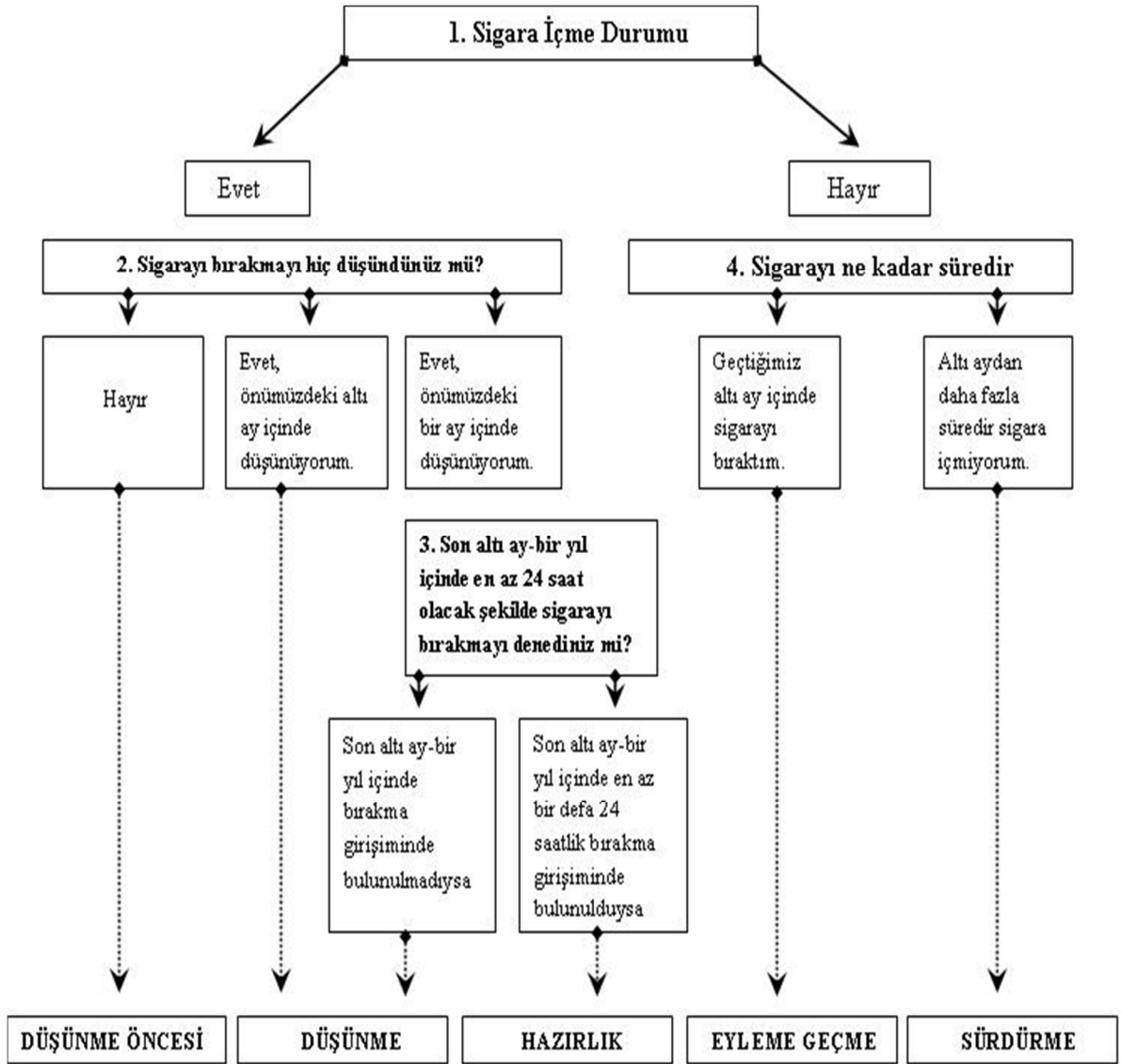
#### **3.5.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT):**

Nikotine olan bağımlılık düzeylerinin değerlendirilmesi bakımından çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Bunlardan en yaygın olarak bilinen yöntem, 1978'de İsveçli Dr. Karl Fagerström tarafından geliştirilmiş olan, Fagerström Tolerans Testidir. Bu test 1992'de Fagerström, Heatherton ve Kazlowki tarafından yeniden ele alınmış ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ortaya çıkmıştır<sup>151</sup>. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi altı sorudan oluşmakta olup her soruya farklı puan verilmektedir. Bu testin değerlendirilmesi sonucu elde edilen toplam puanlara göre nikotin bağımlılığı düşük(0-4 puan), orta(5-6 puan), yüksek(7-10 puan), şeklinde 3 grupta derecelendirilmektedir. Ülkemizde Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Güneş ve arkadaşları (2001) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (EK 3)<sup>152</sup>.

#### **3.5.4. Değişimin Aşamasını Değerlendirme Formu:**

Prochaska ve Diclemente (1983) sigarayı bırakmayı aşamalı değişim süreci ile açıklamışlar ve değişim sorularını oluşturmuşlardır<sup>153</sup>. Bu sorular bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasını ortaya koyar. Sigara içme davranışına yönelik değişim aşaması sorularında, “Daha önce hiç sigarayı bırakmayı düşündünüz mü?” sorusuna “Evet” yanıtı verenler “Düşünme” aşamasında, “Hayır” yanıtı verenler “Düşünme öncesi” aşamada, “Önümüzdeki altı ay içerisinde sigarayı bırakmayı ciddi olarak

düşünüyor musunuz?” sorusuna “Evet” yanıtını verenler “Düşünme”, “Önümüzdeki bir ay içerisinde sigarayı bırakmayı ciddi olarak düşünüyor musunuz?” sorusuna “Evet” yanıtını verenler ve son bir yıl içinde en az 24 saat sigarayı bırakmayı denemiş bireyler “Hazırlık” aşamasında, “Halen sigara içiyor musunuz?” Sorusuna “Hayır” yanıtını veren ve altı aydan daha kısa süredir sigara içmeyen bireyler harekete geçme, altı aydan fazla bir süredir sigara içmeyen kişiler “Sürdürme” aşamasında kabul edilmektedir ( EK 4)<sup>154</sup>. Sigara içme davranışına ilişkin değişim aşaması sorularının yorumlanmasında kullanılan algoritma Şekil 1’de gösterilmiştir.



**Şekil 1. Sigara içme davranış değişimi aşama sorularının yorumlanma algoritması**

Kaynak: Chouinard C.M, Ekstrand R.S (2005). The Effectiveness of a Nursing Inpatient Smoking Cessation Program in Individuals With Cardiovascular Disease, Nursing Research, 54(4):243-254.

### 3.5.5. Karbonmonoksit (CO) Düzeyi Ölçümü:

CO düzeyi, expiryum havasında bulunan karbonmonoksit düzeyini milyonda parça anlamına gelen ppm (COppm) türünden ölçmektedir. Bu değerler yüzde cinsinden karboksihemoglobine (% COHb) dönüştürülerek de okunabilir. Bu çalışmada, CO ölçümü için ayarlaması ve düzeltilmesi (kalibrasyonu) yapılmış piCO Smokerlyzer cihazı kullanılmıştır. Bu cihazın kesim noktası 9 ppm ya da üzeri olarak belirlenmiştir. CO ölçümünün amacı, bireylere vücutlarıyla ilgili somut bir geri bildirimde bulunarak kendilerini CO gazının akciğerlere verdiği zararlar bakımından değerlendirmesi ve sigara bırakma konusunda motivasyonlarını artırmaktır (EK 5)<sup>155</sup>.

### 3.5.6. Karar Verme Dengesi Ölçeği:

Velicer ve arkadaşları tarafından 1985 yılında geliştirilen bu ölçek, karar vermede bilişsel ve motivasyonel faktörleri ortaya koyar<sup>156</sup>. Yalçınkaya ve Karanci (2007) tarafından Türk toplumuna uyarlanan ölçek, sigara konusunda davranış değiştirmenin yarar ve zararlarını ortaya koymaktadır<sup>157</sup>. Yalçınkaya ve Karanci (2007) Cronbach alfa değerleri, sigara içmenin olumlu yönleri alt boyutu için  $\alpha = .74$ , olumsuz yönleri alt boyutu için  $\alpha = .81$  bulunmuştur. Bu örneklem grubunda ise Cronbach alfa değerleri, sigara içmenin olumlu yönleri alt boyutu için  $\alpha = .73$ , olumsuz yönleri alt boyutu için  $\alpha = .40$  bulunmuştur (Tablo 3.5.6.1). Sigara içmenin yararını algılama (pros of smoking) davranış değişiminin engellerini, sigara içmenin zararını algılama (Cons of smoking) ise davranış değişiminin pozitif yönde olacağını gösterir<sup>158</sup>. Madde sayısı 24 olan ölçeğin 12 maddesi (1, 2, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 19, 20, 21, 24) sigara içmenin olumlu yönlerini, diğer 12 maddesi de sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama durumunu (3, 4, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 23) belirler. Ölçeğin her bir maddesi 1'den 5'e kadar puanlandırılmaktadır (1-Hiç katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4-Katılıyorum, 5- Tamamen katılıyorum). Her iki alt boyut için, ölçekten alınabilecek en yüksek puan 60, en düşük puan ise 12'dir. Ölçeğin toplam puanı, sigara içmenin algılanan yarar toplam puanından, algılanan zarar toplam puanının çıkarılması ile elde edilmektedir. Çıkan sonucun negatif (-) olması, karar verme dengesinde sigara içmenin algılanan zararlarının baskın olduğunu, pozitif (+) olması, karar verme dengesinde sigara içmenin algılanan yararlarının baskın olduğunu işaret etmektedir. (EK 6)

**Tablo 3.5.6.1. Karar Verme Dengesi Ölçeği Madde Toplam Puan Korelasyonları ve Cronbach Alpha Değeri**

<b>Sigara içmenin olumlu yönleri (Pros of smoking)</b>	<b>rs</b>	<b>P</b>
1- Sigara içmek keyiflidir.	0,45	0,00
2- Bir süre sigara içemedikten sonra, içtiğim sigara kendimi iyi hissettiriyor.	0,46	0,00
5- Sigara içtiğim zaman kendimi daha rahat ve daha keyifli hissediyorum.	0,58	0,00
6- Sigarayı bırakırsam diğer tiryakiler bunu kıskanacaktır.	0,06	0,00
7- Sigara içen kişi imajından hoşlanıyorum.	0,39	0,00
10- Sigara içtiğim zaman sigara kullanan arkadaşlarım ve ailem tarafından daha fazla kabul gördüğümü hissediyorum.	0,31	0,00
11- Sigarayı bırakmaya çalışırsam büyük olasılıkla çabuk sinirlenen ve çevresine rahatsızlık veren biri olurum.	0,35	0,00
13- Ailem ve arkadaşlarım mutlu bir şekilde sigara içmemi, mutsuz bir şekilde sigarayı bırakmaya çalışmama tercih ederler.	0,22	0,00
19- Sigara içtiğim zaman kendimi daha çok seviyorum	0,50	0,00
20- Sigara dikkatimi toplamama ve daha iyi çalışmama yardım ediyor.	0,41	0,00
21- Sigara gerginliği azaltır	0,38	0,00
24- Sigara içmeye devam ederek kendi kararlarımı kendimin verdiğini hissediyorum	0,29	0,00
<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>	<b>0,73</b>	<b>0,00</b>
<b>Sigara içmenin olumsuz yönleri (Cons of smoking)</b>	<b>rs</b>	<b>P</b>
3- Bazen sigara içmek veya bulmaya çalışmak zahmetlidir.	0,16	0,00
4- Sigara içme alışkanlığımın tutsağı olduğumu hissediyorum.	0,01	0,00
8- Sigara içmem diğer insanların sağlığını etkiler.	0,29	0,00
9- Sigara içmeseydim şimdi daha enerjik olurdu.	0,25	0,00
12- Sigara yüzünden hastalanırsam yakınlarım acı çekecektir.	0,00	0,00
14- Sigara içmeye devam edersem, bazı insanlar sigarayı bırakacak iradem olmadığını düşüneceklerdir.	0,13	0,00
15- Sigara sağlığıma zararlıdır.	0,12	0,00
16- Sigara alışkanlığımdan vazgeçemediğim için kendimden utanıyorum.	0,23	0,00
17- İçtiğim sigaranın dumanı ve kokusu çevremdeki insanları rahatsız eder.	0,19	0,00
18- Sigara ile ilgili uyarıları göz ardı ettiğim için insanlar benim akılsız olduğumu düşünüyorlar.	0,05	0,00
22- Yakınlarım sigara içmemi onaylamıyorlar.	0,19	0,00
23- Sigara ile ilgili uyarıları dikkate almadığım için pişmanım.	0,24	0,00
<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>	<b>0,40</b>	<b>0,00</b>
<b>Toplam Cronbach's <math>\alpha</math></b>	<b>0,67</b>	<b>0,00</b>

### **3.5.7. Genel Motivasyonlar Testi:**

Sigarayı bırakmaya yönelik motivasyonu ölçmek amacıyla oluşturulan 21 soruluk Genel Motivasyonlar Testi'dir. Genel Testteki tüm maddeler olumlu yönde tasarlanmış olup, 0-1-2-3-4 şeklinde puanlanmıştır. Testten elde edilebilecek en yüksek kaygı puanı 84, en düşük kaygı puanı ise 0 olmaktadır. Bu puanlar toplanarak yüksek puan sigara bırakma motivasyonunun yüksek olduğunu göstermektedir (EK 7)<sup>159</sup>.

### **3.5.8. Yarı-yapılandırılmış Motivasyonel Görüşme Formatı**

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu format birinci, ikinci ve üçüncü görüşmeler için farklı aşamaları içermektedir. İlk görüşmede birinci format, ikinci görüşmede ikinci format ve son görüşmede üçüncü format uygulanmaktadır. Yarı-yapılandırılmış bu formlar literatürden yararlanılarak oluşturulmuştur(EK 9, 10,11)<sup>31,160</sup>.

### **3.6. Araştırmanın Uygulama Basamakları**

Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne başvuran sigara içen en az bir tane doktor tarafından tanı konulmuş kronik hastalığa sahip bireyler arasından çalışma için belirlenen kriterlere uygun olan ve görüşmeyi kabul edenlerle yapılmıştır. Görüşmelere başlamadan önce kişiler hakkında sosyo demografik veri sağlayacak olan Sosyodemografik Bilgi Formu ve bu formun sonrasında sigara kullanım özelliklerine ilişkin Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Değişimin Aşamasını Değerlendirme Formu, CO ölçümü, Genel Motivasyonel Ölçeği, Karar Dengesi Ölçeği araştırmacı tarafından dolduruldu. Görüşmeler, bireylerle yüz yüze (başlangıç, 1 ay sonrası, 3 ay sonrası) ve telefonla arama (6 ay sonra) şeklinde dört seanstan oluşmuştur. Her bireye uygulanacak müdahale standart olmasına karşın bireysel ihtiyaçları doğrultusunda program esneyebilmiş ve görüşme sayısı artabilmektedir. Her görüşme 20 ile 40 dakika arasında sürmüştür. Görüşmeler değişimin aşamalarına odaklı motivasyonel görüşmeler aracılığıyla yürütülmüştür. Eylem aşamasına gelen hastalara kontrendikasyonları yok ve kesilme semptomları yoğunsa sigara bırakma polikliniğinin standart uygulamaları dahilinde uygun görülen medikal tedaviler başlandı. İkinci görüşmeye gelen bireye görüşme sonrasında Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi, Değişim Aşamasını Değerlendirme Formu ve Karar Verme Dengesi Ölçeği doldurmaları için tekrar verildi. CO düzey ölçümü tekrarlandı. Son görüşme için geldiklerinde bireylere görüşme sonrasında görüşmelerin etkisini görebilmek için Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi,

Değişim Aşamasını Değerlendirme Formu ve Karar Verme Dengesi Ölçeği tekrar doldurturuldu. CO düzey ölçümü tekrarlandı. Araştırmanın son aşamasında ise kişiler tek tek telefonla aranarak son durumları soruldu.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmanın verileri SPSS 16.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde ki-kare ve t testi kullanılmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Etik Boyutu**

Uygulama öncesi etik kurulundan gerekli onay alınmıştır. Çalışmaya katılan her olguya çalışmanın özetini, amacını ve kısaca yöntemini içeren ‘Hasta Bilgi ve Rıza Formu’ verilerek gerekli açıklamalar yapılmıştır. Araştırma sonunda elde edilen bilgiler araştırma raporu dışında herhangi bir yerde kullanılmayacaktır. Katılımcılara araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları söylenmiştir ve kimlik bilgileri ile ilgili veri toplanmamıştır.

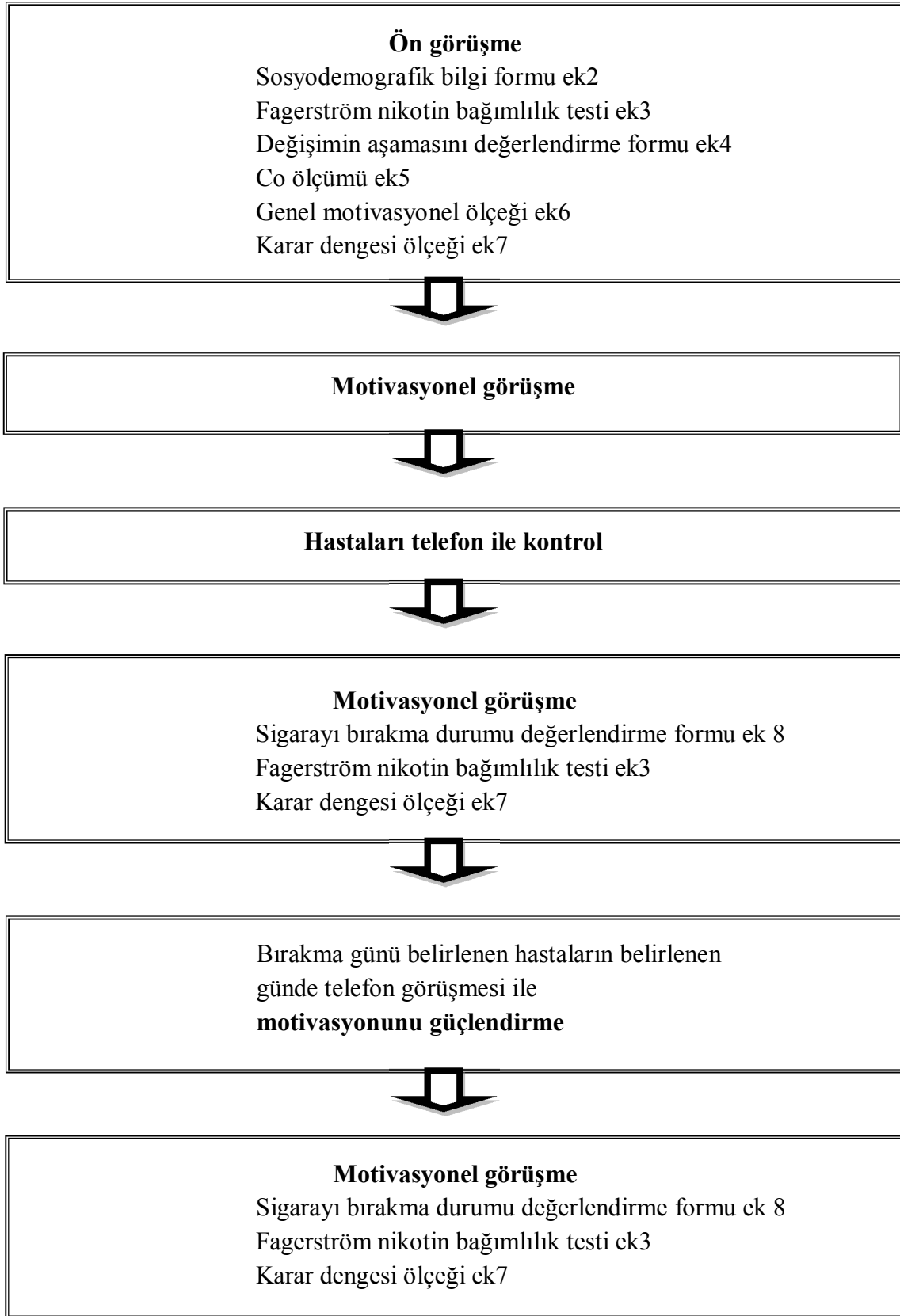
### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Sadece Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’ne başvuran hasta popülasyonundan seçilmiş ve çalışmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olması ile katılımcı sayısının 51 kişiyle sınırlanması.

Tamamı sigara ile ilişkili olmakla beraber katılımcıların farklı kronik hastalığa sahip olmaları.

Eylem ve sürdürme aşamasına gelen hasta sayısının azlığının ve bireysel tedavi planlaması nedeni ile oluşan farklılıklar alınan medikal tedavilerin sürece etkisini istetisel olarak değerlendirmeye izin vermemesi.

### 3.10. ARAŞTIRMANIN AKIŞ ŞEMASI



#### 4. BULGULAR

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=51)

ÖZELLİKLER		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	16	31.4
	Erkek	35	68.6
Öğrenim Düzeyi	İlkokul ve altı	37	72.5
	Ortaokul ve lise	9	17.6
	Üniversite	5	9.8
Medeni Durum	Evli	36	70.6
	Bekâr/Dul/Boşanmış/Ayrı yaşıyor	15	29.4
Çalışma Durumu	Çalışan	22	43.1
	Çalışmayan	29	56.9
Algılanan Aylık Gelir Durumu	Düşük	16	31.4
	Orta	26	51.0
	Yüksek	9	17.6
Yaş Grubu	50 yaş ve altı	24	47.1
	51 yaş ve üstü	27	52.9
TOPLAM		51	100.0
Yaş ortalaması :± ss 50.5 ±12.88 (minimum: 25 maksimum: 74)			

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde bireylerin %68.6’sının erkek, yaş ortalamalarının 50.5±12.88 (min:25-max:74) olduğu bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan bireylerin %72.5’i ilkokul ve altı mezunu, çoğunluğun (%70.6) evli olduğu, %56.9’unun çalışmadığı ve %51.0’nın orta gelir düzeyine sahip olduğu bulunmuştur.



**Tablo 4.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlığına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=51)**

<b>Sahip Olduğu Kronik Hastalığı</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
KOAH	18	21.5
Koroner Arter hastalığı	21	25.0
Diyabet	14	16.6
Hipertansiyon	26	31.0
Diğerleri	5	5.9
TOPLAM*	84	100.0
<b>Düzenli İlaç Kullanımı</b>		
Kullanan	45	88.2
Kullanmayan	6	11.8
<b>Expiryum Havasındaki CO Düzeyi</b>	<b>CO düzeyi değerleri (ppm)</b>	
	<b>Range (Minimum-maksimum)</b>	
MG Görüşme öncesi	13.1±8.48 (2.0-39.00)	
1. Ay Görüşme	9.5±8.44 (0.00-34.00)	
3. Ay Görüşme	6.9±6.28 (1.00-19.00)	

\* n katlanmıştır.

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan bireylerin sahip oldukları kronik hastalıkları, düzenli ilaç kullanma durumları, CO düzeylerinin dağılımı yer almaktadır. Bireylerin %31’i hipertansiyon ve %25.0 KAH hastalığına sahip iken KOAH olan hastaların yüzdesi 21.5 bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun (%88.2) düzenli ilaç kullandıkları görülmektedir. Tabloya bakıldığında, müdahale boyunca CO düzeyinde bir düşüşün olduğu görülmektedir. Başlangıçtaki CO düzeylerinin puan ortalamaları, motivasyonel görüşme öncesi 13.1±8.48. iken, 1. ay görüşmede 9.5±8.44 ve 3. ay görüşmede ise 6.9±6.28 olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sigara İçme Özelliklerinin İlişkin Dağılımı (n: 51)**

	Sayı	%
<b>Günde İçilen Sigara Sayısı</b>		
20 ve 20'den az sayıda	35	68.6
21 ve 21'in üstü sayıda	16	31.4
<b>Sabahın İlk Saatlerinde Daha Yoğun Sigara İçme Durumu</b>		
İçen	32	62.7
İçmeyen	19	37.3
<b>Sigara İçme Yasağına Uymada Zorlanma</b>		
Zorlanan	28	54.9
Zorlanmayan	23	45.1
<b>Nikotin Bağımlılık Düzeyi (motivasyonel görüşme öncesi)</b>		
Düşük	12	23.5
Orta	14	27.5
Yüksek	25	49.0
<b>Toplam</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>
<b>Sigara İçme Süresi (yıl olarak): <math>\bar{x} \pm SS</math> 32.7±14.28 (min: 10- max:65)</b>		

Tablo 4.3'de araştırmaya katılan bireylerin sigara içme özelliklerine ilişkin dağılımı yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki sigara içen bireylerin çoğunluğunun 20 ve altı sigara tükettiği (%68.6), sabahın ilk saatlerinde daha yoğun sigara içtikleri (%62.7), %54.9'unun sigara içmenin yasak olduğu yerlerde bu yasağı uymakta zorlandıklarını ve nikotin bağımlılık düzeyine göre %49'unun yüksek, %27.5'nin orta, %23.5'inin düşük derecede bağımlı olduğu bulunmuştur. Yine araştırmaya katılan bireylerin sigara içme süreleri  $\bar{x} \pm SS$  32.7±14.28 (min:10-max:65) yıl olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sigarayı Bırakmak İçin Kullandıkları Motivasyonel Gerekçelerin Ortalamaları**

Gerekçeler	X ± SS
Bırakırsam kendimi daha çok seveceğim	3.54±1.02
Yakın olduğum insanlar eğer bırakmazsam üzülecek	3.52±1.06
Sigaranın ömrümü kısaltacağından endişe ediyorum	3.50±0.98
Eğer bırakmazsam ciddi bir hastalık geçirmekten endişeleniyorum	3.49±0.88
Sigaranın zaman içinde vücudumdaki etkilerini belirgin şekilde gözlemliyorum	3.31±0.88
Sigara içmenin sağlığıma zarar verdiğini gösteren fiziksel belirtiler gözledim	3.29±1.15
Sigarayı bırakarak çevremdeki insanlara özellikle çocuklara örnek olmak istediğim için	3.29±1.08
Böylece hayatımın kontrolünün elimde olduğunu hissedebilirim	3.13±1.13
Sigara içmemin yakınlarımla sağlığına zarar verdiğinden ya da vereceğinden endişeleniyorum	3.09±1.38
Böylece saçlarım ve kıyafetlerim kokmaz	3.07±1.54
Sigarayı bırakmak benim için önemli olan diğer şeyleri başarmamı sağlayacak	3.03±1.44
Kendime sigaraya bağımlı olmadığımı kanıtlamak için	2.96±1.42
Eğer gerçekten istersem bırakabileceğimi kendime göstermek istiyorum	2.92±1.24
Birisi ya da birileri tarafından sigarayı bırakmam konusunda ciddi bir şekilde ikaz edildim	2.88±1.50
Sigara nedeniyle hastalanan ya da ölen insanlar tanıdığım için	2.86±1.38
Doktor tarafından sigara bırakmam gerektiği söylendiği için	2.80±1.62
Dini inançlarım gereği sigara içmenin mekruh, yasak ya da haram olduğuna inanıyorum.	2.72±1.66
Sigaraya harcadığım parayı biriktirmek istiyorum	2.47±1.75
Böylece elbise ve mobilyaları yakıp delmeyeceğim	2.27±1.69
Eğer bırakırsam kendime özel bir eşya satın alabileceğim	2.23±1.75
Evde ya da yasak yerlerde rahat sigara içemediğim için	1.64±1.69

Tablo 4.4’de araştırmaya katılan bireylerin sigarayı bırakmak için kullandıkları motivasyonel gerekçelerin ortalamaları yer almaktadır. Bireylerin sigara bırakmada en çok kullandıkları motivasyon kaynağı olarak “Bırakırsam kendimi daha çok seveceğim”  $\bar{x} \pm SS$  3.54±1.02, “Yakın olduğum insanlar eğer bırakmazsam üzülecek” 3.52±1.06, “Sigaranın ömrümü kısaltacağından endişe ediyorum” 3.50±0.98 şeklinde belirttikleri görülmektedir.

**Tablo 4.5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sigarayı bırakmaya ilişkin düşünce ve deneyimleri**

Düşünce ve Deneyimler	Sayı	%
<b>Sigarayı Daha Önce Bırakmayı Düşünme</b>		
Düşünen	42	82.4
Düşünmeyen	9	17.6
<b>Gelecek 6 Ay İçinde Sigarayı Bırakmayı Düşünme</b>		
Düşünen	45	88.2
Düşünmeyen	6	11.8
<b>Gelecek 30 Gün İçinde Sigarayı Bırakmayı Düşünme</b>		
Düşünen	29	56.9
Düşünmeyen	22	43.1

Tablo 4.5’de araştırmaya katılan bireylerin sigarayı bırakmaya ilişkin düşünce ve deneyimleri yer almaktadır. Bireylerin büyük çoğunluğunun (%82.4) daha önce sigarayı bırakmayı düşündüğünü ve gelecek 6 ay içinde bırakmayı düşünenlerin oranı %88.2 bulunurken, %56.9’unun gelecek 30 gün içinde sigarayı bırakmayı deneyeceği bulunmuştur.

**Tablo 4.6. Araştırmaya Katılan Bireylerin Müdahale Süresince Değişim Aşamalarına Göre Dağılımı (n:51)**

Değişim Aşmaları	Ön Görüşme		1. Ay Görüşme Sonrası		3. Ay Görüşme Sonrası		6. Ay Görüşme	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Düşünce Öncesi	5	9.8	-	-	-	-	1	2.0
Düşünme	19	37.3	4	7.8	4	7.8	12	23.5
Hazırlık	27	52.9	32	62.7	30	58.8	22	43.1
Eylem	-	-	15	29.4	17	33.3	8	15.7
Sürdürme	-	-	-	-	-	-	8	15.7
<b>Toplam</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>

\*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Tablo 4.6’da araştırmaya katılan bireylerin m¼dahale s¼resince değişim aşamalarına g¼re dağılımı verilmiştir. Motivasyonel g¼r¼řme ¼ncesinde bireylerin %9.8’inin d¼ř¼nce ¼ncesi, %37.3’¼n¼n d¼ř¼nme, %52.9’unun hazırlık aşamasında olduğu, motivasyonel g¼r¼řme yapıldıktan bir ay sonrasında yapılan g¼r¼řmede bireylerin %7.8’inin d¼ř¼nme, %62.7’sinin hazırlık, %29.4’¼n¼n eylem aşamasında olduğu, 3 ay sonraki g¼r¼řmede ise katılımcıların %7.8’inin d¼ř¼nme, %58.8’inin hazırlık, %33.3’¼n¼n eylem aşamasında olduğu ve son olarak 6 aydan sonraki g¼r¼řmede %2’sinin d¼ř¼nme ¼ncesi, %23.5’inin d¼ř¼nme, %43.1’inin hazırlık, %15.7’sinin eylem ve yine %15.7’sinin s¼rd¼rme aşamasında olduğu belirlenmitir.

**Tablo 4.7. Araştırmaya Katılan Bireylerin Program Boyunca Değişim Aşamalarındaki Durumları (n:51)**

Aşamalar	1. ay g¼r¼řme		3. ay g¼r¼řme		6. ay g¼r¼řme	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Değişim Aşamasında Gerileme	-	-	3	5.9	15	29.4
Aşama Değişimi Yok	20	39.2	43	84.3	23	45.1
Değişim Aşamasında İlerleme	31	60.8	5	9.8	13	25.5
<b>Toplam</b>	51	100.0	51	100.0	51	100.0

Tablo 4.7’de araştırmaya katılan bireylerin program boyunca değişim aşamalarındaki durumları verilmiştir. Motivasyonel g¼r¼řme yapıldıktan sonraki birinci ayda bireyler değişim aşamasında gerileme g¼stermezken, aşama değişimi olmayanların oranı %39.2, değişim aşamasında ilerleme oranı %60.8 bulunmuştur. 3.ayda yapılan g¼r¼řmede bireylerin %5.9’unun değişim aşamasında gerileme yaşadığı, %84.3’¼n¼n değişim aşamasında değişiklik olmadığını, %9.8’inin aşamada ilerleme g¼sterdięi bulunmuştur. 6.aydan sonra yapılan kontrolde ise bireylerin %29.4’¼n¼n aşamada gerileme kaydettiği, %45.1’inin aşama değişimi olmadığı, %25.5’inin ise aşamada ilerleme kaydettiği bulunmuştur.

**Tablo 4.8. Araştırmaya Katılan Bireylerin Motivasyonel Görüşme Sonrası Birinci, Üçüncü ve Altıncı Aylarda Sigarayı Bırakma Durumları (n:51)**

Sigarayı Bırakma Durumları	1. Ay Görüşme		3. Ay Görüşme		6. Ay Görüşme	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Bırakan</b>	15	29.4	17	33.3	16	31.4
<b>Bırakmayan</b>	36	70.6	34	66.7	35	68.6
<b>TOPLAM</b>	51	100.0	51	100.0	51	100.0

\* Sütun yüzdesi alınmıştır.

Tablo 4.8’de araştırmaya katılan bireylerin motivasyonel görüşme sonrası birinci, üçüncü ve altıncı aylarda sigarayı bırakma durumları verilmiştir. Motivasyonel görüşme sonrası yapılan görüşmelerin birinci ayında bireylerin %29.4’ünün, 3.ayında %33.3’ünün ve 6.ayında %31.4’ünün sigarayı bıraktığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.9. Araştırmaya Katılan Bireylerin Motivasyonel Görüşme Öncesi Değişim Aşamalarına Göre Müdahale Sonrasında Sigarayı Bırakma Durumları (n:51)**

Ön Görüşmedeki Değişim Aşamaları	Son Görüşmedeki Sigarayı Bırakma Durumu					
	Bırakan		Bırakmayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Düşünce Öncesi</b>	2	40.0	3	60.0	5	100.0
<b>Düşünme</b>	2	10.5	17	89.5	19	100.0
<b>Hazırlık</b>	12	44.4	15	55.6	27	100.0
<b>TOPLAM</b>	16	31.4	35	68.6	51	100.0

\* Satır yüzdesi alınmıştır.

Tablo 4.9’da araştırmaya katılan bireylerin motivasyonel görüşme öncesi değişim aşamalarına göre müdahale sonrasında sigarayı bırakma durumları verilmiştir. Bireylerin son görüşmedeki sigarayı bırakma durumlarına bakıldığında, düşünce öncesi aşamasında bulunan katılımcıların %40’nın, düşünme aşamasındakilerin %10.5’inin, hazırlık aşamasındaki bireylerin ise %44.4’ünün sigarayı bıraktığı saptanmıştır.

**Tablo 4.10. Araştırmaya Katılan Bireylerin Motivasyonel Görüşme ncesi ve 1 Ay Sonrası Karar Verme Dengesi Alt lek ve Genel lek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

zellikler	MG ncesi	1. Ay görüşme	t	P
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
<b>Sigara İçmenin Algılanan Yarar (Pros) Puan Ortalaması</b>	36.2±8.73	34.4±8.96	1.576	p>0.05
<b>Sigara İçmenin Algılanan Zarar (Cons) Puan Ortalaması</b>	52.1±4.65	50.1±6.24	2.242	p<0.05
<b>lek Genel Değerlendirme</b>	-15.9±9.30	-15.6±10.53	-0.177	p>0.05

Tablo 4.10’da araştırmaya katılan bireylerin motivasyonel görüşme öncesi ve 1 ay sonrası karar verme dengesi alt ölçek ve genel ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Bireylerin MG öncesinde ve 1 ay sonraki sigara içmenin algılanan yararlarına ilişkin puan ortalamaları karşılaştırıldığında iki grup arasındaki farkın t testi sonucunda  $\alpha=0.05$  önem düzeyinde fark anlamlı bulunmamıştır (t=1.576, p>0.05). Sigara içmenin algılanan zararlarına ilişkin puan ortalamaları karşılaştırıldığında iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (t=2.242, p<0.05). MG öncesinde ve 1 ay sonrasında bireylerin karar verme dengesi genel puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (t=-0.177, p>0.05).

**Tablo 4.11. Araştırmaya Katılan Bireylerin Motivasyonel Görüşme Öncesi ve 3 Ay Sonrası Karar Verme Dengesi Alt Ölçek ve Genel Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:51)**

Özellikler	MG Öncesi	3. Ay görüşme	t	P
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
<b>Sigara İçmenin Algılanan Yarar (Pros) Puan Ortalaması</b>	36.2±8.73	31.6±9.02	3.706	p<0.01
<b>Sigara İçmenin Algılanan Zarar (Cons) Puan Ortalaması</b>	52.1±4.65	50.9±5.20	1.483	p>0.05
<b>Ölçek Genel Değerlendirme</b>	-15.9±9.30	-19.2±8.95	2.578	p<0.05

Tablo 4.11’de araştırmaya katılan bireylerin motivasyonel görüşme öncesi ve 3 ay sonrası karar verme dengesi alt ölçek ve genel ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Bireylerin MG öncesinde ve 3 ay sonraki sigara içmenin algılanan yararlarına ilişkin puan ortalamaları karşılaştırıldığında iki grup arasındaki farkın t testi sonucunda  $\alpha=0.05$  önem düzeyinde fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur (t=3.706, p<0.01). Sigara içmenin algılanan zararlarına ilişkin puan ortalamaları karşılaştırıldığında iki grup arasındaki fark anlamlı bulunamamıştır (t=1.483, p>0.05). MG öncesinde ve 3 ay sonrasında bireylerin karar verme dengesi genel puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=2.578, p<0.05).



## 5. TARTIŞMA

Sigara direkt ölümlerle sonlanmayan yaklaşık 50 kadar kronik hastalıkla ilişkilidir. Sigara akciğer kanseri, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) ve periferik aterosklerozun (damar hastalığı) ana nedenidir. Kalp-damar ve beyin-damar hastalıklarının ise başlıca nedenlerindedir<sup>57,3,4</sup>.

Nikotinin yarı ömrü kısadır ve hastalar sabah kalktıklarında sigara içmezlerse rahatsızlık hissedeler. Sigara içen bireyler, yoksunluk belirtilerini önlemek amacıyla günlük yaşamında, kan nikotin seviyesinin belli bir düzeyde tutulmasını sağlayacak düzenlemeler yapar. Herhangi bir nedenle zamanı gelmesine, kandaki nikotin seviyesi düşmesine rağmen sigara içilememesi belirgin bir sıkıntı ve gerginliğe yol açar. Sigara içmenin mümkün olmayacağı durumlar, bireyde nikotin bağımlılığı ile doğru orantılı olarak rahatsızlık yaratır<sup>161</sup>. Bu çerçevede, bireylerin sigara içme yasağına uymada zorlanma durumlarına bakıldığında % 54,9'unun zorlandığı bildirilmektedir (Tablo 4.3). Bu durumu destekleyen iki hastanın açıklamaları aşağıda verilmiştir.

*46 yaşında bayan hasta:*

*“Her gece saat üçte uyanıp sigara içiyorum. Eğer sigara içmezsem tekrar uymada zorlanıyorum.”* nikotin bağımlılık düzeyine

*72 yaşında erkek hasta:*

*“Uçakta bile sigara içmeden zor duruyorum. Saatler günler gibi geliyor.”*

Ergül'ün (2005) sigara içme alışkanlığı olan adölesanlarda karşıt olumlu davranış geliştirmeye yönelik yapmış olduğu çalışmada zorlananlar %30,6 şeklinde bildirilmektedir<sup>147</sup>.

Breslau ve arkadaşları Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi'nin sigara bırakmayı belirlediği, bir günde içilen sigara sayısının ise en iyi belirleyici olduğunu saptamışlardır<sup>162</sup>. Araştırmaya katılan sigara içen bireylerin çoğunluğunun 20 ve altı sigara tükettiği, sabahın ilk saatlerinde daha yoğun sigara içtikleri bulunmuştur. Yine araştırmaya katılan bireylerin sigara içme süreleri ortalama±SS 32.7±14.28 (min:10-max:65) yıl olarak saptanmıştır. Ergül'ün çalışmasında, katılımcıların %58,3'ü günde 11-20 sigara, %19,4'ü 21-30, %19,4'ü 10 ya da daha az sayıda sigara içmekte olduğunu bildirilmiştir<sup>147</sup>.

Araştırmamızda nikotin bağımlılık düzeyine bakıldığında %49'unun yüksek, %27.5'nin orta, %23.5'inin düşük derecede bağımlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3). Yılmaz'ın (2006) çalışmasında FNBT skoru %7'sine düşük, %31'inde orta,% 48'inde yüksek, %14'ünde çok yüksek saptanmış<sup>163</sup>. Öğrencilere yönelik yapılan çalışmada katılımcıların FNBT sonucu %61'inde çok düşük, %16'sında düşük bağımlılık derecesi olduğu belirtilmiş<sup>164</sup>. Diğer bir çalışmada ergen katılımcıların FNBT sonucu %53'ünde çok düşük, %21'inde düşük, %16'sında yüksek derecede bağımlılık tespit edilmiş<sup>165</sup>. Araştırma sonuçlarına bakıldığında bağımlılık düzeylerinin farklılık gösterdiği görülmüştür. Bu durum araştırmaların yürütüldüğü grupların farklılığından kaynaklandığı düşünülebilir. Literatürde nikotin bağımlılığının derecesinin içilen sigara miktarı ve süresiyle artmakta olduğu ve ileri derecede nikotin bağımlılığının, sigara bırakma tedavisindeki başarıyı olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir<sup>166,167,168</sup>. Araştırmamıza katılan bireylerin literatüre benzer şekilde çoğunluğunun yüksek bağımlı olması hem sayı olarak daha çok, hem de süre olarak daha uzun zaman sigara kullanmış olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Nikotin bağımlılık düzeyleri yüksek çıkan bazı hastaların ifadeleri aşağıdaki gibidir:

*65 yaşında erkek hasta:*

*“Beynimdeki gıdıklama geçse içmem. Ama ne yapayım? Bu illeti dudak istiyor, el istiyor, beyin istiyor.”*

*52 yaşında bayan hasta:*

*“Bırakmak istiyorum ama irademe sahip olamıyorum. Vücut alışmış istiyor. Onu (sigarayı kastediyor) içmeden duramıyorum. Aklıma vurduğu zaman uyuşturucu bağımlısı gibi oluyorum.”*

Sigara bırakma girişimlerinin başarılı ve uygulanacak programların etkili olmasında bireylerin hazır ve motivasyonlarının yüksek olması çok önemlidir<sup>26</sup>. Araştırmaya katılan bireylerin sigarayı bırakmak için kullandıkları motivasyon gerekçelerine bakıldığında, öne çıkan gerekçeler “Bırakırsam kendimi daha çok seveceğim” “Yakın olduğum insanlar eğer bırakmazsam üzülecek” ve “Sigaranın ömrümü kısaltacağından endişe ediyorum”, “Eğer bırakmazsam ciddi bir hastalık geçirmekten endişeleniyorum” “Sigaranın zaman içinde vücudumdaki etkilerini belirgin şekilde gözlemliyorum” “Sigara içmenin sağlığıma zarar verdiğini gösteren fiziksel belirtiler gözledim” “Sigarayı bırakarak çevremdeki insanlara özellikle çocuklara örnek olmak istediğim

çin” idi. Sağlıkla ilgili kaygılar öne çıkmıştır. Literatüre bakıldığında da; sigarayı bırakmak için en güçlü ve en sık karşılaşılan motive edici unsur sağlıkla ilişkili endişeler olduğu görülmektedir (Tablo 4.4). Sigara içenlerin yaşı ilerledikçe sigarayı bırakmak için motivasyonları artmaktadır ya da en azından daha sık bırakma girişimi ile kendisini göstermektedir<sup>63</sup>. Önen ve arkadaşlarının (2010) 371 sigara içen hasta ile yaptıkları prospektif çalışmada yaşı ilerleyen ve eşlik eden hastalığı olan olguların sigarayı bırakmak için motivasyonlarının yüksek olduğu ve çalışmamıza benzer şekilde sigarayı bırakmak için tanımladıkları temel gerekçenin sağlık sorunları olduğu bildirilmiştir<sup>169</sup>. Araştırma popülasyonumuzda yaş ortalaması yüksek ve kronik hastalığı olan bireyler olması itibarıyla en öne çıkan motivasyonel gerekçe sağlıkla ilgili olanlar olmuştur. Araştırmanın sonuçları literatürle uyumlu bulunmuştur.

Sigara bırakma çabasının değişen davranış modelinin aşamalarına uygun yapılandırılması, etkinliğini artırır<sup>170</sup>. Bireylerin yaşadıkları değişim sürecinin aşamaları transteorik modelde tanımlanmıştır. Sigara bırakma davranışı ile geliştirilen ve ilk uygulaması yapılan bu model, bütün sağlık davranışı değişikliklerine uyarlanabilmektedir<sup>171,172</sup>.

Araştırmaya katılan bireylerin sigarayı bırakmaya ilişkin düşünce ve deneyimleri incelendiğinde bireylerin büyük çoğunluğunun (%82.4) daha önce sigarayı bırakmayı düşündüğünü, yine büyük bir çoğunluğunda gelecek 6 ay içinde bırakmayı düşündükleri ve yarısından fazlasının da gelecek 30 gün içinde sigarayı bırakmayı deneyeceği bulunmuştur (Tablo 4.5). Benzer şekilde Karadağlı ve Nahcivan (2012) yaptıkları çalışmada sigara içen bireylerin % 22.2’ sinin gelecek bir ay içinde sigara bırakma niyetinde büyük çoğunluğu (%77.8) ise sigara bırakmayı düşünmemekte veya gelecek 6 ay içinde bırakmayı düşünmektedirler<sup>150</sup>. Gençlerle yapılan çalışmalarda daha önce sigarayı bırakmayı düşünme, gelecek 6 ay içinde bırakmayı düşünme ve gelecek 30 gün içinde bırakmayı planlama oranı oldukça düşmektedir<sup>15,173,174</sup>. Sigara bırakma çabası, genellikle uzun yıllar süren alışkanlığın sağlık üzerindeki birikici etkisi belirdikten sonra gündeme gelmektedir<sup>175</sup>. Sonuç olarak; sigara içenlerin yaşı ilerledikçe ve sağlık sorunları başladığı zaman sigarayı daha sık bırakma girişiminde buldukları düşünülmektedir.

Sigara bırakma süreci döngüsel bir şekilde belirli aşamalardan geçen ve başarılı bir bırakma dönemine kadar bu döngünün bir kaç kez tekrarlanabildiği bir süreçtir. Birey, her döngüyü tekrarladığında, bir önceki denemesinde edindiği deneyimle hareket

etmekte ve başarılı olma şansını artırmaktadır<sup>128</sup>. Araştırmaya katılan bireylerin müdahale süresince değişim aşamalarına göre dağılımına bakıldığında motivasyonel görüşme öncesinde bireylerin %9.8'inin düşünme öncesi, %37.3'ünün düşünme, %52.9'unun hazırlık aşamasında olduğu, birinci ay görüşmesinde düşünme öncesi aşamasında hiç hasta kalmadığı, çok az kişinin düşünmede olduğu, çoğunluğun ise hazırlık aşamasına geçtiği ve hastaların bir kısmının da eyleme geçtiği gözlemlenmiştir. 3 ay sonraki görüşmede ise eyleme geçen hasta sayısının arttığı bulunmuştur. 6. ay görüşmesinde bireylerin bir kısmının sürdürme aşamasına geçtiği ancak bir hastanın aşama gerileyerek düşünme öncesi aşamaya geri döndüğü saptanmıştır (Tablo 4.6). Ergül'ün çalışmasında öğrencilerin değişim aşamaları ise Düşünme öncesi %36.1, Düşünme %52.8 ve Hazırlık %22.2'sinin aşamalarında olduğunu bildirmiştir<sup>147</sup>. Tunç'un öğretmenlerle yaptığı çalışmada sigarayı bırakmayı düşünmeyenlerin oranı %44,1, bırakmayı düşünenlerin oranı %4,2, bırakma hazırlığı aşamasında olanlar %45,5, bırakmayı deneme aşamasında olanlar %3,5, bırakmayı sürdürenler ise %18,6 olarak bulundu<sup>159</sup>. Toplumda sigara içen bireylerle yapılan bir araştırmada, davranış değişim aşamasına göre katılımcıların %53.8'i düşünme öncesi, %24'ü düşünme, %22.2'si sigara bırakmada hazırlık aşamasında olduğu bulunmuştur<sup>150</sup>. Yapılmış çalışmalara baktığımızda bu çalışmada hazırlık aşamasının daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur, bu durum bizim çalışmamızın kronik hastalarla yapılmış ve yaş ortalamasının diğer çalışmalardan yüksek olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Prochaska ve Velicer'a göre, sigarayı bırakmaya aşamalı bir süreç içinde yaklaşmak, bireyin sigarayı bırakması hedefine ulaşmasında, bir sonraki aşamaya geçmesiyle daha ulaşılabilir bir hedeftir. Bu yaklaşım, danışmanın müdahaleye devam etmesi için de motivasyon oluşturur<sup>118,176</sup>. Araştırma kapsamında uygulanan müdahale boyunca değişim aşamasında ilerlemenin en çok motivasyonel görüşme yapıldıktan bir ay sonraki görüşmede gerçekleştiği, 6 ay sonraki görüşmede takip aralığı genişledikçe bireylerde değişim aşamalarında değişiklik olduğu görüldü. Gerileme olan katılımcılar olduğu gibi değişim aşamasında ilerlemenin devam ettiği katılımcılar da görülmüştür (Tablo 4.7). Çalışmamızla paralel şekilde, Anderson ve arkadaşları (1999) TTM aşamalarına dayalı yaptıkları çalışmalarında bireylerde olumlu yönde aşama değişimi olduğunu ileri sürmüşlerdir<sup>177</sup>. Sigara içenlerin sigarayla ilgili hastalıkları olduğuna inandıklarında, değişim isteklerinin yüksek olduğu gösterilmiştir<sup>178</sup>. Sonuçlar literatürde yer alan bilgileri destekler niteliktedir.

Çalışmamızın tersine Aveyard ve arkadaşları<sup>119</sup> ile Riemsma ve arkadaşları da<sup>180</sup> sigara bırakmada TTM aşamalarına dayalı yapmış oldukları sistematik araştırmalarında TTM'nin etkinliğinin olmadığını bulmuşlardır. Buna rağmen TTM sigara bırakmada hala önerilmektedir<sup>181</sup>.

Kronik hastalığı olanların olmayanlara göre sigarayı daha zor bıraktığı bildirilmiştir<sup>169</sup>. Çalışmamızda; araştırmaya katılan bireylerin motivasyonel görüşme sonrası birinci ay görüşmelerinde %29.4'ünün, 3. ayında %33.3'ünün sigarayı bıraktıkları görülmektedir. Ancak müdahalenin 6. ayında yapılan son görüşmede, nüks nedeniyle sigarayı bırakan birey sayısında düşüş olmakla birlikte %31.4'ünün sigarayı bırakmış kaldığı görülmüştür (Tablo 4.8). Araştırmaya katılan bireylerin motivasyonel görüşme sonrası en yüksek bırakma oranlarına 3. Ay görüşmesinde ulaşılmıştır.

Ergül'ün çalışmasında sigara bırakma programı sonrasında, altıncı ayda yaptıkları izlemede, öğrencilerin sigara bırakma oranı %8.3 olarak bildirmiştir<sup>147</sup>. Heckman ve arkadaşlarının (2010) motivasyonel görüşmenin sigara bırakmadaki etkinliğini meta-analiz yoluyla inceledikleri çalışmalarında kronik hastalığı olan yetişkinlerde bırakma oranlarını % 13.4 olarak bulunmuştur<sup>182</sup>. Çalışmamızla paralel şekilde, bazı araştırmacılar motivasyonel görüşmenin etkisinin 10–12 haftalık takipte en yüksek seviyeye ulaştığını saptamışlardır<sup>183,184,185</sup>. Soria ve arkadaşlarının (2006) evre-temelli 20'ser dakikalık üç motivasyonel görüşmeden oluşan 6. ve 12. aylarda müdahale sonrası sigaradan uzak durma ölçümlerinde katılımcıların %28.8'i ilk görüşmede, %43.9'u ikinci görüşmede ve %33.3'ü üçüncü görüşmede bırakma girişiminde buldukları belirlenmiştir motivasyonel görüşme müdahalesi 5.2 kat kısa tavsiye müdahalesine göre başarılı bulunmuştur<sup>186</sup>. Çalışmamızda, müdahaleden 3 ay sonra sigara bırakmayı sürdüren bireylerin yüzdesi, diğer kronik hastalığı olan yetişkinlerle yapılan çalışma bulgularıyla karşılaştırıldığında, daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak farklı popülasyonlar ile yapılan diğer çalışmaya göre bırakma yüzdesinin düşük olmasının sebebi çalışmamızdaki olguların genellikle daha uzun süre sigara içme öyküsü bulunması ve hem fiziksel hem de psikolojik olarak daha güçlü bağımlı olmalarıyla açıklanabilir. Geniş sayıda olgu içeren randomize kontrollü bir çalışmada günlük tüketilen sigara miktarına ek olarak sigara içilen sene sayısının da sigara bırakma başarısıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir<sup>179</sup>.

Değişim aşamaları sigara bırakmada önemli bir belirteçtir<sup>154</sup>. Araştırmaya katılan bireylerin motivasyonel görüşme öncesi değişim aşamaları ile son görüşmedeki sigarayı

bırakma durumları karşılaştırıldığında, düşünce öncesi aşamasında bulunan katılımcıların %40'nın, düşünme aşamasındakilerin %10.5'inin, hazırlık aşamasındaki bireylerin ise %44.4'ünün sigarayı bıraktığı saptanmıştır (Tablo 4.9).

Prochaska ve arkadaşları (2004) geniş topluluklara yönelik gerçekleştirilen TTM temelli girişimlerin, sigara içme davranışına ilişkin değişim aşamalarında iki aşama ilerlemelerine yardımcı olduğu ve bırakma çabasını %300 arttırdığını saptamışlardır<sup>176</sup>. TTM temelli girişimler, hazırlık aşamasındakilerde düşünme öncesi ve düşünme aşamasındakilerden daha etkilidir<sup>118</sup>. Aveyard ve arkadaşlarının (2009) TTM temelli değişim aşamalarına dayalı yaptıkları çalışmada sigara bırakmada aşamalar arası farklılık bulunmamıştır<sup>119</sup>.

Karar verme dengesi, bireylerin sigara içmenin yararlarını ve zararlarını nasıl algıladığını ortaya koyarak davranış değiştirme konusundaki kararlarını belirlemekte ve zarar algısı arttıkça, bu davranışı değiştirme inancı artmakta böylelikle bırakma noktasına biraz daha yaklaşılmaktadır<sup>157,187</sup>. Bu çalışmada araştırmaya katılan bireylerin motivasyonel görüşme öncesinde ve 1 ay sonrasında sigara içmenin algılanan yararlarına ilişkin puan ortalamaları anlamlı düzeyde değişmezken sigara içmenin algılanan zararlarına ilişkin puan ortalamaları ise ilk görüşmeye göre yüksek bulunmuştur. MG öncesinde ve 1 ay sonrasında bireylerin karar verme dengesi genel puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.10). Bireylerin motivasyonel görüşme öncesi ve 3 ay sonrası karar verme dengesi alt ölçek ve genel ölçek puan ortalamalarında sigara içmenin algılanan yararlarında istatistiksel anlamlı azalma oluşurken algılanan zararında belirgin fark bulunmamıştır (Tablo 4.11). Carlson ve arkadaşlarının yürüttükleri (2003) TTM'e temellendirilmiş sigara bırakma programı sonrasında, yarar algısında azalma ( $t=2.71$ ,  $p<0.05$ ) ve zarar algısında artma ( $t=2.53$ ,  $p<0.05$ ) olmuştur ve karar denge puanı program sonrası zarar algısı lehine artmıştır ( $p<0.01$ )<sup>188</sup>. Sigara bırakma programlarında farklı değişim aşamalarında bulunan bireylerin aşama ilerlemesiyle birlikte beklenen karar verme dengesi süreci, sigaranın olumlu algılanışından olumsuz algılanışına doğru bir ilerleme kaydedilmesidir. Daha önce yapılmış birçok çalışmada hazırlık aşamasındaki bireylerde sigara içmenin algılanan yarar puanları düşük, sigara içmenin algılanan zarar puanları daha yüksek bulunmuştur<sup>147,150,157,189</sup>. Hastaların sigara ile ilgili olumlu ve olumsuz düşüncelerini belirten bazı ifadeleri aşağıda verilmiştir:

*51 yaşında bayan hasta:*

*“Sigara içmeyi seviyordum ve bırakmayı düşünmüyordum. Ama bırakmam iyi oldu. Şekerim bile düzene girdi.”*

*56 yaşında erkek hasta:*

*“Sigara eşim, dostum. Herşeyden daha çok seviyorum. Bırakmak zorunda olduğum için bırakacağım. Çünkü içmeseydim kalp hastası olmazdım.”*

*61 yaşında erkek hasta:*

*“Sigara içmediğim zaman çok rahatım. İyi ki bırakmışım. Şimdi daha rahat yürüyebiliyorum. Şimdi nefes almak eskisi kadar zor değil.”*

*53 yaşında bayan hasta:*

*“Sigarayı içmediğimde daha rahatım. Onca yıl beni rahatlatıyor diye boşu boşuna sağlığımdan olmuşum. Meğer dost değil düşmanmış.”*

Beklenmedik bir şekilde Font-Mayolas ve arkadaşlarının (2007) sigara kullanıcısı ve eski sigara kullanıcısı olan İspanyol örneğinde sigara kullanımının yarar ve zararları ve değişim evreleri arasında ilişki olup olmadığını araştırdıkları çalışmada, sigara kullanımının yarar puanları hareket ve sürdürme evrelerinde diğer evrelere göre daha yüksek düzeyde değer aldığı belirtilmiştir. Bununla beraber düşünme ve hazırlık evresinde sigara kullanımının zararlarının yararlarına göre ağırlık kazandığı belirlenmiştir<sup>189</sup>. Yapılmış çalışmalara baktığımızda çalışmamızın Sigara içmenin algılanan zararlarına ilişkin puan ortalamaları değişiminin düşük olduğu bulunmuştur. Puan değişimindeki farkın az olması çalışmanın kronik hastalığa sahip dolayısı ile de sigara kullanımının zararları ile ilgili algıları zaten yüksek bireylerde yapılmış olması ve en baştan beri hazırlık aşamasındaki birey sayısının fazla olmasıyla ilişkilendirilebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada, motivasyonel görüşmenin kronik hastalığa sahip bireylerde sigara bırakma durumlarına etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %68.6'sının erkek, yaş ortalamalarının  $50.5 \pm 12.88$  (min:25-max:74) olduğu, %72.5'inin ilkokul ve altı düzeyinde öğrenime sahip, %70.6'sının evli, %56.9'unun çalışmadığı ve %51.0'nın orta gelir düzeyine sahip olduğu ( Tablo 4.1) bulunmuştur. Bireylerin %31'i hipertansiyon ve %25.0 KAH %21.5'inin ise KOAH hastalığına sahip, %88.2'sinin düzenli ilaç kullandıkları, CO düzeylerinin puan ortalamaları motivasyonel görüşme öncesi  $13.1 \pm 8.48$ . iken, 1. ay görüşmede  $9.5 \pm 8.44$  ve 3. ay görüşmede ise  $6.9 \pm 6.28$  olduğu (Tablo 4.2); bireylerin %68.6'sının günlük 20 ve altı sigara tükettikleri, %62.7'sinin sabahın ilk saatlerinde daha yoğun sigara içtikleri, %54.9'unun sigara içmenin yasak olduğu yerlerde bu yasağa uymakta zorlandıklarını, nikotin bağımlılık düzeylerine göre %49'unun yüksek, %27.5'nin orta, %23.5'inin ise düşük derecede bağımlı oldukları, sigara içme sürelerinin 10-65 yıl olarak (Tablo 4.3) saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin sigara bırakmada en çok kullandıkları motivasyon kaynağı olarak “Bırakırsam kendimi daha çok seveceğim”  $\bar{x} \pm SS$   $3.54 \pm 1.02$ , “Yakın olduğum insanlar eğer bırakmazsam üzülecek”  $3.52 \pm 1.06$ , “Sigaranın ömrümü kısaltacağından endişe ediyorum”  $3.50 \pm 0.98$  şeklinde belirttikleri (Tablo 4.4), bireylerin büyük çoğunluğunun (%82.4) daha önce sigarayı bırakmayı düşündüğünü, %88.2'sinin gelecek 6 ay içinde bırakmayı düşündükleri, %56.9'unun ise gelecek 30 gün içinde sigarayı bırakmayı deneyeceği (Tablo 4.5) bulunmuştur.

Başlangıçta bireylerin %9.8'inin düşünce öncesi, %37.3'ünün düşünme, %52.9'unun hazırlık aşamasında yer almaktayken müdahale ilerledikçe bireylerin değişim aşamaları arasında yer değiştirdikleri ve 3 ay sonraki görüşmede %7.8'inin düşünme, %58.8'inin hazırlık, %33.3'ünün eylem aşamasında, 6 aydan sonraki görüşmede %2'sinin düşünme öncesi, %23.5'inin düşünme, %43.1'inin hazırlık, %15.7'sinin eylem ve yine %15.7'sinin sürdürme aşamasında olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6).

Araştırmaya katılan bireylerin motivasyonel görüşme yapıldıktan sonraki birinci ayda bireyler değişim aşamasında gerileme göstermezken, %39.2'sinin değişim aşamasında



değişiklik olmadığını, %60.8'sinin değişim aşamasında ilerleme gösterdiği, 3.ayda yapılan görüşmede %5.9'unun değişim aşamasında gerileme yaşadığı, %84.3'ünün aşamada değişim göstermedikleri, %9.8'inin ise aşamada ilerleme gösterdikleri, 6.aydan sonra yapılan kontrolde %29.4'ünün aşamada gerileme kaydettiği, %45.1'inin aşama değişimi olmadığını, %25.5'inin ise aşamada ilerleme olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7).

Motivasyonel görüşme sonrası yapılan görüşmelerin birinci ayında bireylerin %29.4'ünün, 3.ayında %33.3'ünün ve 6.ayında %31.4'ünün sigarayı bıraktığı (Tablo 4.8); sigarayı bırakan bireylerin başlangıçta %40'nın düşünce öncesi aşamasında, %10.5'inin düşünme, %44.4'ünün ise hazırlık aşamasında buldukları (Tablo 4.9) belirlenmiştir.

Başlangıçta bireylerin karar verme dengesi alt ölçek ve genel ölçek puan ortalamalarında sigara içmenin algılanan yararlarına ilişkin puan ortalaması  $36.2 \pm 8.73$ , sigara içmenin algılanan zararlarına ilişkin puan ortalaması  $52.1 \pm 4.65$ , ölçek genel puan ortalaması  $-15.9 \pm 9.30$  iken müdahalede 1 ay sonra yapılan değerlendirmede sigara içmenin algılanan yararlarına ilişkin puan ortalaması  $34.4 \pm 8.96$ , sigara içmenin algılanan zararlarına ilişkin puan ortalaması  $50.1 \pm 6.24$ , ölçek genel puan ortalaması  $-15.6 \pm 10.53$  olduğu ve sigara içmenin algılanan zarar puanının düştüğü bu düşüşün istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.10); müdahalede 3 ay sonra yapılan değerlendirmede ise bireylerin sigara içmenin algılanan yararlarına ilişkin puan ortalaması  $31.6 \pm 9.02$ , sigara içmenin algılanan zararlarına ilişkin puan ortalaması  $50.9 \pm 5.20$ , ölçek genel puan ortalaması  $-19.2 \pm 8.95$  şeklinde olduğu ve algılanan yarar puanının istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ( $p < 0.01$ ) olarak düştüğünü genel ölçek puanının da algılanan zarar yönünde değiştiği bulunmuştur (Tablo 4.11).

## 6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Sigara kullanan kronik hastalığa sahip bireyler için sigara bırakma polikliniklerinde ve tedavi gördükleri servislerde bireylerin sigara kullanım davranışını değiştirme konusunda motivasyonlarını arttırmak ve bırakmalarına yardımcı olmak için sağlık personeli tarafından motivasyonel görüşme uygulanabilir.

- Motivasyonel görüşmenin etkilerinin diğer sigara bırakma yaklaşımları ile karşılaştırıldığı kontrollü, daha geniş ve farklı örneklem gruplarını da içeren çalışmalar yürütülmelidir.

## 7. KAYNAKLAR

- 1- 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):12.
- 2- Tezcan S, Yardım N. Türkiyede çeşitli sağlık kurumlarında doktor, hemşire ve tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme boyutu. Tuberk Toraks. 2003; 51(4):390-7.
- 3- Schultz AS. Nursing and tobacco reduction: a review of the literature. Int J Nurs Stud. 2003; 40(6):571-86.
- 4- Sezer RE, Öztürk ŞZ, Bilgin N, Açık Y, Çandır Z, Özdemir N. Elazığ'da görev yapan hekimlerin ve diş hekimlerinin sigara konusundaki davranışları tutumları. Doğa – Tr J Medical Sciences. 1990; 14, 381-390.
- 5- Kutlu R, Marakoğlu K, Çivi S. Selçuk üniversitesi tıp fakültesi hemşirelerinde sigara içme durumu ve etkileyen faktörler. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi. 2005;27(1):29 – 34.
- 6- World Health Organization, World Health Report 1999. Geneva:WHO, 1999.
- 7- Önen ZP, Şen E, Gülbay BE, Öztürk A, Yıldız ÖA, Acıcan T, Saryal S, Karabıyıkoglu G. Kardiyopulmoner hastalığı olanlarda sigaranın bırakılması. Anadolu Kardiyol Derg. 2011;11: 244-249
- 8- Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. Lancet. 2003; 362: 847-52.
- 9- Ezzati M, Henley SJ, Lopez AD, Thun MJ. Role of smoking in global and regional cancer epidemiology: current patterns and data needs. Int J Cancer. 2005;116:963-71.
- 10- Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. İn D'Amato G, Holgate ST; eds. The Impact of Air Pollution on Respiratory Health. First Ed. Sheffield: ERS Journals Ltd. Eur Respir Mon. 2002;21:161-179.
- 11- US Department of Health and Human services. A Report of the Surgeon General: The health consequences of smoking. Washington (DC), US Department of Health and Human Services.1982.

- 12- Mayda AS, Tufan N, Baştaş S. Düzce tıp fakültesi öğrencilerinin sigara konusundaki tutumları ve içme sıklıkları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(5):364-370
- 13- World Health Organization. Investing in Mental Health. 2003. [www.who.int/mental\\_health](http://www.who.int/mental_health)
- 14- World Health Organization. European country profiles on tobacco control, WHO. 2003. [www.data.euro.who.int/tobacco](http://www.data.euro.who.int/tobacco)
- 15- Ceylan E, Gencer M, Yanık M. Harran üniversitesi'ne kayıt yaptıran öğrencilerin sigaraya karşı tutumlarını etkileyen faktörler. Toraks Dergisi. 2005;6 (2):144-150.
- 16- Doğan YB. Bağımlılık kavram ve anlayışı. Ed: Dilbaz HN, Alkol ve Alkol Dışı Madde Bağımlılığı. Pp. 1-8. Ankara, 1998.
- 17- Demirel Y, Sezer E. Sivas bölgesi üniversite öğrencilerinde sigara kullanma sıklığı. Erciyes Medical Journal. 2006;27(1):1-6.
- 18- Gençöz F, Soykan Ç, Soykan A, Gençöz T. Sigara bağımlılığı ve tedavisi. ART Ofset Matbaacılık. Ankara. 2003.
- 19- Ögel K, Taner S, Yılmazçetin C. Ergenlerde madde kullanım bozukluklarına yaklaşım kılavuzu, IQ Kültür Sanat Yayıncılık. İstanbul. 2003.
- 20- Goudie BJ. Study to test nursing smoking cessation interventions on the stage of behavior change of smokers. Grand Valley State University, Master Thesis, Kirkhof School Of Nursing, 2001 [www.lib.umi.com](http://www.lib.umi.com)
- 21- Elliot L, Crombie IK, Irvine L, Contrell J, Taylor J. A Review of the contribution of nurses, midwives and health visitors to improving the public's health. Section smoking, 2003;8:133-148,
- 22- Aşut Ö. Sigara İçmek Hastalıktır. Tütün Kontrolünde Hekimler Ağı Toplantısı, s.23-24. Tıp Dünyası. 1 Kasım 2005.
- 23- World Health Organization, European Country Profiles on Tobacco Control, WHO, 2003. [www.data.euro.who.int/tobacco](http://www.data.euro.who.int/tobacco)
- 24- Froelicher ES, Kozuki Y. Theoretical applications of smoking cessation interventions to individuals with medical conditions women's initiative for nonsmoking (wins)-part III. *International Journal of Nursing Studies*. 2002;39:1-15

- 25- Haddock J, Burrows, C. The Role of The Nurse in Health Promotion an Evaluation of A Smoking Cessation Programme in Surgical Pre-admission Clinics, *Journal of Advanced Nursin.* 1997;26:1098-1110.
- 26- Reime B, Ratner P, Seidenstücker S, Janssen P, Novak P. Motives for smoking cessation are associated with stage of readiness to quit smoking and sociodemographics among German industrial employees. *Employees. Am. J. Health Promotion.* 2005;20(4):259-266.
- 27- Woodruff S, Lee J, Conway T. Smoking and quitting history correlates of readiness to quit in multiethnic adolescents. *Am. J. Health Behav.* 2006;30(6):663-674.
- 28- Kılınç O. Sigara bırakma tedavisinde davranışçı ve bilişsel yöntemler. tütün ve tütün kontrolü. pp. 479-481, Toraks Kitapları sayı:10 Aves Yayıncılık, İstanbul, 2010.
- 29- Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing, preparing people to change addictive behavior. *What Is Motivational Interviewing?* The Guilford Pres, New York. 2002. p.33-43.
- 30- LaBrie JW, Pedersen ER, Earleywine M, Olsen H. Reducing heavy drinking in college males with the decisional balance: analyzing an element of motivational interviewing. *Addictive Behaviors.* 2006;31, 254-263.
- 31- Miller WR ve Rollnick S. *What is Motivational Interviewing?* Motivational Interviewing, Second Edition, The Guilford Pres, New York, 2002.
- 32- Manfredi C, Crittenden KS, Warnecke R, Engler J, Cho YI, Shaligram C. Evaluation of a motivational smoking cessation intervention for women in public health clinics. *Preventive Medicine.* 1999;28(1):51-60.
- 33- Lawrence T, Aveyard P, Croghan E. What happens to women's self-reported cigarette consumption and urinary cotinine levels in pregnancy? *Addiction.* 2003;98,315-1320.
- 34- Kaufman N, Yach D. Tobacco-control challenges and prospects. *Bull. World Health Organ* 2000;78:867
- 35- WHO, World Health Report. Genova. 1999.  
[http://www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf).

- 36- A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. JAMA. 2000;283:3244-54.  
<http://whyquit.com/guidelines/2000JuneConsensus.pdf>
- 37- Akdur R. Gençlerde sigara salgını. Sigara veya Sağlık Sempozyumu. pp:1-14, Ankara, 2 Nisan 2009.  
<http://www.recepakdur.com/yayinlar.asp?tur=5&offset=30>
- 38- Sherman CB. Health effect of cigarette smoking. Clin Chest med. 1991;12:643
- 39- Skuladottir H, Olsen JH, Hirsch FR. Danish cancer society. Incidence of lung cancer in Denmark:historical and actual status. Lung cancer. 2000;27:107-18
- 40- U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. USA; 2004
- 41- World Bank. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington, World Bank. 1999.
- 42- Warren CW, Riley L, Asma S, et. al.Tobacco use by youth: A surveillance report from the Global Youth tobacco survey project. Bull World Health Organ. 2000;78:868-76.
- 43- US Department of Health and Human Services.A Report of the Surgeon General:The health consequences of smoking.Washington(DC ): 1982.
- 44- US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, CDC, and National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health. Atlanta, Georgia. CDC. 1994.
- 45- Gülbayrak C, Açık Y, Deveci SE, Oğuzöncül AF. Elazığ il merkezinde iki eğitim araştırma sağlık ocağı bölgesinde kadınların sigara içme sıklığı. Erciyes Tıp Dergisi. 2004;26(4):158-164.
- 46- Dabakoğlu T, Kukner S, Vicdan K, Keleş G, Ergin T, Gökmen O. Smoking, drinking and drug Use in female adolescent. Tr J Med Sci 1993;19:157-64
- 47- Satman I, Yılmaz T, Şengül A. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study(TURDEP). Diabetes Care. 2002;25:1551-6  
[http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/C/D/W/\\_/nnbcdw.pdf](http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/C/D/W/_/nnbcdw.pdf)
- 48- Dabak Ş. Sigara ve Sağlık. In: Tür A; ed. Sigaranın bilimsel yüzü. pp:1-32, Logos Yayıncılık, İstanbul, 2004.

- 49- Şahin M, Arslandağ M. Kardiovasküler sistem ve sigara. In:Tür A ,editör. Sigaranın bilimsel Yüzü. Pp: 154-8, Logos Yayıncılık, İstanbul, 2005.
- 50- Türkiye Kalp Raporu 2000, Türk Kardiyoloji Derneği, pp. 61-7 Yenilik Basımevi, İstanbul, 2000.
- 51-Çan G, Çakırbay H, Topbaş M, Karkucak M, Çapkın E. Doğu Karadeniz Bölgesi'nde sigara içme prevalansı. Tüberküloz Ve Toraks. 2007;55(2):141-7.
- 52- US Public Health Service Report. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. JAMA. 2000;199-208.
- 53-Çan G, Sigara epidemiyolojisi. Ed: Özyardımcı N. Sigara ve Sağlık. pp.49- 58, Uludağ. Üniversitesi Basımevi, Bursa, 2002.
- 54- World Health Organization. Public Health Action For Healthier Children And Populations; The European Health Report. 2005.
- 55- Schuman A, Mever C, Rumpf HJ, Hannöver W, Hapke U, John U. Stage of change transitions and processes of change. Decisional balance, and self-efficacy in smokers: a transtheoretical model validation using longitudinal data. Psychol Addict Behav. 2005;19(1): 3-9.
- 56- Karlıkaya C. Tütüne bağlı hastalıklar ve tütünün kontrolü. Toraks Derneği 3. Kış Okulu Bildirisi, pp.176-189, Ankara, 2002.
- 57- Karlıkaya C, Öztuna F, Solak Z, Özkan M. Tütün kontrolü. Toraks Dergisi. 2006;7(1):51-64.
- 58- Beck GJ, Doyle CA, Schachter EN. Smoking and lung function. Am Rev Respir Dis. 1981;123:149-55.
- 59- Hand S, Edwards S, Campbell IA, Cannings R. Controlled trial of three weeks nicotine replacement inhospital patients also given advice and support. Thorax. 2002;57: 715–718.
- 60- Tashkin DP, Kanner R, Bailey W, et al. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. Lancet. 2001;357:1571–1575.
- 61- Jimenez-Ruiz CA, Masa F, Miravittles M, et al. Differences in attitudes and dependence between healthy smokers and smokers with COPD, Chest. 2001;119(5):1365-70.
- 62- Tonnesen P, Carrozzi L, Fagerström KO, Gratziou C, Jimenez-Ruiz C, Nardini S, Viegi G, Lazzaro C, Campell IA, Dagli E, West R. Smoking cessation in patients

- with the respiratory diseases: A high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J*. 2007;29:390–417.
- 63- Centers for Disease Control and Prevention. Smoking cessation during previous years among adults in United-States 1990 and 1991. *MMWR* 1993; 42: 504–507.
- 64- Tashkin DP, Kanner R, Bailey W, et al. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet*. 2001;357:1571–1575.
- 65- US Dept of Health and Human Services. The health consequences of smoking: Chronic obstructive lung disease. A report of the Surgeon General. Rockville, US Dept of Health and Human Services, 1984.
- 66- Hylkema MN, Sterk PJ, de Boer WI, Postma DS. Tobacco use in relation to COPD and asthma. *Eur Respir J* 2007; 29: 438-45.
- 67- Erhardt L. Cigarette smoking: an undertreated risk factor for cardiovascular diseases. *Atherosclerosis*. 2009;205:23-32.
- 68- Cohen V, Khuri FR. Progress in lung cancer chemoprevention. *Cancer Control*. 2003;10(4):315-24.
- 69- Hasan SU. ATS statement-cigarette smoking and health. *Am J Respir Crit Care Med*. 1996;154: 1579-80.
- 70- Karlıkaya C. Sigara ve meslek. *Solunum* 2004;6:262-75.
- 71- Şahin M, Arslan dağ M. Kardiyovaskuler sistem ve sigara. Tur A (Editor). Sigaranın bilimsel yüzü'nde. Logos Yayıncılık. pp.147-61. İstanbul, 2005.
- 72- Barth J, Critchley J, Bengel J. Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008;64(5):457–458.
- 73- Williams MA, Fleg JF, Ades PA, et al. Secondary prevention of coronary heart disease in the elderly (With Emphasis on Patients >75 Years of Age). *Circulation*. 2002;105:1735-1743. <http://www.circulationaha.org>
- 74- Aydınlar A. Sigaranın kardiyovasküler sistem üzerine etkileri. İçinde: sigara ve sağlık. Ed: Özyardımcı N. Sigara ve Sağlık. pp. 206-215, Bursa, 2002.
- 75- Yılmaz M, Oyan G. Periferik Arter hastalığında yaşam kalitesi ve etkili bazı faktörlerin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci*, 2009;21(3):382-90
- 76- Roebuck A, Furze G, Thompson DR. Health related quality of life after myocardial infarction; an interview study. *J Adv Nurs*, 2001;34(6):787-94.



- 77- Verhaak P, Heijmans M, Peters L, Rijken M. Chronic disease and mental disorder. *Soc Sci Med.* 2005;60(4):789-97.
- 78- Tok A, Çelik Ş. Koroner anjiyoplasti ve intra koroner stent uygulanan hastaların taburculuk sonrası yaşadıkları sorunlar. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.* 2009;1(2):47-55
- 79- Griffith KA, Sherrill DL, Siegel EM, et al. Predictors of loss of lung function in the elderly: The cardio-vascular Health Study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001;163:61-68.
- 80- Aydınlar A. Sigaranın Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkileri. Özyardımcı N. *Sigara ve Sağlık.* Bursa, 2002: 206-213.
- 81- Özsaruhan Ö. Pasif Sigara İçimi. *Hipokrat Kardiyoloji,* 1999;2(9):8-10.
- 82- Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, et al. Effect of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronhodilator on the rate of decline of FEV1. *JAMA* 1994;272:1497-1505.
- 83- Öksüz E, Mutlu ET, Malhan S. Characteristic of daily and occasional smoking among youths. *Public Health.* 2007;121, 349-356.
- 84- Petersen JL, McGuire DK. Impaired glucose tolerance and impaired fasting glucose a review of diagnosis, clinical implications and management, *Diab Vasc Dis Res.* 2005;2: 9-15.
- 85- Persson LG, Hjalmarson A. Smoking cessation in patients with diabetes mellitus: Results from a controlled study of an intervention programme in primary healthcare in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care.* 2006;24:75-80.
- 86- Taşkın YM. Diyabet hastalarının tedaviye uyumunu etkileyen faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2006.
- 87- [www.saglikbakanligi.gov.tr](http://www.saglikbakanligi.gov.tr)
- 88- Zevin S, Benowitz NL. Drug interactions with tobacco smoking. An update. *Clin Pharmacokinet.* 1999;36:425-38.
- 89- Hylkema M.N, Sterk PJ, Boer WI, Postma DS. Tobacco use in relation to COPD and asthma. *European Respiratory Journal.* 2007;29: 438–445.
- 90- Tanrıdağ R. Sigara içme davranışı üzerinde denetim odağının etkisinin incelenmesi. *Kriz Dergisi.* 2001;9(1): 21-26
- 91- Aydemir G. Öğrencilerin Sigaranın Sağlığa Zararı Konusundaki Bilgi Durumları ile Verilen Eğitimin Etkinliğinin Ölçülmesi. *Türk Hemşireler Dergisi;* 1994: 44(1):19-25.

- 92- Özlü T. Gençlik ve Sigara.Özyardımcı N.,Sigara ve Sağlık .Bursa, 2002: 74-83.
- 93- Durna Z, Memiş S. Sigara içmeyen hekim-hemşire ve öğretmenlerin duyarlılıklarının ve önlem önerilerinin değerlendirilmesi. Hemşirelik Bülteni. 1993;7(29): 65-73.
- 94- Kaya E, Danacı AE, Şakar A, Yorgancıoğlu A. Sigarayı bırakmada ruhsal etkenlerin etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005;6:245-250
- 95- Öztürk Ö. Sağlık çalışanları ve sigara. Süleyman Demirel Üniversitesi Derg. 2009; 16(2):32-38.
- 96- Çam O. Hemşirelik birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin sigara ve alkol içme durumlarının karşılaştırılması. Sağlık için Sigara Alarmı, 1998-2001;4(1-4):81-87.
- 97- Erboycu A E, Aksel N, Çakan A, Özsöz A. İzmir ilinde sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları. Toraks Dergisi. 2004; 5(1): 6-12.
- 98- Sezer E, Açık Y, Bilgin N ve ark. Elazığ İlinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerin Sigara Konusundaki Tutum ve Davranışları. Sigara Alarmı, 1994;1: 5-6.
- 99- Gençöz F, Soykan Ç, Soykan A, Gençöz T. Sigara bağımlılığı ve tedavisi. ART Ofset Matbaacılık Sn ve Tic Ltd Şti, pp.1-48. Ankara 2003.
- 100- Sarandöl A. Nikotin bağımlılığı ve tedavi yaklaşımı. Akciğer Arşivi. 2002;3:129-139
- 101- Mereu G,Yoon KP, Boi V, et al. Preferential stimulation of ventral tegmental area dopaminergic neurons by nicotine. Euro J of Pharmacol. 1987; 141:395-9.
- 102- Grenhoff J, Aston-Jones G, Svensson TH. Nicotine effects on the firing pattern of midbrain dopamine neurons. Acta Physiol Scand. 1986; 128:351-8
- 103- Clarke PBS,Pert A. Autoradiographic evidence for nicotine receptors on nigrostriatal and mesolimbic dopaminergic neurons. Brain Research 1985;338:355-8.
- 104- Palmer KJ, Buckley MM, Faulds D. Transdermal nicotine. Drugs 1992;44(3):498-529.
- 105- Pomerleau OF. Nicotine and the central nervous system: biobehavioral effects of cigarette smoking. The Am. J. of. Med. 1992; 93 (Suppl 1A).
- 106- Rose JE, Levin ED. Inter-relationships between conditioned and primary reinforcement in the maintenance of cigarette smoking. Br J Add. 1991;86: 605-9.
- 107- Breslau N, Kilbey M, Andreski P. Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders : Finding from an epidemiologic study of young adults. Am J Psychiatry. 1992;149:464-9.

- 108- Acri JB, Grnuberg NE. A psychophysical task to quantify smoking cessation-induced irritability: The reactive irritability scale (RIS). *Addictive Behaviours*. 1992; 17:587-601.
- 109- Hughes J.R. Nicotine-Related Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams&Wilkins. 2000;1033-8.
- 110- Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozukluklar Tanısal ve istatistiksel El kitabı. Koroğlu E (çev.). 4.baskı, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1994.
- 111- Reid RD, Quinlan B, Riley DL, Pipe AL. Smoking cessation: lessons learned from clinical trial evidence. *Current Opinion in Cardiology*. 2007;22(4):280-5
- 112- Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler ve Uygulanan Tedavilerin Başarı Oranları. *The Medical Journal of Kocatepe*. 2005;6: 27-34.
- 113- Çelik Y. Nikotin Ve Sinir Sistemi, Sigarayı Bırakmaya Yönelik İlaç Uygulamaları. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics*. 2010;3(1):179-84
- 114- Urso P. Match the best smoking cessation intervention to your patient. *Nurse Practitioner*. 2002;12-23.
- 115- Washington OM. Effects of group therapy on chemically dependent women's self efficacy. *Journal of Nursing Scholarship*. 2000;32(4):347-352.
- 116- Froelicher ES, Kozuki Y. Theoretical applications of smoking cessation interventions to individuals with medical conditions women's initiative for nonsmoking (wins)-part III. *International Journal of Nursing Studies*. 2002;39:1-15
- 117- DiClemente CC ve Velasquez MM. Motivational Interviewing and Stage of Change. W. R.Miller, S. Rollnick(Ed.), *Motivational Interviewing Second Edition*, The Guilford Pres. p.201-249, New York, 2002.
- 118- Prochaska OJ, Velicer F.W. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change, *American Journal of Health Promotion*, 1997;12:38-48.
- 119- Aveyard P, Massey L, Parsons A, Manaseki S, Griffin C. The effect of Transtheoretical Model based interventions on smoking cessation. *Social Science & Medicine*, 2009;68:397-403.

- 120- Erol S, Erdoğan S. Sağlık Davranışlarını Geliştirmek Ve Değiştirmek İçin Transteoretik Modelin Kullanılması. Atatürk Univ Hemşire YO Derg. 2007;10(2): 86-94.
- 121- Jonsdottir H, Jonsdottir R, Geirdottir T, Sveinsdottir K, Sigurdardottir T. Multicomponent individualized smoking cessation intervention for patient with lung disease. *Journal of Advanced Nursing*, 2004;48(6):594-604.
- 122- Xiao J, Newman B, Prochaska J, Leon B, Bassett R, Johnson J. Applying the Transtheoretical Model of Change to Consumer Debt Behavior, *Financial Counseling and Planning*, 2006;15(2),89-100.
- 123- Pollak K, Carbonari JP, Diclemente CC, Nieman, YF, Mullen, PD. Causal Relationships of Process of Change and Decisional Balance: Stage-Specific Models for Smoking. *Addictive Behaviors*, 1998;23(4),437-448.
- 124- Velicer WF, Norman GJ, Fava, JL, Prochaska JO. Testing 40 Predictions From The Transtheoretical Model, *Addictive Behaviors*, 1999;24(4), 455-469.
- 125- Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska J.O. Health Behavior Models. *The International Electronic Journal of Health Education*; 3 (Special Issue) 2000;180-193
- 126- Cancer Prevention Research Center (2008). Transtheoretical Model Erişim:16.12.2012 <http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm>
- 127- Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Norman GJ, Redding CA. Smoking cessation and stress management:Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis*, 1998;38:216-233.
- 128- Connors GJ, Donovan DM ve DiClemente CC. Substance Abuse Treatment and The Stages of Change.The Guilford Pres, New York, London. 2001.
- 129- Prochaska JO, Redding CA, & Evers KE. The Transtheoretical Model and stages of change. In: Glanz K., Rimer B.K., Viswanath K.V., eds. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass, Inc. 2008;97-121.
- 130- Kırsal A, Beşer A. Yaşlı kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışları arttırılabilir mi? Sağlık çalışanlarının sorumlulukları. DEUHYO ED 2012;5(3):116-128 <http://users11.jabry.com/deuedergi/kissal.pdf>

- 131- Grimley DM, Prochaska GE, Prochaska JO. Condom use adoption and continuation: A transtheoretical approach. *Health Education Research: Theory & Practice*, 1997;12(1):61-75.
- 132- Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical theory: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy Theory Research Practice*, 1982;19:276-288.
- 133- Efe ŞY. Aile içi şiddete uğrayan kadınlara yönelik hemşirelik hizmetlerinde “değişim modelinin” kullanılması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009;3(2):130-135
- 134- Vasilaki EI, Hasler SG, Cox WM. The Efficacy Of Motivational Interviewing As A Brief Intervention For Excessive Drinking: A Meta-Analytic Review. *Alcohol & Alcoholism*. 2006;41(3):328-335
- 135- Miller WR ve Rollnick S. Motivasyonel görüşme. İnsanları değişime hazırlama. Ed. Karadağ F, Ögel K, Tezcan AE. pp:35-45. HYB basım yayın, Ankara 2009.
- 136- Thigpen ML, Beauclair TJ, Keiser GM. A Guide for probation and parole motivating offenders to change. pp:21-23, U.S. Department of Justice National Institute of Corrections. 320 First Street, NW Washington, 2007.
- 137- Tomlin K. Walker RD. Grover J. Arquette W. Stewart P. Motivational Interviewing: Enhancing Motivation for Change—A Learner’s Manual for the American Indian/Alaska Native Counselor. pp:25-27. <http://www.motivationalinterview.org/Documents/LearnersManualforMotivationalInterviewing.pdf>
- 138- Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing, The Guilford Press, pp: 52-85, USA, 2002.
- 139- Markland D. Ryan RM. Tobin VJ. Rollnick S. Motivational Interviewing And Self-Determination Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2005;24(6):811-831
- 140- Ögel K. Motivasyonel Görüşme Tekniği. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2009;2(2):41-44

- 141- Efrainsson EÖ, Fossum B, Ehrenberg A, Larsson K, Klang B. Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. *Journal of Advanced Nursing*, 2012;68(4),767–782.
- 142- Froelicher ES, ve Kozuki Y. Theoretical Applications Of Smoking Cessation Interventions To Individuals With Medical Conditions Women’s Initiative for Nonsmoking (WINS)-Part III. *International Journal of Nursing Studies*. 2002;39:1-5
- 143- Haddock J, ve Burrows C. The Role of The Nurse in Health Promotion an Evaluation of A Smoking Cessation Programme in Surgical Pre-admission Clinics, *Journal of Advanced Nursing*. 1997;26:1098-1110.
- 144- WHO, List of World No Tobacco Day awardees – 2005 Erişim:16.12.2012. [http://www.euro.who.int/tobaccofree/Projects/20040903\\_1](http://www.euro.who.int/tobaccofree/Projects/20040903_1)
- 145- Diclemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991;59:295–304.
- 146- Elliott L, Crombie IK, Irvine L, Cantrell J, Taylor J. The effectiveness of public health nursing: the problems and solutions in carrying out a review of systematic reviews. *J Adv Nurs*. 2004;45(2):117-25.
- 147- Ergül Ş. Sigara içme alışkanlığı olan adölesanlarda karşıt olumlu davranış geliştirmeye yönelik hemşirelik girişimlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi. İzmir. 2005.
- 148- Tunç Z. Edirne’de Öğretmenlerin sigara içme ile bırakma davranışları ve etkileyen faktörler. Uzmanlık tezi, 83 sayfa, Edirne. 2007.
- 149- Kamlı SÖ. Psikoeğitimsel Bir Programla Hemşirelerin Sigara Bırakma Durumları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. Ankara. 2007.
- 150- Karadağlı F ve Nahcivan N. Sigara içen bireylerde sigara bırakmaya hazırlanma durumu ile ilişkili faktörler. *DEUHYO ED*. 2012;5(1): 8- 15

- 151- Hearherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *Br J Addict*, 1991; 86:1119-27.
- 152- Güneş G, Genç M, Pehlivan E. Malatya sümerbank ve tekeli fabrikalarında çalışan işçilerin sigara içme davranışları bağımlılık düzeyleri ve bırakmaya ilişkin tutumları. *Sağlık için Sigara Alarmı Dergisi*. 2001;4:73-80
- 153- Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and processes of self change of smoking: toward and integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983;51:390-395.
- 154- Chouinard CM, Robichaud-Ekstrand S. The effectiveness of a nursing inpatient smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. *Nurs Res* 2005;54(4):243–254.
- 155- Karatay G. Sigara bırakma aşamalarına odaklı motivasyonel görüşmelerle gebelerde sigara bıraktırma. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara. 2007.
- 156- Velicer WF, DiClemente CC, Prochaska JO, Brendenbun N. Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1985;48(5):1279-1289.
- 157- Yalçınkaya A.Ö & Karancı A. N. What are the differences in decisional balance and self-efficacy between Turkish smokers in different stages of change?, *Addictive Behaviors*, 2007;32 (4):836-849.
- 158- Dijkstra A, Conijn B, De Vries H. A match–mismatch test of a stage model of behaviour change in tobacco smoking. *Addiction*. 2006;101:1035-43.
- 159- Tekin ÇS. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde sigara bırakmada motivasyonun rolü. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Zonguldak, 2010.
- 160- Özcan S. Denetimli serbestlik uygulamasında motivasyonel görüşmelerin etkinliği. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İzmir, 2009.
- 161- Sezer E. Sigara da alkol ve eroin gibi bağımlılık yapıcı bir madde midir? *Turkish Journal of Smoking and Health*. 1992;3:5-7.

- 162- Breslau N, Johnson EO. Predicting smoking cessation and major depression in nicotine-dependent smokers. *Am J Public Health* 2000;90:1122-7.
- 163- Yılmaz M. Sigaranın beslenme ve besin tüketimi üzerine etkileri. Kayseri, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- 164- Kutlu R, Çivi S. Seydişehir Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinde sigara kullanma durumu ve etkileyen faktörler, *Bağımlılık Dergisi*. 2006;7(2):71-79.
- 165- Kutlu R, Maraklıoğlu K, Çivi S. Selçuk Üniversitesi Beyşehir Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sigara Kullanımı ve Etkileyen Faktörler, *Türk Aile Hek Derg*. 2005;9(3): 123-127.
- 166- Karadağ M ve ark. Nikotin bağımlılığının sigara bırakmadaki etkisi. *Yeni Tıp Dergisi*. 2011;29(1):27-31.
- 167- Heathorn TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom test for nicotine dependence: A revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *Br J Addict* 1991;86:1119-27.
- 168- De Leon J, Diaz FJ, Becona E, et al. Exploring brief measures of nicotine dependence for epidemiological surveys. *Addict Behav* 2003;28:1481-6.
- 169- Önen ZP, Şen E, Gülbay BE, Öztürk A, Yıldız ÖA, Acıcan T, Saryal S, Karabıyıkoglu G. Farklı tedavi yöntemlerinin sigara bırakma başarısı üzerine etkileri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2010;58(4): 385-392
- 170- Velicer WF, Prochaska JO. An expert system intervention for smoking cessation. *Patient Educ Couns* 1999, 36: 119–29.
- 171- Naar-King S, Rongkavilit C, Wang B, Wright K, Chuenyam T, Lam P, Phanuphak P. Transtheoretical model and risky sexual behaviour in HIV+ youth in Thailand. *AIDS Care* 2008, 20: 205-11.
- 172- Kim YH, Cardinal BJ, Lee JY. Understanding exercise behavior among Korean adults: A Test of the Transtheoretical Model. *Int J Behav Med* 2006, 13: 295-303.
- 173- Yılmaz N. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi sigara içen Eğitim Fakültesi öğrencilerinin sigara içme davranışının ve bırakma isteğinin belirleyicileri.



Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2010.

- 174- Şahin EM, Özer C, Çakmak H, Tunç Z, Tastan K, Eneç Can FN. Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara içme ve bırakma durumları. Trakya Univ Tıp Fak Derg. 2007;24(3):209-212.
- 175- Şahin EM, Özer C, Dağdeviren N, Akturk Z. Physicians smoke as much as their patients in Turkey. MEJFM. 2005;3(2).  
<http://www.mejfm.com/journal/May%202005/PDFs/PhysiciansSmoke.pdf>
- 176- Prochaska OJ, Velicer FW, Prochaska MJ, Johnson LJ. Size consistency and stability of stage effects for smoking cessation, addictive behavior. 2004;29:2007-213.
- 177- Anderson S, Keller McGowan N. Smoking cessation: The state of the science; the utility of the transtheoretical model in guiding interventions in smoking cessation, The Online Journal Of Knowledge Synthesis For Nursing. 1999;6(9).
- 178- Coleman T, Barrett S, Wynn A, Wilson A. Comparison of the smoking behaviour and attitudes of smokers who believe they have smoking-related problems with those who do not. Fam Pract 2003; 20: 520-3.
- 179- Raheison C, Marjary A, Valpromy B, et al. Evaluation of smoking cessation success in adults. Respir Med 2005;99:1303-10. [CrossRef]
- 180- Riemsma RP, Pattenden J, Bridle C, Sowden AJ, Mather L, Watt IS, Walker A: Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. BMJ 2003, 326:1175-1177.
- 181- A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. Am J Prev Med 2008, 35:158-176.
- 182- Heckman CJ, Egleston BL, Hofmann, MT. Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. Tob Control. 2010;19:410-416.
- 183- McCambridge J, Strang J. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. Addiction 2004;99:39-52.

- 184- Curry SJ, Ludman EJ, Graham E, et al. Pediatric-based smoking cessation intervention for low-income women: a randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:295-302.
- 185- Hokanson JM, Anderson RL, Hennrikus DJ, et al. Integrated tobacco cessation counseling in a diabetes self-management training program: a randomized trial of diabetes and reduction of tobacco. *Diabetes Educ* 2006;32:562-70.
- 186- Soria R, Legido A, Escolano C, et al. A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *Br J Gen Pract* 2006;56:768-74.
- 187- Lafferty CK, Heaney CA, Chen MS. Assessing decisional balance for smoking cessation among Southeast Asian males in the US. *Health Education Research*. 1999;14(1):139-146.
- 188- Carlson EL, Taenzer P, Koopmans J, Casebeer A. Predictive value of aspects of the transtheoretical model on smoking cessation in a community-based, large group cognitive behavioral program. *Addictive behaviors*, 2003;28:725-740.
- 189- Mayolas SF, Planes M, Gras E, Sullman MJM. Motivation for change and the pros and cons of smoking in a spanish population. *Addictive Behaviors*, 2007;32(1):175-180.

## 8. EKLER

### EK 1: HASTA BİLGİ VE RIZA FORMU

#### Sayın Katılımcı;

Bu çalışma Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sigara Bırakmada Motivasyonel Görüşmenin Etkinliğinin Değerlendirilmesi amacıyla uygulamalı olarak yapılması planlanmıştır. Verdiğiniz bilgiler bizim için önemli ve sigara konusunda çalışan sağlık profesyonellerine yol gösterici olacaktır. Ayrıca bireylerle motivasyonel görüşme ile sigara bırakmaya yönelik daha etkin programların geliştirilmesine katkı yapması açısından da yol gösterici olacaktır. Bu çalışmaya katılmama, anketi cevaplamama ve istediğiniz zaman anketi bırakma hakkınız bulunmaktadır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırmaya yaptığımız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarım.

Araştırma Sorumluları:

Yard. Doç. Dr. Fatma EKER

Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Müdürü

Hemşire Hamide EROL

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce bana verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm sorunları araştırmacıya sordum. Yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılıp katılmamam için bana yeterli zaman tanındı. Söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı- soyadı:

Tarih:

İmza

**EK 2: Hastaların Sosyodemografik Özellikler Ve Sigara İçme Öyküsünün Belirlenmesi Veri Formu**

**Başvuru Tarihi:**.....

**Bırakma tarihi:**.....

**Telefon No:** .....

**1. Adınız Soyadınız:** .....

**2. Yaşınız:**.....

**3.Cinsiyetiniz**

a. Kadın

b. Erkek

**4. En son hangi okulu bitirdiniz?**

a. İlkokul ve altı

b. Ortaokul ve lise

c. Üniversite

**5. Medeni durumunuz:**

a. Evli

b. Bekâr/Dul/Boşanmış/Ayrı yaşıyor

**7. Çalışma durumunuz:**

a. Çalışan

b. Çalışmayan

**8. Algılanan aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?**

( ) Düşük ( ) Orta ( ) Yüksek

**9. Sürekli takip ve tedavi edilmeniz gereken hastalıklarının nelerdir?**

a. Diyabet

d. Böbrek yetmezliği

b. Koroner Arter hastalığı

e. KOAH

c. Hipertansiyon

f. Diğerleri.....

**10. Düzenli olarak kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı?**

a. Var Varsa belirtiniz:.....

b. Yok

**11. Aktif ya da geçirilmiş ruhsal bir hastalığınız var mı?**

a. Var Varsa belirtiniz:.....

b. Yok

**12. Kaç yıldan beri sigara kullanıyorsunuz? .....**

### **EK 3: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi**

(Lütfen, aşağıdaki soruları sigarayı kullandığınız döneme göre cevaplayınız)

#### **1. İlk sigarayı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?**

- a. İlk 5 dakika
- b. 6–30 dakika
- c. 31–60 dakika
- d. Bir saatten fazla

#### **2. Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?**

- a. Evet
- b. Hayır

#### **3. İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?**

- a. Sabah içtiğim ilk sigara
- b. Diğer herhangi biri

#### **4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?**

- a. 10 yada daha az
- b. 11–20 adet
- c. 21–30 adet
- d. 31 veya daha fazlası

#### **5. Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık içer misiniz?**

- a. Evet
- b. Hayır

#### **6. Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?**

- a. Evet
- b. Hayır

#### **EK 4: Değişimin Aşamasını Değerlendirme Formu**

**1. Sigarayı daha önce bırakmayı düşündünüz mü?**

Evet                       Hayır

**2. Önümüzdeki 6 ay içinde ciddi biçimde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?**

Evet                       Hayır

**3. Önümüzdeki 30 gün içinde sigarayı bırakmayı planlıyor musunuz?**

Evet                       Hayır

**4. Son 6 ay içerisinde sigarayı tamamen bırakmayı denediniz mi?**

Evet      Evet ise kaç gün süreyle bıraktığınızı belirtiniz :.....

Hayır

**5. Halen sigara içiyor musunuz?**

Evet

Hayır      Hayır ise ne kadar süre önce bıraktığınızı belirtiniz :.....

**EK 5: CO Ölçüm Çizelgesi**

<b>CO DÜZEYLERİ</b>	<b>1.</b>	<b>1. İZLEM</b>	<b>2. İZLEM</b>	<b>3. İZLEM</b>

## EK 6: Karar Verme Dengesi Ölçeği

Aşağıda sigara içmenin bazı olumlu ve olumsuz yönleri sıralanmıştır. Lütfen her cümleyi dikkatle okuyup belirtilen cümleye ne derece katıldığınızı belirtiniz. Ne derece katıldığınızı belirtmek için uygun ifadeyi seçip işaretleyiniz ve lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1- Sigara içmek keyiflidir.					
2- Bir süre sigara içemedikten sonra, içtiğim sigara kendimi çok iyi hissettiriyor					
3- Bazen sigara içmek veya bulmaya çalışmak zahmetlidir.					
4-Sigara içme alışkanlığımın tutsağı olduğumu hissediyorum.					
5- Sigara içtiğim zaman kendimi daha rahat ve daha keyifli hissediyorum.					
6-Sigarayı bırakırsam diğer tiryakiler bunu kıskanacaktır.					
7- Sigara içen kişi imajından hoşlanıyorum.					
8- Sigara içmem diğer insanların da sağlığını etkiler.					
9- Sigara içmeseydim şimdi daha enerjik olurum.					
10- Sigara içtiğim zaman sigara kullanan arkadaşlarım ve ailem tarafından daha fazla kabul gördüğümü hissediyorum.					
11- Sigarayı bırakmaya çalışırsam büyük olasılıkla çabuk sinirlenen ve çevresine rahatsızlık veren biri olurum.					
12- Sigara yüzünden hastalanırsam yakınlarım acı çekecektir.					
13- Ailem ve arkadaşlarım mutlu bir şekilde sigara içmemi, mutsuz bir şekilde sigarayı bırakmaya çalışmama tercih ederler.					
14- Sigara içmeye devam edersem, bazı insanlar sigarayı bırakacak iradem olmadığını düşüneceklerdir.					
15- Sigara sağlığıma zararlıdır.					
16- Sigara alışkanlığımdan vazgeçemediğim için kendimden utanıyorum.					
17- İçtiğim sigaranın dumanı ve kokusu çevremdeki insanları rahatsız eder.					
18- Sigara ile ilgili uyarıları gözardı ettiğim için insanlar benim akılsız olduğumu düşünüyorlar.					
19- Sigara içtiğim zaman kendimi daha çok seviyorum.					
20- Sigara dikkatimi toplamama ve daha iyi çalışmama yardım ediyor.					
21- Sigara gerginliği azaltır.					
22- Yakınlarım sigara içmemi onaylamıyorlar.					
23- Sigarayla ilgili uyarıları dikkate almadığım için pişmanım.					
24- Sigara içmeye devam ederek kendi kararlarımı kendimin verdiğini hissediyorum.					



## EK 7: Genel Motivasyonlar Testi

Aşağıda sigarayı bırakmada sizi tetikleyen bazı nedenler sıralanmıştır. Lütfen her cümleyi dikkatle okuyup belirtilen gerekçelere ne derece katıldığınızı belirtiniz. Ne derece katıldığınızı belirtmek için uygun ifadeyi seçip işaretleyiniz ve lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

<b>SİGARAYI BIRAKMAK İSTİYORUM ÇÜNKÜ:</b>	<b>Hiç</b>	<b>Çok az</b>	<b>Orta</b>	<b>Oldukça</b>	<b>Tamamen</b>
1- Eğer bırakmazsam ciddi bir hastalık geçirmekten endişeleniyorum	0	1	2	3	4
2- Eğer gerçekten istersem bırakabileceğimi kendime göstermek istiyorum	0	1	2	3	4
3- Böylece saçlarım ve kıyafetlerim kokmaz	0	1	2	3	4
4- Sigara içmenin sağlığıma zarar verdiğini gösteren fiziksel belirtiler gözledim	0	1	2	3	4
5- Bırakırsam kendimi daha çok seveceğim	0	1	2	3	4
6- Birisi ya da birileri tarafından sigarayı bırakmam konusunda ciddi bir şekilde ikaz edildim	0	1	2	3	4
7- Sigaranın zaman içinde vücudumdaki etkilerini belirgin şekilde gözlemliyorum	0	1	2	3	4
8- Böylece hayatımın kontrolünün elimde olduğunu hissedebilirim	0	1	2	3	4
9- Böylece elbise ve mobilyaları yakıp delmeyeceğim	0	1	2	3	4
10- Eğer bırakırsam kendime özel bir eşya satın alabileceğim	0	1	2	3	4
11- Sigara nedeniyle hastalanan ya da ölen insanlar tanıdığım için	0	1	2	3	4
12- Sigarayı bırakmak benim için önemli olan diğer şeyleri başarmamı sağlayacak	0	1	2	3	4
13- Sigaraya harcadığım parayı biriktirmek istiyorum	0	1	2	3	4
14- Yakın olduğum insanlar eğer bırakmazsam üzülecek	0	1	2	3	4
15- Sigaranın ömrümü kısaltacağından endişe ediyorum	0	1	2	3	4
16- Kendime sigaraya bağımlı olmadığımı kanıtlamak için	0	1	2	3	4
17- Dini inançlarım gereği sigara içmenin mekruh, yasak ya da haram olduğuna inanıyorum.	0	1	2	3	4
18- Sigara içmemin yakınlarımla sağlığına zarar verdiğinden ya da vereceğinden endişeleniyorum	0	1	2	3	4
19- Evde ya da yasak yerlerde rahat sigara içemediğim için	0	1	2	3	4
20- Sigarayı bırakarak çevremdeki insanlara özellikle çocuklara örnek olmak istediğim için	0	1	2	3	4
21- Doktor tarafından sigara bırakmam gerektiği söylendiği için	0	1	2	3	4

## EK 8: Görüşme Formu

Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

**Sigara Bırakma Durumu:** En son görüşmemizden bu güne kadar sigara içme davranışınızda ne gibi değişiklik oldu. Size uygun seçeneği işaretleyiniz.

1. Sigarayı bir süre bırakıp tekrar başladım (ne kadar zaman önce bıraktınız..... )

2. Sigara içme miktarımı azalttım. (ne kadar azalttığınızı yazınız .....).

3. En son görüşmemizden bu güne kadar sigarayı bırakmayı düşündünüz mü?

( ) Evet (evet ise kaç kere denediğinizi belirtiniz.....) ( ) Hayır

4. Önümüzdeki 6 ay içinde ciddi biçimde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

5. Önümüzdeki 30 gün içinde sigarayı bırakmayı planlıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

6. Son (1/3/6) ay içerisinde sigarayı tamamen bırakmayı denediniz mi?

( ) Evet Evet ise kaç gün süreyle bıraktığınızı belirtiniz :.....

( ) Hayır

7. Halen sigara içiyor musunuz?

( ) Evet

( ) Hayır Hayır ise ne kadar süre önce bıraktığınızı belirtiniz :.....

## **EK 9. Birinci Görüşmenin Yarı Yapılandırılmış Formatı**

İlk görüşmeye, görüşmecinin kendisini tanıtmaları ile başlanır. Sonra görüşmeler ve araştırma hakkında kısa bilgi verilir.

Merhaba, ben Hemşire Hamide EROL. Sizinle birlikte bazı görüşmeler yapacağız. Görüşmelerimiz sigara kullanımınızla ilgili olacak. İlk görüşmemizden 1 ay sonra 2. görüşmemiz, 3 ay sonra 3. görüşmemiz olmak üzere 3 görüşme şeklinde olacak. Ayrıca aralarda telefon görüşmeleri ile de takibe devam edilecek. Her bir yüz yüze yapılan görüşme yaklaşık 20-40 dakika sürecek. Buradaki konuşmalarımız sizinle benim aramda kalacak. Vereceğiniz bilgiler kimlik bilgileriniz paylaşılmadan bilimsel amaçlar için kullanılacaktır.

Bu giriş kısmından sonra, anket formu doldurtulur ve kişinin kendisini tanıtmaları ve sigara kullanım öyküsünü kısaca anlatması istenir.

*“Sigara içmeniz hakkında ne düşünüyorsunuz?”*

*“Sigara bağımlısı olarak neler hissediyorsunuz?”*

*“Sigaranın hayatınızdaki rolü nedir?”*

*“Sizce sigara içmenize neden olan en önemli faktör/faktörler nelerdir?”*

*“Sigara kullanmanın size, hayatınıza getirdiği avantajları nelerdir?”*

*“ Sigara kullanmanın size, hayatınıza getirdiği dezavantajları nelerdir?”*

Kişi sigara kullanım öyküsünü anlatırken konuşma açık uçlu çağrışım yaptıracak sorularla, özetlerle ve yansıtmalı dinlemeyle desteklenir.

*“Sigara kullanımınız var olan hastalığınıza nasıl etki ediyor?”*

*“Yaşadığınız birtakım sıkıntılar sizin sigara kullanımınızı daha da arttırdı.”*

Sigara öyküsünü dinledikten sonra araştırmacı hasta hangi aşamada ise o yönde görüşmeye devam eder. Eğer birey düşünme öncesi evrede ise; bu dönemdeki bireyin sigaranın alışkanlık yapan bir madde olduğunu anlaması sağlanmalıdır.

Düşünme evresinde ise; daha çok sigaranın sağlık üzerinde olumsuz etkileri ile bırakmanın getireceği yararlar üzerinde durulmalıdır. Ayrıca kişinin değişimi ne kadar zamandır düşündüğünün ve daha önce girişimde bulunup bulunulmadığının değerlendirilmesi önemlidir.

*“Bir terazi düşünün bir tarafı maddenin size sağladığı yararlar diğer tarafı da size verdiği zararlar. Ne taraf ağır basıyor?”*

*“Değişmeden olduğunuz gibi yaşadığınızı düşünün başınıza gelebilecek kötü şeyler neler olabilir?”*

*“Sigara olmaz ise hayatınızda neler değişir?”*

Hazırlık döneminde ise; bırakmanın önündeki engellerin ve bunlarla nasıl baş edileceğinin ya da nasıl üstesinden gelineceğinin belirlenmesine yardımcı olunur. Burada bireyin seçimlerine saygı duyarak, görüşmeciyi uygun olmayan ya da verimsiz görünen değişim planı stratejilerine karşı nezaketle uyarıda bulunur.

*“Daha önce sizce neden başarılı olamadınız?”*

*“Şu anda sigarayı bırakırsanız sizce sağlığınız nasıl etkilenir? 3 örnek verir misiniz?”*

*“Sigara bırakma konusunda sizin için uygun olan yöntem hangisidir?”*

*“Sigara bırakma sürecinde size yardım edebilecek en uygun olan sosyal destek kaynaklarını söyleyiniz?”*

*“Eğer hiçbir değişim olmazsa ne olacağını düşünüyorsunuz?”*

*“Hayatınızdaki değişikliğin nasıl olacağını düşünmeyin, siz ne olmasını istiyorsunuz?”*

*“Değişmeye karar verdiğiniz noktada, sizce hayatınızda ne gibi değişiklikler yaparsanız sizde işe yarar?”*

Bu görüşmede hasta hangi aşamada olursa olsun görüşme öncesinde doldurduğu sigarayı bırakma konusundaki motivasyonlarını değerlendirme formundan yararlanılmalıdır.

*“..... maddesinin sigara bırakmada çok az etkili olma sebepleri nelerdir?”*

*“0’ın hiç önemli değil ve 10’un çok önemli olduğu, 0’dan 10’a kadar derecelendirilmiş ölçek üzerinde Sigarayı bırakmanın sizin için ne kadar önemli olduğunu söylediniz?”*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç önemli değil					Çok önemli					

*“ Aynı şekildeki sigarayı bırakmaya karar vermiş olsaydınız, 0’ın hiç güvenim yok ve 10’un çok güveniyorum olduğu 0’dan 10’a kadar derecelendirilmiş aynı ölçek üzerinde bunu yapabileceğinize dair kendinize ne kadar güveniniz olduğunu söylediniz? ”*

Birey ilk görüşmede sigarayı bırakma kararı alırsa bu konuda desteklenir, bırakma tarihi ve bırakma yöntemi planlanır. Bireye sigarasız kaldığı ilk zamanlar yoksunluk belirtileri ile başa çıkma yolları öğretilir. Ayrıca bu dönemdeki bireye sigarasızlığı sürdürebilmesi için çevresinden gelen sigara tekliflerine hayır demesi uygulamalı olarak öğretilerek ve bu ortamlarda bulunmaması gerektiği vurgulanır.

*“Sigarayı bıraktığınız için ne tür belirtiler yaşayabilirsiniz. 3 örnek verir misiniz?”*

*“Sigara içme isteği uyandığı zaman neler yapabileceğinize 2 örnek veriniz.”*

*“Bırakma sürecinde, sizce hayatınızda ne gibi değişiklikler yaparsanız sizde işe yarar?”*

Süre dikkate alınarak son aşamada ilk görüşmenin özeti yapılır, kişiye eklemek istediği şeyler için söz hakkı verilir ve ikinci görüşme için sözleşilir.

*„Bugün sizin sigara kullanımınız ile ilgili konuştuk. Yaşantınızda.....şeklinde etkilere sebep olduğunu belirttiniz. Bu süreçte yaşantınızdaki değişikliklerden ve yaşamınıza getirdiği avantajlardan-dezavantajlardan söz ettik. Sizin için .....avantajları olurken .....de dezavantajları oldu. Bunların dışında eklemek istediğiniz şeyler var mı?.....şu tarihte görüşmek üzere.”*

## **EK 10. İkinci Görüşmenin Yarı Yapılandırılmış Formatı**

İlk görüşmeyi, kişilerin ilk görüşme öncesinde doldurdıkları fagerstrom nikotin bağımlılık testini, değişim aşamasını değerlendirme formu ve karar verme dengesi ölçeğini değerlendiren araştırmacı 2. görüşmeyi ilk görüşmeye atıfta bulunan bir özetle başlatır. Görüşme sonrasında hastalar fagerstrom nikotin bağımlılık testini, değişim aşamasını değerlendirme formu ve karar verme dengesi ölçeğini tekrar doldururlar. CO düzey ölçümü tekrarlanır.

*“İlk görüşmemizde sigara kullanım öykünüzü konuşmuştuk. ...noktalarına değinmiştik. Siz bu konuda .....şeklinde düşündüğünüzü belirtmiştiniz. Sigara kullanımınızın sizin için avantajlarından ve dezavantajlarından konuşmaya başlamıştık. Sizinle birlikte sigarayı bırakmayı kararlaştırmıştık. Ayrıca sizinle birlikte sigara bırakma günü belirlemiştik. Bugünkü görüşmemizde de bu noktadan devam edebiliriz. Bu noktaya gelmeden önce .....gün boyunca yaşadıklarınızı anlatır mısınız?”*

*“En son görüşmemizden bu yana nasılsınız? Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?”*

Özet sonrasında bireyin hangi süreçte olduğu dikkate alınarak görüşmeye devam edilir.

*“sizi bu süreçte en çok zorlayan ne oldu?”*

*“.... Gün sonunda bir takım olumlu değişimler görüyorum. Bu duruma etki eden düşüncelerin nedir?”*

Son aşamada özetle ikinci görüşme bitirilir, kişiye eklemek istediği şeyler için söz verilir ve 3. yani son görüşme için sözleşilir.

*“ Bugünkü görüşmemizde ...gün boyunca neler yaptığımızdan ve bu sürecin sizi nasıl etkilediğinden söz ettik. Bu sürede olumlu değişimlerin olduğunu gözlemledik. Bu sizin kendine olan güveninizi arttırdı.. Eklemek istediğiniz bir şey var mı? Bir dahaki sefere sizinle son görüşmemizi yapacağız. şu tarihte görüşmek üzere.”*

## **EK 11. Üçüncü Görüşmenin Yarı-Yapılandırılmış Formatı**

İkinci görüşmenin özetiyle görüşmeye başlanır.

“Geçen görüşmemizde sigara kullanımınızı bırakmanız ya da kullanmaya devam etmeniz durumunda neler olabileceğinden/neler olduğundan söz ettik...siz gelecekle ilgili kaygılarınız olduğunu söylediniz.“

Değişim konuşmasına devam edilir. Bireyin içinde bulunduğu aşamaya göre görüşme şekillendirilir.

Önem ve güven cetvelinden de yararlanılır.

*“İlk görüşmemizde sigara kullanmayı bırakmaya hazır olma derecenizi ..... olarak belirtmiştiniz. Şu anda aynı cetveli düşünürsek 1 ile 10 arasında kaç puan verirdiniz?”*

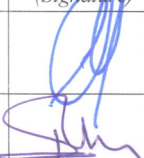
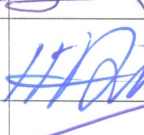
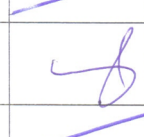
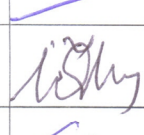
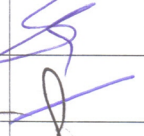
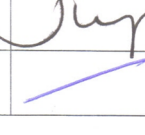
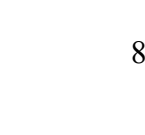

*“Sizi bu noktaya getiren ne oldu?”*

Görüşme sonunda katılımcılara fagerstrom nikotin bağımlılık testini, değişim aşamasını değerlendirme formu ve karar verme dengesi ölçeği doldurtulur. CO düzeyine bakılır.

## EK 12. Araştırma Etik Onayı

### DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İNVAZİV OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KOMİTESİ, ARAŞTIRMA BAŞVURU ONAYI

DÜZCE UNIVERSITY, SCHOOL OF MEDICINE, ETHICS COMMITTEE OF NONINVASIVE CLINICAL RESEARCHES  
APPROVAL FOR APPLICATION

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b> <i>(APPLICATION INFORMATION)</i>	<b>ARAŞTIRMANIN ADI</b>	<b>Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sigara Bırakmada Motivasyonel Görüşmenin Etkinliğinin Değerlendirilmesi</b>		
	<i>TITLE OF THE PROJECT</i>	<b>Assesment in Efficacy Of Motivational Interviewing For Smoking Cessation On Patients With Chronic Disease</b>		
	<b>SORUMLU ARAŞTIRICI</b> <i>(AUTHORIZED RESEARCHER)</i>	<b>Yard. Doç. Dr. Fatma EKER</b>		
	<b>DİĞER ARAŞTIRMACILAR</b> <i>(OTHER RESEARCHERS)</i>	<b>Yrd. Doç. Dr. Leyla YILMAZ AYDIN, Hamide PALA,</b>		
	<b>ARAŞTIRMA MERKEZİ</b> <i>(RESEARCH CENTER)</i>	<b>Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi</b> <i>(DÜZCE UNIVERSITY, SCHOOL OF MEDICINE)</i>		
<b>ÇALIŞMA ESASI</b>	<b>İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU (Good Clinical Practice)</b>			
<b>KARAR BİLGİLERİ</b> <i>(INFORMATION OF DECISION)</i>	Karar No <i>(Decision Nr)</i> : 2011/176		Tarih <i>(Date:dd.mm.yyyy)</i> : 04/08/2011	
	<b>Yard. Doç. Dr. Fatma EKER</b> sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgelerin araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmesi sonucunda, <b>adı geçen araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına</b> mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir. <i>(This project was decided to be approved for clinical ethics.)</i>			
<b>Ünvanı/Adı/Soyadı</b> <i>(Members)</i>	<b>Uzmanlık Alanı</b> <i>(Profession)</i>	<b>Kurumu</b> <i>(Institution)</i>	<b>Şerh Açıklaması (Varsa)</b> <i>(Declaratory Clause [if any])</i>	<b>İmza</b> <i>(Signature)</i>
Doç. Dr. Hakan ÖZHAN <b>(Başkan)</b>	Kardiyoloji <i>(Cardiology)</i>	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Yrd. Doç. Dr. Ertuğrul KAYA <b>(Bşk. Yard.)</b>	Tıbbi Farmakoloji <i>(Pharmacology)</i>	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi DEMİRİN <b>(Raportör)</b>	Tıbbi Biyokimya <i>(Medical Biochemistry)</i>	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Prof. Dr. Ali TEKİN (Üye)	Üroloji <i>(Urology)</i>	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Doç. Dr. Yavuz DEMİRARAN <b>(Üye)</b>	Anestezi <i>(Anesthesia)</i>	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Doç. Dr. Handan ANKARALI (Üye)	Biyoistatistik <i>(Biostatistics)</i>	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Yrd. Doç. Dr. İsmet ÖZAYDIN <b>(Üye)</b>	Genel Cerrahi <i>(General Surgery)</i>	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Yrd. Doç. Dr. Seyit ANKARALI <b>(Üye)</b>	Fizyoloji <i>(Physiology)</i>	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Eczacı Elif EFE (Üye)	Eczacı <i>(Pharmacist)</i>	Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	—	
Avukat Suat UYAR (Üye)	Hukuk <i>(Attorney)</i>	Düzce Üniversitesi	—	
Metin TOZ (Üye)	Sivil Üye <i>(Civil member)</i>	---	—	



## ÖZGEÇMİŞ

1983 yılında Aksaray'da doğdu. İlköğretimi burada tamamladıktan sonra Liseyi Adana'da bitirdi. Niğde Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik programından 2006 yılında mezun oldu. 2009 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programına başladı 2007 yılında Düzce Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi'nde yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmaya başladı ve halen Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Servisinde hemşire olarak çalışmaya devam etmektedir.

e-posta: hamide-pala@hotmail.com