

Sigara Bağımlılığı Sağlığa Etkileri ve Sigara Bıraktırmada Kullanılan Transteoretik Model

Erdal AKDENİZ*

ÖZ

Sigara içerisinde nikotin bulunmasından dolayı bağımlılığa neden olan bir maddedir. Sigara içimi genellikle genç yaşta başlar ve alışkanlık şeklinde devam eder. Ergenlik çağında başlayan ve uzun süredir sigara içicisi olan kişilerin yarısı sigaradan ölmektedir. Sigara başta kardiyovasküler ve solunum sistemini olumsuz etkilemekte, immün sistemi zayıflatmakta, diyabet, depresyon gibi rahatsızlıklara yakalanma riskini artırmaktadır. Sigara için risk gruplarını adölesanlar, gebeler ve yetişkinler oluşturmaktadır. Sigara bırakmada birçok yöntem kullanılmakta olup Transteoretik model bunlardan biridir. Transteoretik Model (TTM), bilinçli bir davranış değişim modeli olup, davranış değişiminin bir süreç olduğunu ve bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olarak yapılan girişimlerin değişimi kolaylaştırdığını, aksi halde davranış değişimine karşı direnç geliştirildiğini savunur. Modelin temel amacı, herhangi bir tıbbi destek almadan, değişim aşamalarını uygulayarak bağımlılığı engellemektir. Transteoretik model sigara bıraktırmada değişim aşamalarına göre uygulandığında etkisi kanıtlanmış bir modeldir. Sağlık profesyonellerinin bir üyesi olan ve toplum sağlığını korumada önemli görevler üstlenen hemşireler, sigara bıraktırma da etkin rol oynayarak davranış değişimine katkı sağlayabilirler.

Anahtar Kelimeler: Sigara, bağımlılık, transteoretik model

The Effects to Health of Smoking Addiction and Transtheoretical Model Used in Quit Smoking

ABSTRACT

It is a substance that causes addiction due to the presence of nicotine in cigarettes. Smoking usually starts at a young age and continues as a habit. Half of people who start in adolescence and have a long-time smoker die from smoking. Smoking affects the cardiovascular and respiratory system adversely, weakens the immune system, increases the risk of diseases such as diabetes, depression. The risk groups for smoking are adolescents, pregnant women and adults. Many methods are used in smoking cessation and the Transteoretic model is one of them. The Transteoretic Model (TTM) is a model of behavioral change and argues that the behavior change is a process and that the interventions carried out in accordance with the change phase of the individual facilitate change, otherwise resistance to behavior change is developed. The main aim of the model is to prevent addiction by applying the stages of change without any medical support. Transteoretic model is a proven model when applied according to change stages in smoking cessation. Nurses who are a member of health professionals and who play an important role in the protection of public health can contribute to behavior change by playing an effective role in smoking cessation.

Key words: Cigarette, addiction, transtheoretical model

* Öğr. Gör. Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü/
erdalakdeniz@ahievran.edu.tr

1. GİRİŞ

Dünyada yetişkin nüfusun ¼'ü tütün ürünleri kullanmakta olup; tütün kullanımı her yıl beş milyondan fazla insanın ölümüne sebep olmakta ve kullanımı yasal olan tek madde olarak karşımıza çıkmaktadır (WHO 2016). Amerikalı yetişkinlerde 2016 yılında sigara içme oranı %15.5 olup; erkeklerde %17.5, kadınlarda %13.5 (Jamal ve ark 2018), Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise sigara içme oranı %25.7; erkeklerde %39.2, kadınlarda %12.6 olarak bulunmuştur (Kostova ve ark 2014).

Amerika'da ölümlerin %20'si sigaranın sebep olduğu sağlık sorunları kanser, solunum ve kalp damar hastalıkları nedeniyle olmaktadır (CDC 2018). Amerikan hastalık önleme ve kontrol merkezinin tahminlerine göre her yıl ortalama 430,700 kişi hayatını kaybetmektedir. Alkol için aylarca, eroin için günlerce kullanımdan sonra ortaya çıkan bağımlılık nikotinde saatler içinde oluşmaktadır. Sigara yanında puro ya da yaprak sigaralar dudak, ağız ve tiroid kanser riskini artırmaktadır (CDC , Mathre 2004). Dünyada tütün kullanımına bağlı olarak her altı saniyede bir kişi hayatını kaybetmektedir. Sigaraya bağlı ölümlerin artarak, 2030 yılında 8,4 milyona ulaşacağı öngörülmektedir (Mathers ve Loncar 2006).

Dünyada sigara içme oranları erkekler arasında %50-80 arasında değişmekte ve bu oranlar kadınlar arasında da giderek artma eğilimi göstermektedir. Amerika, İngiltere, Kanada, Finlandiya gibi ülkelerde sigara kullanma yüzdeleri, hem erkeklerde hem de kadınlarda azalma eğilimindedir. Bu ülkelerde, sigara içme konusunda uzun bir geçmişe sahip olup kadın ve erkekler arasındaki sigara içme yüzdeleri oldukça birbirine yakındır (Amos ve Mackay 2004). Bu ülkelerde alan sigara içme yüzdelerinin genç kızlar arasında daha yüksek olduğu ve bırakma yüzdelerinin de erkeklerden daha düşük olduğu belirtilmektedir. Yine bu ülkelerde sigara tüketimi özellikle toplumun yoksul ve dezavantajlı kesimleri arasında daha yüksektir (Wold ve ark 2000).

Türkiye'de 14,8 milyon kişi sigara içmekte ve her yıl yaklaşık 100.000 kişi tütün kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (TCSB). Ülkemizde sigara kullanımı politik kararlılık, sivil toplum ve medyanın desteği ile bir miktar azalmıştır ancak halen istenilen düzeyde değildir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 sonuçlarına göre; sigara içme sıklığı erkeklerde %41,4, kadınlarda %13,1 olarak tespit edilmiştir. 15 yaş ve üzeri yetişkinlerin %27'si her gün veya daha az sıklıkla sigara kullanmaktadır (TCSB). Türkiye'de sigara kullanma oranı öğrenim durumu ve yaşla birlikte artmaktadır. Okuryazar olmayan yetişkinler en düşük sigara kullanma oranına sahipken; lise ve üzerinde en yüksek orana sahiptir (Yürekli ve ark 2010). Mevcut mevzuata göre sigara satın alabilmek için en küçük yaş sınırı 18 olmasına karşın, her gün sigara içenlerin yarısından fazlası (%58,9) sigara içmeye 18 yaşından önce başlamıştır. Sigaraya başlamanın ortalama yaşı erkeklerde 16,6; kadınlarda 17,8'dir (TCSB). Sigara tüketiminin yaşla birlikte artarak devam ettiği gözlenmektedir (Yürekli ve ark 2010). Yapılan bir çalışmada sigara içme oranı %25,6'dır. Sigara içmeye başlama ortalama yaşı 17,7±2,8 iken; Sigara içenlerin %51,6'sının (94) çok az, %19,2'sinin (35) az, %8,8'inin (16) orta, %14,3'ünün (26) yüksek ve %6'sının (11) da çok yüksek düzeyde nikotin bağımlısı oldukları belirlenmiştir (Yengil 2014).

Sigara bıraktırmada kullanılan Transteoretik model (TTM) ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; İngiltere'de gebelerde sigara bıraktırma ile ilgili yapılan bir çalışmada, müdahale grubundaki kadınlar, kontrol grubundaki kadınlara kıyasla, yaklaşık % 60 daha olumlu değişim hareketi göstermişlerdir. Çalışmada TTM'nin gebelikte sigara bıraktırma için geçerli bir model olduğu; ancak gebelerde TTM'nin hazırlık aşamasında, düşünmeme ve düşünme aşamasından daha etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Aveyard ve ark 2006), Hollanda'da yapılan bir çalışmada poliklinik ortamında kardiyovasküler hastalık riski taşıyan hastalar için transteoretik model temelli motivasyonel görüşme yapılarak gerçekleştirilen sigara bırakma programının yararlı olduğu sonucuna varılmış, müdahale grubundan 12 kişi sigarayı bırakmıştır (% 26) (Bredie ve ark 2011). Sigara kullanan hemşireler ile yapılan TTM temelli motivasyonel görüşmelerin sonucunda 15 kişiden 6'sı sigarayı bırakmış ve motivasyonel görüşmenin sigara bıraktırmada etkili olduğu görülmüştür (Mujika ve ark 2014).

Bu gerçeklerden yola çıkarak derlemenin amacı insan sağlığını son derece etkileyen sigaranın bağımlılığı, sağlığa etkileri ve sigara bırakmada kullanılan Transteoretik modelin ele alınmasıdır.

2. BAĞIMLILIK

Maddenin sürekli alınması ile beyin hücrelerinin işlevlerinde zamanla değişimler meydana gelir ve bu değişimler kişinin tekrarlayan madde alımından sorumludur. Kullanılan madde ile karşılaşma ve değişim sonucu bağımlılık gelişir (Akvardarlar ve ark 2011).

2.1. Fiziksel Bağımlılık: Maddeler kullanıldıkları zaman pekiştirici etkide bulunurlar ve beyindeki ödül sistemi üzerindeki etkileri maddenin keyif verici özelliğine ve kişinin tekrarlı kullanımına bağlı olarak bağımlı olmasına neden olur. Maddenin varlığına karşı fizyolojik olarak istek duyar ve vücut uyuşturucu maddeye karşı adaptasyon geliştirir. Madde alınmadığı zaman, ortaya bazı belirti/bulgular çıkar. Çünkü bedenin bulunduğu fizyolojik adaptasyon bozulur ve beden kendini yeni duruma göre ayarlamak zorunda kalır (Ögel 2010).

2.2. Psikolojik Bağımlılık: Bir madde/ilacın kullanılmasıyla zevk alma duygusunun ortaya çıkarılması veya huzursuzluktan kaçınmak için madde alımına karşı konulmaz bir istek ortaya çıkmasıdır (Topal ve ark 2014, Townsend 2015). Psikolojik Bağımlılık; özenti, mutsuzluk, mutluluk, kendini ispat etme, büyüdüğünü gösterme vs. gibi sebeplerden dolayı bireylerin sigara kullanmaya başlamasıyla gerçekleşen bir bağımlılık şeklidir. Yemekten sonra içilen sigaralar, çay veya kahve tüketirken içilen sigaralar veya arkadaşlarla sohbet ederken içilen sigaralar, psikolojik bağımlılık grubuna girer. Bu tip bağımlılıktan kurtulmak için çözüm yolu sigara içilen ortamlardan uzaklaşmak, başka işlerle meşgul olmak gibi hareketler olabilir (Bilir 2008b).

Sigara bağımlılığı sınıflandırılırken günde 20 adetten az sigara tüketenlerin psikolojik, 20 adetten fazla tüketenlerin fizyolojik bağımlılıkları olduğu kabul edilmektedir. Bağımlılık fiziksel ve psikolojik bağımlılık olarak ikiye ayrılmaktadır (Townsend 2015).

3. SİGARA BAĞIMLILIĞI

Sigara içerisinde nikotin bulunmasından dolayı bağımlılığa neden olan bir maddedir. Dünya Sağlık Örgütü sigara bağımlılığını “düzenli olarak günde bir sigara içmek” şeklinde tanımlamıştır (WHO). Sigara içimi tüm dünyada önlenemez, bulaşıcı olmayan hastalıkların ve ölümlerin başlıca nedeni olup, önemli mortalite ve morbidite nedenleri arasında yer almaktadır (Mathers ve Loncar 2006, WHO 2017). Sigara içimi genellikle genç yaşta başlar ve alışkanlık şeklinde devam eder. Sigara içen insanların yaklaşık %80'i sigaraya 18 yaşın altında başlamaktadır. Sigarayı ilk kez çocukluğunda içenler sigara tiryakiliği açısından yüksek risk taşımaktadır (Doğan ve Ulukol 2010).

Ergenlik çağında başlayan ve uzun süredir sigara içicisi olan kişilerin yarısı sigaradan ölmektedir. Sigaranın içinde mutajenik, sitotoksik, karsinojenik ve antijenik maddelerin, ayrıca kâğıdında da yanmış katkı maddelerinin olduğu bilinmektedir. Sigaranın içinde bulunan maddeler; solunum, immün, endokrin, kardiyovasküler, gastrointestinal, sinir, genito-üriner, kas iskelet sistemleri gibi vücut sistemlerini etkilemektedir (Selekoğlu 2016).

Sigara şirketleri, sigara kullanımını artırmak için sigaranın içeriğiyle ilgili bazı müdahalelerde de bulunmaktadır. Sigara paketleri insanların bilinçaltını etkileyecek şekilde tasarlanmakta ve böylece zararlı olmadığı yanılgısı oluşturulmaya çalışılmaktadır. Örneğin, “**slim**” ismiyle üretilen sigaralar kilo kontrolünde etkili olduğu, mavi beyaz renklerle ürünün zararlı olmadığı, kırmızı renk ile güç kattığı hissi yaratılmaya çalışılmaktadır (Fowles ve Shusterman 2004).

4. SİGARANIN SAĞLIĞA ZARARLARI

Sigara içmek ve ikincil sigara dumanı maruziyeti, kardiyovasküler sistem hastalıkları etyolojisinde yer alan önlenemez bir faktördür (Başar 2000, Al Husain ve Bruce 2010). Sigara dumanındaki karbon monoksit hemoglobine doğrudan bağlanarak kanın oksijen taşıma kapasitesini düşürür. Nikotin kardiyovasküler sistemi doğrudan etkiler (WHO 2000). Sigara içenlerde kardiyovasküler hastalıklardan mortalite riski 2-4 kat daha fazladır. Sigaranın kardiyovasküler etkileri bireylerin günlük içtiği sigara miktarına, sigaraya başlama yaşına, sigara içme süresine bağlıdır (Karlıkaya ve ark 2006). Sigarayı bıraktıktan bir yıl sonra kalp krizi geçirme riskinde keskin bir düşüş görülür (CDC 2010b).

Sigara içme ve sigara bağımlılığı kadın ve erkeklerde cinsel işlevlerde bozulmalara sebep olabilir. Overler ve testis üzerinde toksik etki bıraktığı için infertilite sebebidir. Sigara bağımlılığı olan bireylerde infertilite

gelişme riski, içmeyenlere göre çok daha fazla olduğu belirtilmektedir (Öztoprak ve Günay 2013). Sigara içme; gebe kadınlarda spontan abortus, placentanın problemleri, ektopik gebelik gibi üreme sağlığını etkilerken, gebe olmayan kadınlarda da menstrual siklus sorunları, osteoporoz, erken menopoza ve jinekolojik kanserler gibi problemlerle kadın sağlığını etkilemektedir (Terzioğlu ve ark 2008).

Sigara içmek, immün sistem hücrelerinin fazla çalışmasına sebep olur. Sigara içen bireylerin kan lökosit sayıları diğerlerine göre daha yüksek düzeydedir. Bu değerler immün sistemin sigaranın verdiği biyolojik zararlara karşı sürekli savaşmakta olduğunu gösterir (CDC 2010b). Sigara ile ilişkilendirilen hastalıkların başında akciğer kanseri, KOAH ve astım gibi solunum sistemi hastalıkları gelmektedir (Okutan ve Çalışkan 2011). Sigara içmek ve ikincil sigara dumanı maruziyeti öncelikle akciğer kanseri ile ilişkilendirilmektedir. Sigara içen bir bireyin kanser ile ilişkili mortalite riski yedi kat, akciğer kanseri ile ilişkili mortalite riski 12-24 kat artmaktadır (Bilir 2008a).

Bir akciğer hastalığı olan astımın etiyolojisinde de sigara içme ve ikincil sigara dumanından etkilenme vardır. Sigara içen astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalarında yapılan solunum fonksiyon testlerinde solunum kapasitesinin azaldığı ve bu durumun bireylerin yaşam kalitelerini ciddi oranda etkilediği görülmüştür. Sigaranın bırakılması akciğer fonksiyonlarında düzelmeye sağlamaktadır (Çapan 2011). Sigara içme süresi ne kadar uzarsa solunum fonksiyonlarındaki bozukluk da o kadar artar (Zerin ve ark 2010). Sigaranın günlük kullanılan miktarı solunum fonksiyonlarına etki edip, KOAH riskini %8,2 oranında arttırmaktadır. Sigara içen bireyler, içmeyenlere göre akciğer hastalıkları ile ilgili ciddi risk altındadır (Budak 2010). Sigarayı bıraktıktan sonra bireyler daha az öksürürler ve sekresyonları azalır, solunum sesleri düzelmeye başlar. Birkaç ay sonra bu şikayetlerde ciddi oranda azalma olur (CDC 2010b).

Sigara kullanımının ağız içi mukozası ve dişler üzerine de zararlı etkileri bulunmaktadır. Ağızda oluşan zararlı etkiler sigara içerken ağız içinde oluşan yüksek ısı ve içinde bulundurduğu zararlı maddelerden kaynaklanmaktadır. Şeker ve çikolatanın çocuklarda ağız ve diş sağlığı üzerine olumsuz etkilerine yetişkinlerde sigara sebep olur. Sigaranın dişlerde lekelenmeler, damakta enfeksiyon, diş eti hastalıkları ve çekilmesi, ağız kokusu, oral lezyonlar, ağız kanseri gibi zararlı etkileri vardır (Tuncer 2008).

Sigara; hem diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalığı bireylerde hem de sağlıklı bireylerde böbrek fonksiyonlarında olumsuz etkilere yol açabilir. Sigara içmek ya da ikincil sigara dumanının solunması ile vücuda alınan nikotin metabolize olduktan sonra kotinine dönüşür. Metabolik bir atık olan kotinin idrar yoluyla dışarı atılana kadar tüm renal sistemden geçer ve bu geçiş sırasında sistem için olumsuz etkiler oluşturur. Böbrek hastalığı ve hipertansiyonu olan bireylerde sigara içme ile sempatik sinir sistemi aktive olarak kan basıncını artırır ve bu şekilde böbreklere ciddi zararlar verdiği ve böbrek yetmezliği üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (Dönder ve ark 2014).

Sigara içmek, tip 2 diyabet riskini artırır. Geçmişte sigara içen bireylerde tip 2 diyabet gelişme riski %28 daha fazla olduğu görülmektedir. Yaşamları boyunca sigara dumanına aktif ya da pasif maruz kalmayan bireylerde tip 2 diyabet gelişme riski, sigara içen ya da ikincil sigara dumanına maruz kalan bireylere göre daha düşük olduğu görülmüştür. Sigara bırakıldıktan sonra bu risk azalmaktadır (Zhang ve ark 2011).

Sigara içme ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki söz konusudur. Sigara içen kişilerde depresif belirtiler daha fazla görülmektedir (Gümüş 2015). Yapılan araştırmalarda sigara bağımlısı olan kişilerde olmayanlara göre depresyon geçirme olasılığı ve yaşamdan doyum sağlayamama daha yüksek bulunmuştur (Kamışlı ve ark 2008, Atak 2011). Her gün sigara içen öğrencilerin neredeyse tamamı günde beş taneden fazla sigara içmektedir (Atak 2011). Günlük içilen sigara miktarına bağlı olarak depresif belirtilerde farklılıklar görülmektedir. Beck Depresyon Envanteri kullanılarak yapılan bir çalışmada günlük içilen sigara miktarı arttıkça envanter toplam puanının da artmakta olduğu görülmüştür (Gümüş 2015).

5. BAZI RİSKLİ GRUPLARDA VE GELİŞİM DÖNEMLERİNE GÖRE SİGARA KULLANIMI

5.1. Gebelerde Sigara Kullanımı

Sigara dünya üzerinde görülen en yaygın madde bağımlılığıdır. Bağımlılık yapan diğer maddelerden farklı olarak sigara dumanı ortamda bulunan canlıları da etkileyebilmektedir. Bu tehdidin çok özel bir şekli, anne

karnındaki bebeğin plasenta aracılığı ile annenin içtiği sigara kaynaklı zararlı maddelere maruz kalmasıdır (Toyran 2005). Gebelikte sigara kullanımı gebelikte ilişkili mortalite ve morbidite için önlenbilir bir risk faktörüdür (Marakoğlu ve Sezer 2003, Semiz ve ark 2006). Annenin sigara içmesinin doğum ağırlığının beklenenden yaklaşık 100-377 gram daha az olmasına neden olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Marakoğlu ve Sezer 2003, Aktaş 2006, Durualp ve ark 2011).

Maternal sigara kullanımı veya sigara dumanına maruz kalmanın fetusta; intrauterin gelişme geriliğine, konjenital anomalilere hatta düşüğe neden olduğu belirtilmektedir. Yenidoğan döneminde ise; ani bebek ölümü sendromuna, çocukluk dönemlerinde anne sütü alımının olumsuz yönde etkilenmesine, sık enfeksiyonlara ve büyüme ve gelişme geriliğine neden olabildiği belirtilmektedir (Çınar ve ark 2015). Gebelikte sigara içimiyle düşük, ektopik gebelik, fetal gelişme geriliği, ablasyo plasenta, preterm doğum, membranların erken rüptürü ve düşük doğum ağırlığı arasında ilişki vardır. Ayrıca sigara içen gebelerde perinatal mortalite hızı üç kat artmıştır (Kahyaoğlu ve ark 2018).

Gebeler üzerinde yapılan bir çalışmada; gebelikte sigara içen annelerin bebeklerinin daha düşük ağırlıkta doğdukları fetal gelişimlerinin geri kaldığı (Meghea ve ark 2014), yapılan 18 çalışmayı içeren bir sistematik derlemede; gebelik boyunca sigaraya aktif ya da pasif maruz kalan annelerin bebeklerinde görsel bozukluklar ortaya çıktığı (Fernandes ve ark 2015), gebelik süresince sigara kullanan annelerin çocuklarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu benzeri semptomlar görülebileceği (Latimer ve ark 2012, Behnke ve ark 2013) ayrıca bu annelerin çocuklarında depresyon, anksiyete gibi semptomların da görüldüğü belirtilmiştir (Ashford ve ark 2008).

5.2. Adölesanlarda Sigara Kullanımı

Adölesan “gelişerek olgunlaşma” anlamına gelen latince bir terim olup; çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemini ifade eder. Ergenlik de denilen bu dönem, fiziksel, bilişsel, psikolojik ve sosyal açıdan pek çok değişimin iç içe yaşandığı, birey ve çevresi için çalkantılı ve sıkıntılı bir dönemdir (Pekcan 2012). Olgunlaşma süreçlerinin birinde oluşabilecek sorunlar, diğer süreçleri de etkileyerek, ergenin sağlıklı gelişimini engelleyebilir ve erişkin çağa da taşınan hastalıklara neden olabilir (Anthony 2011, Pekcan 2012).

Adölesan dönemde; sigara, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddelere başlama sık görülen bir durumdur. Adölesanların bu maddelere başlamasında aile, arkadaş ve sosyokültürel çevre önemli etkindir. Sigara kullanma nedenlerinin bulunması ve bunun önüne geçilmesi bağımlılık riskinin azaltılmasında önemlidir. Burada toplumun eğitimi, aile içi ilişkilerin desteklenerek sigara kullanımına neden olan faktörler tespit edilmesi ve engellenmesi oldukça önemlidir (Simkin 2002). Gençler sigaraya en fazla merak ve arkadaş etkisi ile başlamaktadır. Bunları sırasıyla yalnızlık, özentisi, aile sorunları, okul sorunları ve büyüdüğünü ispatlama izlemektedir (Kurupınar 2014).

Lise öğrencileri arasında sigara alkol kullanım sıklığı ve etkileyen faktörlerin araştırıldığı çalışmada hayatında en az bir kere sigara içen öğrencilerin oranı % 35, hemen her gün sigara içenlerin oranı % 20,1 olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada meslek lisesinde okuyan; erkek, akademik başarısını düşük algılayan ve disiplin cezası alan öğrencilerin tütün kullanım oranı yüksek bulunmuştur (Akkuş ve ark 2017). Fiziksel aktivite ve sigara kullanımının duygu durumu ve anksiyete ile ilişkisinin incelendiği çalışmada; Sigara içme ile anksiyete arasında ilişki bulunmuş ve gençleri anksiyeteden uzaklaştırmak için fiziksel egzersiz yapmaları gerektiği önerisinde bulunulmuştur (Fidancı ve ark 2016). Başka bir çalışmada adölesanların sigara kullanma sıklığı % 12 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada sigara tüketim oranlarının yüksek olması, evin içinde bir ortamda tüketilmesi önemli ölçüde azalmış ve sigara tüketen annelerin daha titiz davrandığı saptanmıştır (Ayçiçek 2014).

5.3. Yetişkinlerde Sigara Kullanımı

Genel olarak sigara içimi öteden beri erkek davranışı olarak algılanmıştır. 2012’de dünya çapında 1.1 milyon sigara içicisi bulunmakta iken sigara kullanan her 10 kişiden sekizi de günlük içici olarak kaydedilmiştir. Dünya genelinde kullanım oranı %22 idi. En yüksek bölgesel ortalama %30’la Avrupa’da, en düşük oran da %12 ile Afrika’daydı. Yüksek gelirli ülkelerdeki oran %25, orta gelirli ülkelerde %22, düşük gelir grubunun oranı ise %18 idi. Sigara içme oranı erkeklerde kadınların beş katıydı. Erkeklerde %37, kadınlarda %7 oranındaydı (WHO 2014b). Sigara özellikle genç kızlar ve kadınlar arasında giderek yaygınlaşmaktadır. Bu durumun nedeni olarak, zaman içinde kadınların daha fazla eğitim olanağına ve ekonomik güce kavuşmasının, dolayısıyla sigaraya ulaşma olanaklarının artması gösterilmektedir (Bilir 2005). Özellikle 1980’lerden itibaren az gelişmiş ülkelerde özellikle kadınlara yönelik sigara reklam faaliyetleri artmıştır (Amos ve Mackay 2004).

Ülkemizde yapılan “Yetişkin Tütün Araştırması 2012” sonuçlarına göre; sigara içme sıklığı erkeklerde %41,4, kadınlarda %13,1 olarak tespit edilmiştir. 15 yaş ve üzeri yetişkinlerin %27’si her gün veya daha az sıklıkla sigara kullanmaktadır (TCSB).

6. SİGARAYI BIRAKMANIN SAĞLIK AÇISINDAN FAYDALARI

Sigarayı herhangi bir zamanda ve herhangi bir yaşta bırakmak faydalıdır. Bırakmak için hiçbir zaman geç değildir ve ne kadar erken olursa kişi için o kadar iyidir. Bütün sigaralar zararlıdır, bütün tütün dumanlarına maruziyet vücuda zarar verir. Sigarayı bırakmak, vücuda sigaranın verdiği hasarlardan iyileşmesi için gereken fırsatı tanır. Günde birkaç adet sigara içmek veya arada sırada sigara içmek bile kanser gibi ciddi hastalıkların riskini artırır (CDC 2010a).

Sigarayı bırakanlar içmeye devam edenlerden daha uzun yaşarlar. Sigarayı bırakan bir kişinin erken ölüm riskinin ne dereceye kadar azalacağı; sigara içtiği yıl sayısı, günlük içtiği sigara sayısı, sigarayı bıraktığı anda mevcut olan veya olmayan hastalıkları gibi faktörlere bağlıdır. Örneğin; sigarayı 50 yaşından önce bırakan bir kişi, gelecek 15 yıl içinde, sigara içmeye devam eden biriyle karşılaştırıldığında yarısı kadar ölüm riskine sahiptir. Yaşam beklentisi uzar çünkü sigarayla ilişkili olan hastalıklardan ölme riski azalır. Bunlardan biri olan akciğer kanserinden ölme riski sigara içen erkeklerde 22 kat daha yüksek, kadınlarda 12 kat daha yüksektir. Sigara ilişkili kanser riskini azaltmak için kanıtlanmış olan tek strateji sigarayı bırakmaktır (General 1990, CDC 2010a, Health ve Services 2014). İnfluenza, pnömoni, bronşit gibi akciğer enfeksiyonlarının gelişim riski azalır. Periferik arter hastalığı riski azalır. Abdominal aort anevrizmasından ölme riski beş kat fazlayken, sigara bırakıldıktan sonra bu fazla risk farkı yarıya düşer ve ülser gelişim riski de azalır (CDC 2010a).

7. SİGARA BIRAKTIRMADA HEMŞİRENİN ROLLERİ

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 (Froelicher ve Kozuki 2002, Efraimsson ve ark 2012).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 2005 yılı Dünya Sigarasız Günü teması “**Sağlık Profesyonelleri Sigaraya Karşı**” olarak belirlenmiştir. DSÖ bu tema ile sağlık çalışanlarının bu konudaki rollerini tanımlamıştır. Bu raporda hemşirelerin 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 yeterliği gösterebileceği belirtilmektedir (WHO 2005).

Hemşireler ve hemşirelik örgütleri sigarayla mücadelede kendi stratejilerini kendileri belirlemektedirler. Uluslararası Hemşirelik Örgütü’nün (International Council of Nurses - ICN) yayınladığı “Tütünsüz Bir Yaşam İçin Hemşireler” başlıklı yayınında, sigarayla mücadele konusunda hemşirenin rollerine şöyle dikkat çekilmektedir (Bilir ve Telatar 2005) “*Hemşireler her gün çeşitli ortamlarda milyonlarca insanla karşılaştıkları için sigaradan korunma ve sigarayı bırakma konularındaki etkinlikler bakımından özel bir konuma sahiptirler. Bu ilişkiler sırasında hemşireler bireylerin sigara kullanma durumunu saptayabilir, sigara kullanımının sağlık üzerindeki etkileri konusunda bilgi verebilir, sigarayı bırakma konusunda yardımcı olabilirler.*”

Dünyada ve ülkemizde sigara tüketimi en çok öldüren, en çok sakat bırakan ve en çok ekonomik kayıplara neden olan hastalıklara yol açmaktadır. Bu nedenle sigara kullanımı öncelikli ele alınması gereken önemli sorundur. Bu doğrultuda hemşireler sigarayla ilgili mortalitenin ve morbiditenin azaltılmasında, sigarayı bırakma danışmanlık hizmetlerinde kritik öneme sahiptir. Hemşirelerin gerek kliniklerde, gerekse toplumun değişik kesimlerinde verdikleri sigara bırakturma müdahalelerinin etkili olduğu görülmektedir (Rice ve Stead 2008).

Sigara kontrolünde bireysel, toplumsal ve yönetsel düzeyde hemşireler şu görevleri alabilirler: **Bireysel düzeyde**, toplumu sigaranın neden olduğu sağlık sorunları konusunda eğitebilir ve sigara kullananların da bu bağımlılığı yenmelerine yardımcı olabilirler. **Toplumsal düzeyde**, sigarasız işyerleri çabalarına destek olarak veya sigarayı bırakma araç gereç ve kaynaklarının topluma ulaşmasını kolaylaştırarak bazı yasal yaptırımlara öncü olabilir ve onların savunuculuğunu yapabilirler. **Yönetsel düzeyde**, vergilerin artırılması gibi kampanyalarla seslerini ulusal ve küresel sigara kontrolü çabalarında duyurabilirler ve Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin desteklenmesi çabalarına katılabilirler. Bunlara ek olarak, sağlık

kuruluşları Tütün Kontrolü Yasalarını destekleyerek diğer meslek kuruluşları için öncülük edebilir ve rol modeli olabilirler (Bilir ve Telatar 2005).

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 (Elliott ve ark 2004).

Tütün gibi bağımlılık yapıcı maddelerden korunmada hemşirenin 1, 2, 3. rolleri vardır.

7.1. Birincil koruma: sağlıklı yaşam teşvik edilmeli (sigaraya yönelimin nedenini belirleme, stresle etkin baş etme, uyku bozukluğunu önleme vb), bağımlılık yapıcı maddeler ile ilgili eğitimler verilmelidir.

7.2. İkincil koruma: sigara bağımlılığını belirlemek ve uygun müdahaleleri planlamak için, hemşireler her bir kişiyi risk gruplarına göre ayrı ayrı (adölesanlar, yetişkinler, hamileler) değerlendirmelidir. Bağımlılık belirlendiğinde hemşireler bağımlılara; madde kullanımının onların aileleri ve bağlı buldukları toplum üzerindeki olumsuz sonuçlarını anlamalarına yardım etmelidir.

7.3. Üçüncül koruma: Hemşire bağımlıya ve bağımlının ailesine yardımcı olmada anahtar bir role sahiptir. Hemşireler; bağımlılığa karşı toplumu nasıl harekete geçireceklerini iyi bilirler ve bağımlılara verilecek bakımın kalitesini önemli ölçüde etkilerler. Örneğin sigara bıraktırma programları, sosyal destek grupları, bağımlılık tedavisinde etkin rol alabilirler (Mathre 2004).

8. SİGARA BIRAKTIRMADA KULLANILAN TRANSTEORETİK MODEL (DEĞİŞİM AŞAMALARI MODELİ)

James Prochaska ve Carlo DiClemente tarafından 1982 yılında geliştirilmiş olan Transteoretik Model (TTM), bilinçli bir davranış değişim modeli olup, davranış değişiminin bir süreç olduğunu ve bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olarak yapılan girişimlerin değişimi kolaylaştırdığını aksi halde davranış değişimine karşı direnç geliştirildiğini savunur (Prochaska ve Velicer 1997). TTM psikoterapi ve davranış değişikliği teorilerinin prensip ve süreçlerini entegre ederek tasarlanmıştır. Modelin temel amacı, herhangi bir tıbbi destek almadan, değişim aşamalarını uygulayarak bağımlılığı engellemektir (Prochaska 2008).

Model'in yapısı üç aşamadan oluşmaktadır;

1. Değişim Aşamaları (Zamanla İlgili Boyut)

2. Değişim Süreci (Bağımsız Değişken Boyutu)

3. Değişim Düzeyleri (Öz-etkililik, Teşvik Eden Faktörler, Karar Alma) (Erol ve Erdoğan 2007, Prochaska 2008). TTM modeli, başta sigarayı bırakmak olmak üzere, ilaç bağımlılığı, obezite, egzersiz ve birçok problemli davranışlar üzerinde değişik disiplinlerdeki araştırmacılar tarafından kullanılmıştır (Xiao ve ark 2004, Erol ve Erdoğan 2007).

8.1. Değişim Aşamaları (Zamanla İlgili Boyut)

Değişim aşamaları bireylerin niyet, tutum ve davranış değişikliklerinin zamanını açıklar. Bireyin davranış değiştirmeye olan ilgisini ve motivasyonunu yansıtır. Davranış değişikliği aniden değil aşama aşama ilerleme sonucunda olur. Aşamalar arasındaki geçiş çoğunlukla ileriye doğru olsa da bazen bir önceki aşamaya geri dönüş olabilir. Beş aşaması vardır (Prochaska 1992, Miller ve Heather 1998).

8.1.1. Düşünme/Niyet Öncesi (Precontemplation)

Bu aşamadaki bireyler gelecek altı ay içinde davranış değişikliği yapma niyetinde değildirler ve problemlerinin ya farkında değil ya da az farkındadırlar. Ancak aileleri, arkadaşları ve komşuları problem davranışın farkındadırlar (Prochaska 1992, Erol ve Erdoğan 2007). Bireyler daha önce davranış değişikliğini denemiş ancak başarı sağlayamamışlardır, bu nedenle demoralize olmuşlardır. Yüksek riskli davranışları hakkında düşünme ya da konuşmadan kaçınma eğilimindedirler ve kendilerine olan güvenlerini kaybetmişlerdir. Bu özelliklerinden ötürü değişime dirençlidirler. Yaygın olarak sürdürülen sağlıklı geliştirme programları, bu aşamadaki bireylerin gereksinimlerini karşılayamaz.

Bireyler, bu aşamada “Bence, değiştirmem gereken hiçbir problem davranışım yok” ve “Sanırım hatalarım var, fakat gerçekten değiştirmem gereken şeyler yok” gibi ifadeler kullanır (Prochaska 1992, Prochaska ve Velicer 1997, Erol ve Erdoğan 2007, Prochaska 2008). Sigarayı bırakmayı düşünmeyen bu bireyler, “Sigara içmenin sağlığa zararı olduğunu düşünmüyorum”, “Yıllardır içiyorum bir şey olmadı” ve

“Sigara içmeyi sevdiğim için bırakmıyorum istesem bırakırım zaten” gibi açıklamalarda bulunurlar. Bu aşamadaki bireylere, sigaranın içerdiği toksik ve kanserojen maddeler, sigara kullanımının neden olduğu sağlık sorunları ve sigara kullanma nedenleri hakkında bilinç düzeyini artırmaya yönelik yaklaşımlar yardımcı olabilir.

8.1.2. Düşünme / Niyet (Contemplation)

Bu aşamadaki bireyler gelecek altı ay içinde davranış değişikliği yapma niyetindedirler. Problem davranışın, zararlarının ve değişimin sağlayacağı faydaların farkındadırlar. Değişim yöntemlerini düşünürler ancak eyleme geçme konusunda kararsızdırlar. Ambivalan duygular yaşanmasına yol açan, değişimin kazanımları ve kayıpları arasındaki kararsızlık, bireylerin uzun süre bu aşamada kalmalarına neden olur. Bu dönem sıklıkla, kronik düşünme, davranışı geciktirme ya da ağırdan alma olarak nitelendirilir. Bireyler problemin çözümünü düşünürler ancak daha çok problemlili davranışı sürdürmenin kazanımları ile ilgilenirler. Davranış değişimi için harekete geçme çabaları ve enerjileri yetersizdir, bu nedenle eyleme dayalı programlar için hazır değillerdir, motivasyonu artırıcı görüşmelerle teşvik edilmelidirler.

Bu aşamada bireyler “Ben bu probleme sahibim ve bunun üzerinde gerçekten düşünüyorum veya çalışıyorum” ve “Ben kendimle ilgili bir şeyleri değiştirmek isteyebilirim diye düşünüyorum” ifadelerini kullanırlar (Erol ve Erdoğan 2007, Prochaska 2008). Sigara bırakma niyetinde olan bu gruptaki kişiler, “Sağlığımı biraz zarar verecek kadar sigara kullanıyorum”, “Aslında bırakmak istiyorum ama şimdi değil” ve “Durum kontrolüm altında, istediğim an bırakabilirim” ifadelerini kullanırlar. Sigara kullanmanın neden olduğu olumsuz etkilerle ilgili düşünce ve bilgiler, bireye hissettirdiği olumlu etkilere ağır basmaktadır. Ancak sigara bırakmayla ilgili engeller bireyi kararsızlığa iterek, bırakma günü belirlemesini geciktirir. Bu durum bireyin düşünme aşamasında sıkışıp kalmasına neden olur.

8.1.3. Hazırlık (Preparation)

Bu aşamada bireyler takip eden ay içinde harekete geçmeye niyetlidirler. Daha önce davranış değiştirme girişiminde bulunmuş ancak başarılı olamamışlardır. Grup terapisine katılma, danışmanla görüşme, konu ile ilgili kitap satın alarak kendi kendine çözüm üretme gibi planları vardır ancak eylemleri düzenli ve etkili değildir. Bu bireyler davranış değişimini gerçekleştirmede daha etkindirler ve harekete yönelik programlara dahil edilebilirler. Bu aşama, eyleme geçişin tetikleyicisi olarak tanımlanmaktadır (Prochaska 1992, Erol ve Erdoğan 2007).

Bu aşamadaki bireyler, sigara kullanımının yol açtığı sağlık risklerinin bilincindedirler. Sigarayı bırakmak için plan yapmışlardır ve bir ay sonra sigarayı bırakmayı denerler ve “Sigarayı bırakmam lazım, bunu nasıl yapabilirim?” gibi ifadeler kullanırlar.

8.1.4. Hareket/Eylem (Action)

Bu aşamadaki bireyler, son altı ay içinde problemlili davranışlarında belirgin değişiklikler yapmışlardır. Bunu yapabilmek için, alışkanlıklarını ve çevrelerini değiştirme çabasındadırlar. Hareket gözlemlenebilir olduğu için, davranış değişikliği ile eş değer düşünülmektedir. Ancak, bu aşama TTM'nin beş aşamasından sadece biridir ve tek başına davranış değişimini tanımlamaz. Bu aşama davranışa yeniden dönmenin en sık yaşandığı kritik bir aşamadır. Özellikle ilk haftalarda eski davranışa dönüş oranı yüksektir. Bu nedenle, başlangıç desteği çok önemlidir. Davranışa yeniden dönmeyi önlemeye yönelik görüşmeler ve olumlu davranış ödüllendirme oldukça etkilidir.

Bu aşamada bireyler “Ben gerçekten değişmek için çaba sarf ediyorum” ve “Herkes değişim hakkında konuşabilir, ama ben aslında bu konuda bir şeyler yapıyorum” gibi ifadeleri kullanırlar (Prochaska ve ark 1993, Miller ve Heather 1998). Sigara bırakmayla ilgili ciddi bir adım atmış olan bu aşamadaki bireylere, yoksunluk semptomlarının görüldüğü ilk birkaç hafta destek verilmesi ve bireylerin gerçekleştirdiği bu davranış değişikliğinin oldukça zor ve takdire değer bir çaba olduğunun vurgulanması relaps riskini azaltır.

Bireyler, aile, arkadaş ve çevrelerinde bulunan diğer kişilere “Sigarayı bıraktım, bu konuda bana destek olun ve anlayış gösterin” ya da kendilerine sigara ikram edildiğinde “Sigarayı bıraktım, bir daha ikram etmeyin” gibi ifadeler kullanırlar.

8.1.5. Devam Ettirme (Maintenance)

Bu aşamadaki bireyler altı ay boyunca davranış değişikliğini sağlamışlardır. Problemlili davranışını teşvik eden uyaranlardan daha az etkilenirler ve değişimi devam ettirebilecek güvene sahiptirler. Bireylerin geri dönüşü önlemek ve hareket evresinde kazandıkları başarıları pekiştirmek için çalıştıkları bir aşamadır. Bu aşamada,

değiştirilen davranışın yerine alternatif davranışlar kazanılması sağlanmalıdır. Bağımlı davranışlar için bu aşama değişimin başladığı ilk altı aydan sonra belirsiz bir zamana kadar uzanır. Bazı davranışlar için bu süre ömrün geri kalan süresi olarak kabul edilebilir. Geleneksel olarak sürdürülebilirlik durağan bir aşama olarak kabul edilse de, değişimin devamıdır. Davranış değişikliklerini dengelemek ve tekrar eski duruma dönmekten kaçınmak devam etme aşamasının ayırt edici özellikleridir.

Bu aşamada bireyler “Yapmış olduğum değişimleri sürdürebilmek için şimdi desteğe ihtiyacım olabilir” ve “Problemleri davranışına tekrar geri dönmek için kendimi engelliyorum” gibi ifadeleri kullanırlar (Prochaska 1992, Erol ve Erdoğan 2007). Bu aşamadaki bireylere, sigara bırakma davranışının relaps riskinin yüksek olduğu, bireyin altı aydan uzun süredir sigarayı bırakmış olmasının sağladığı güven duygusunun, onu riskli davranışlara sürükleyebileceği ve hayatı boyunca tekrar sigara kullanma riskinin bulunduğu hatırlatılmalıdır. Bireyin bu sebeple, tetikleyici faktörleri iyi tanımlaması ve bunlardan uzak durması, sigara içme yerine, spor yapma, bazı hobiler edinme (çiçek yetiştirme, puzzle, örgü, maket yapma) ve çeşitli kurslara (ebru, resim vb) gitme gibi bazı alternatif davranışlar edinmesi önerilmelidir. Mevcut problem davranışlarını değiştirme çabasında olan bireyler, değişim aşamaları arasında ileriye doğru hareket etseler de bir önceki aşamaya geri dönebilirler. Aşamalar arasında geriye doğru yapılan hareket, başarısızlık, utanç ve suçluluk hissettirdiği için birey demoralize olur ve davranış değişimine direnç gelişir. Sonuçta “düşünmeme” aşamasına geri dönüş gerçekleşir (Prochaska 1992).

Farklı aşamalardaki bireylerin gereksinimleri de birbirinden farklıdır. TTM'nin öngördüğü gibi bireyin bulunduğu değişim aşamasına uygun girişimler uygulanmadığında, davranış değişimine direnç gelişmektedir. Bireye, bulunduğu aşama gözetilmeksizin uygulanan girişimler istenilen etkiyi oluşturmadığı için değişimde başarı sağlanamamaktadır. Hazırlık ve hareket aşamasındakiler için etkili olan hareket temelli uygulamalar, düşünme ve düşünmeme aşamalarındaki bireyleri olumsuz etkileyebileceği gibi, etkisiz de kalabilmektedir (Erol ve Erdoğan 2007, Taş ve ark 2016).

8.2. Değişim Süreci (Bağımsız Değişken Boyutu)

Değişim süreci bireyin davranış değişikliğini gerçekleştirmede kullandığı teknik ve deneyimleri açıklar. Değişim süreci; beş tanesi, bireyin duyguları, değerleri ve farkındalığını yansıtan “bilişsel süreçleri”, beşi de, değişim için seçtiği davranışları kapsayan “davranışsal süreçleri” içeren on değişken tanımlamaktadır. Süreçler girişim programlarına önemli ölçüde rehberlik eder (Grimley ve ark 1997, Erol ve Erdoğan 2007, Efe 2009).

8.2.1. Bilişsel Süreçler

Bilinçlenme (Farkındalık Artması): Kendisi ve problemi hakkında daha fazla bilgi sahibidir. Problem davranışın, nedenleri ve sonuçları ile çözümleri hakkında farkındalığın artmış olmasıdır. Gözlem, yüzleştirme, geri bildirim, eğitim, konferans, yorum, dini kitaplar ve medya kampanyaları farkındalığı arttıran uygulamalardır. Bu süreçte bireyler, “Sigaranın olumsuz etkileri ve nasıl bırakılacağı ile ilgili bilgileri, anlatılanlardan hatırlıyorum” ifadesini kullanırlar.

Duygusal Uyarılma: Bireyin problemleri ile ilişkili olaylar karşısında duygusal olarak etkilendiği zaman oluşan süreçtir. Birey problemiyle ilgili duygu ve deneyimlerini ifade edebilir. Bu evrede psikodrama, rol yapma, üzücü kayıplar, geri bildirimler bireylerin duygusal olarak uyarılmalarını sağlar. Bu süreçte “Sigaranın zararlarını gösteren uyarılar beni rahatsız ediyor” ifadesi kullanılır.

Çevreyi Yeniden Değerlendirme: Bireyin problem davranışının, çevresini nasıl etkilediğini bilişsel ve duygusal olarak değerlendirmesidir. Bu aşamada kullanılan tekniklerin bazıları; empati eğitimi ve belgeye dayalı uygulamalardır. Bireyler, “Sigara içmenin çevremdeki kişilere ve çevreye zarar verebileceğini düşünürüm” ifadesini kullanırlar.

Sosyal Özgürleşme-Çevresel Fırsatlar: Toplumda mevcut olan problemsiz davranışlar için artan alternatiflere karşı farkındalığın arttığı süreçtir. Sigara içmenin yasak olduğu alanlar, kondom veya diğer kontraseptifleri temin etmeyi kolaylaştırmak gibi, yardım için yaratılan fırsatları fark etme ve kullanma sürecini etkileyebilir. “Toplumda, sigara kullanımının sınırlandırıldığını ve sigara içmeyenlere kolaylıklar sağlanacak şekilde değişikliklerin olduğunu fark ediyorum” ifadesi bu süreçte yer almaktadır.

Kendini Yeniden Değerlendirme: Bireyin, problem davranışın kendinde oluşturduğu etkiyi değerlendirmesidir. Tasvir, sağlıklı rol modelleri, hayal gücünü kullanma, imaj bireyi harekete geçiren yöntemlerdir. Bireyler “Sigara kullanmak kötü hissetmeme neden oluyor” ifadesini kullanmaktadır.

8.2.2. Davranışsal Süreçler

Uyaranların Kontrolü: Problemlili davranışın ortaya çıkmasına zemin hazırlayan faktörlerin ortadan kaldırılması ya da yerine sağlıklı alternatiflerin seçilmesidir. Çevrenin yeniden düzenlenmesi, kendi kendine yardım grupları ve hatırlatıcı şeylerden kaçınmak, davranışa tekrar dönme riskini azaltmada yardımcı olabilir. Bu süreçteki bireyler, “Sigarayı hatırlatan şeyleri çevremden uzaklaştırım” ifadesini kullanır.

Destekleyici İlişkiler: Problemlili davranışın değişimi için, bireyin diğer kişilerle kurduğu güven veren, destek sağlayan ve kabul gören ilişkileri içerir. Danışman desteği, kendi kendine yardım grupları, tedavi ile ilgili birliktelik, sosyal destek grupları etkili olabilir. “Sigara içme davranışım ile ilgili konuşmak istediğimde, beni her zaman dinleyebilecek kişiler var” ifadesi kullanılır.

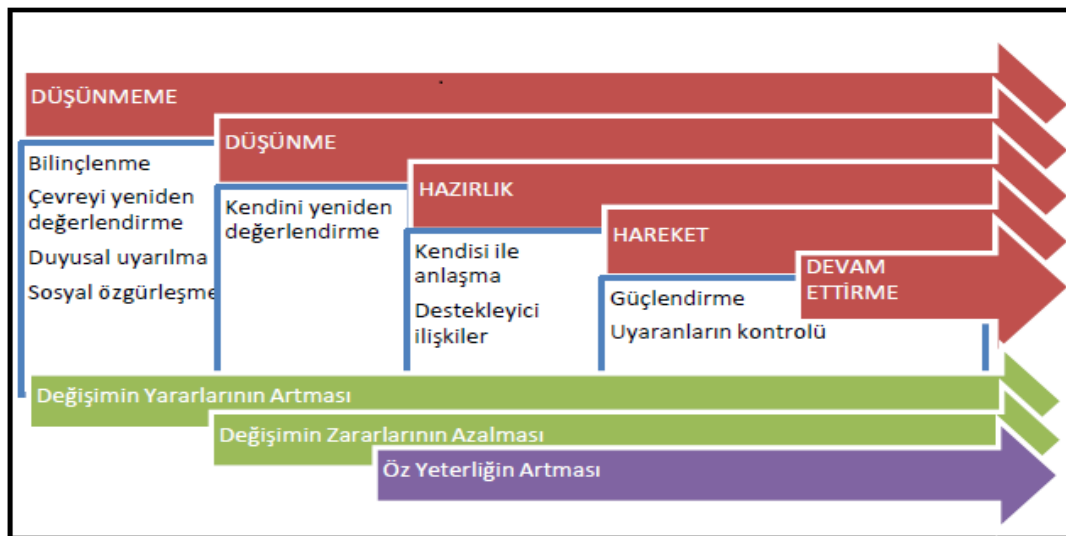
Karşıt Koşullama (Yerine Koyma): Problem davranışın yerine konulabilecek alternatif davranışları öğrenmeyi ve kullanmayı içerir. Stresi azaltmak için sigara yerine, gevşeme yöntemleri kullanılabilir. Sigara içmek yerine tespah çekilebilir veya yap bozla uğraşılabilir. Bu süreçte birey, “Sigara içmek yerine, yap boz yapıyorum” diyebilir.

Pekiştirme Yönetimi: Değişiklikler yapmak için kendini ödüllendirme ya da başkaları tarafından ödüllendirilmek, kendi kendine değişmeye çalışan bireyler için güven kaynağıdır. Bu aşamada bireye olumlu geri bildirim verme, kendisini ödüllendirmesi için teşvik etme, kendini olumlu yönde ifade etme fırsatı sağlama, açık ve gizli pekiştirme, duygusal destek sağlama etkili yaklaşımlardır. “Sigara içmediğim için kendime uzun süredir istediğim bir telefonu aldım” ya da “Bugün sigarayı bırakma günüm kendime yemek ısmarlayıp, sinemaya gideceğim” diyebilir.

Kendini Özgürleştirme: Bireyin kendini değiştirmeye olan inancını harekete geçirmesi ve kendi kendine söz vermesidir. Karar verme terapisi ve söz verme teknikleri geliştirme etkili uygulamalardır. Davranış değişiminde, birden fazla yöntem kullanılması uyumu ve başarıyı arttırabilir (Grimley ve ark 1997, Erol ve Erdoğan 2007, Efe 2009).

Birey tarafından, “.....tarihinden itibaren sigara içmeyeceğime dair kendime söz veriyorum” ifadesi bu süreçte kullanılır. Değişim aşamaları ile süreçler arasındaki ilişkinin gösterildiği tabloda (Tablo.1), düşünmeme ve düşünme aşamasında, sıklıkla “bilişsel süreçler” daha sonraki aşamalarda “davranışsal süreçler” kullanılır. Düşünmeme aşamasında değişim süreçleri çok az kullanılır. Düşünme ve hazırlık aşamalarında kullanım artar, hareket aşamasında artış diğerlerinden daha fazladır, devam ettirme aşamasında giderek azalır. Düşünme aşamasında; bilinçlenme, duygusal uyarılma ve çevreyi yeniden değerlendirme süreçleri, hazırlık aşamasında; kendini yeniden değerlendirme ve kendini özgürleştirme süreçleri, hareket aşamasında ise; pekiştirme yönetimi, destekleyici ilişkiler, karşıt koşullama ve uyaranların kontrolü süreçleri daha çok kullanılır (Prochaska ve Velicer 1997, Erol ve Erdoğan 2007).

Tablo.1. Değişim Aşamaları ve Değişim Süreçleri Arasındaki İlişki (Prochaska 1992)



Değişim Aşamaları Modelinde Davranış Değiştirme Yöntemleri, Karar Alma, Öz Yeterlik ve Değişim Aşamalarının İlişkisi.

8.3. Değişim Düzeyleri

TTM'nin bu boyutunu, teşvik eden faktörler, öz-etkililik ve karar denge ölçekleri oluşturmaktadır. Klasik değişim programları sadece sonucun başarısını ölçerken, bu ölçekler, bilişsel, duygusal ve davranışsal değişimlerin hassas sonuçlarını ölçer.

8.3.1. Öz Etkililik/ Teşvik Eden Faktörler Ölçeği

Öz etkililik, bireyin bir eylemi başarıyla gerçekleştirebileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı, inancı olarak tanımlanabilir. Sigara bırakmada ve yeniden başlamayı önlemede önemli bir etkisi olan öz etkililik, sigarayı bırakanlarda daha yüksektir (Taş ve ark 2016).

Öz etkililik ölçeği bireyin zor durumlarla karşılaştığı zaman, değiştirmiş olduğu riskli davranışına yeniden dönmek için sahip olduğu güveni yansıtır. Öz etkililik ölçeğinden alınan puanların yüksek olması, teşvik edici durumların yoğun baskısına rağmen eski davranışa karşı durabilme gücünü yansıtır. Bandura'nın öz etkililik teorisinden uyarlanan bu yapılar harekete geçme ve devam ettirme aşamalarında oldukça etkilidir.

8.3.2. Teşvik eden faktörler ölçeği

Bireyin riskli davranışına geri dönmesini teşvik eden faktörlerin yoğunluğunu yansıtır. Bu ölçekten yüksek puan alınması eski davranışına yeniden başlama ihtimalinin yüksek olduğunu gösterir (Erol ve Erdoğan 2007, Taş ve ark 2016). Örneğin; alışkanlığın baskısı altında çıkamamak, kilo kontrolü amaçlı sigara içmeye devam etmek gibi teşvik eden faktörlerin yoğun olması relaps riskini artırmaktadır (Redding ve ark 2000, Connors ve ark 2013).

8.3.3. Karar Denge Ölçeği

Karar alma, bireyin yeni duruma ilişkin kar ve zararları, değişim için bireysel nedenlerin etkisiyle değerlendirmesi sonucudur. Değişim aşamaları ile yarar ve zarar algıları arasında ilişki söz konusudur. Düşünme aşamasında değişimin kayıpları kazançlara ağır basarken, düşünme aşamasında birbirine yakın eşitliktedir ve hazırlık aşamasında kazanç düşüncesi artmaya başlar. Hareket ve sürdürme aşamalarında ise değişimin kazançları, kayıplarına üstün gelir. Son iki aşamada kazanç algısında düşüş olması davranışa geri dönmenin göstergesi olabilir.

Sigara bırakma sürecinde bireyin, sigara bırakmanın hayatına sağlayacağı olumlu etkilerle ilgili algısı azalır, tekrar sigara kullanmaya başlayabilir. Karar denge ölçeği davranış değiştirmenin yarar ve zarar algılarını ortaya koyar. Bireyin yarar algısı alt boyutundan yüksek puan alması davranış değiştirme konusundaki kararsızlığı gösterir. Zarar algıları alt boyutundan yüksek puan alması ise davranış değiştirme konusunda karar alma ve devam ettirme şansının daha yüksek olduğunu gösterir (Erol ve Erdoğan 2007, Taş ve ark 2016).

9. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık profesyonellerinin bir üyesi olan ve toplum sağlığını korumada önemli görevler üstlenen hemşireler, özellikle birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda, hastanelerde, transteoretik modele dayalı sigara bıraktırmada etkin rol oynayarak davranış değişimine katkı sağlayabilirler.

KAYNAKLAR

- Akkuş D, Karaca A, Şener DK, Ankaralı H, 2017. Lise Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol Kullanım Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler.
- Aktaş S, 2006. Gebelik boyunca sigara içiminin perinatal dönemde anne ve bebek sağlığı üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Akvardarlar Y, Arıkan Z, Berkman K, Dilbaz N, Oral G, Uluğ B, Uzbay İ, Aknür Annette S, Bilici M, Tamar Gürol D, 2011. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Klavuzu El Kitabı. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara: Pozitif Matbaa.
- Al Husain A, Bruce IN, 2010. Risk factors for coronary heart disease in connective tissue diseases. Therapeutic advances in musculoskeletal disease, 2, 3, 145-53.
- Amos A, Mackay J, 2004. Tobacco and Women. In: Tobacco Science, Policy and Public Health. Eds: Boyle N, Gray J, Henningfield J, Seffrin W, Zatonski. New York: Oxford University Press, p. 329-51.
- Anthony D, 2011. The State of the World's Children 2011: Adolescence-an Age of Opportunity, New York, UNICEF, p.
- Ashford J, Van Lier PA, Timmermans M, Cuijpers P, Koot HM, 2008. Prenatal smoking and internalizing and externalizing problems in children studied from childhood to late adolescence. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47, 7, 779-87.
- Atak H, 2011. Yetişkinliğe Geçiş Yıllarında Sigara İçme Davranışının Psikososyal Belirleyicileri ve Sigara İçmenin Yaşam Doyumu ve Öznel İyi Oluşla İlişkisi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 14, 1, 29-43.
- Aveyard P, Lawrence T, Cheng K, Griffin C, Croghan E, Johnson CJBjohp, 2006. A randomized controlled trial of smoking cessation for pregnant women to test the effect of a transtheoretical model-based intervention on movement in stage and interaction with baseline stage. 11, 2, 263-78.
- Ayçiçek A, 2014. Eskişehir ilinde hastaneye başvuran adolesan ve anne-babalarının sigara kullanma alışkanlıkları. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 57, 4.
- Başar E, 2000. Pasif sigara içiminin kardiyak etkileri. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 28, 4, 239-44.
- Behnke M, Smith VC, Abuse CoS, 2013. Prenatal substance abuse: short-and long-term effects on the exposed fetus. Pediatrics, 131, 3, e1009-e24.
- Bilir N, 2008. Sigara ve kanser. Sağlık Bakanlığı Ankara: Klasmat Matbaacılık.
- Bilir N, Telatar G. (2005). Tütün Kontrolünde Sağlık Profesyonellerinin Rolü. Ankara, Tütünsüz Yaşam Derneği.
- Bredie SJ, Fouwels AJ, Wollersheim H, Schippers GM, 2011. Effectiveness of Nurse Based Motivational Interviewing for smoking cessation in high risk cardiovascular outpatients: a randomized trial. European Journal of Cardiovascular Nursing, 10, 3, 174-9.
- Budak R, 2010. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı görülme sıklığına aktif ve pasif sigara içiciliğinin etkisi, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Centers for Disease Control and Prevention Erişim tarihi 31.03.2018. Erişim adresi, https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/tobacco_related_mortality/index.htm.
- CDC, Tobacco Use Among Middle and High School Students- United States, 2011–2014, 2014. Erişim tarihi 31.03.2018. Erişim adresi, <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6414a3.htm>
- CDC, 2010a. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the surgeon general.
- CDC, 2010b. A Report of the Surgeon General; how tobacco smoke causes disease: what it means to you. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Connors GJ, DiClemente CC, Velasquez MM, Donovan DM, 2013. Substance abuse treatment and the stages of change: Selecting and planning interventions, Guilford Press, p.
- Çapan N, 2011. Astım ve Sigara İçimi. Solunum Hastalıkları, 22, 2, 73-5.

- Çınar N, Topal S, Altınkaynak S, 2015. Gebelikte sigara kullanımı ve pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığı üzerine etkileri. *Journal of Human Rhythm*, 1, 2.
- Doğan DG, Ulukol B, 2010. Ergenlerin sigara içmesini etkileyen faktörler ve sigara karşıtı iki eğitim modelinin etkinliği. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 17, 3.
- Dönder A, Balahoroğlu R, Dülger H, Sekeroğlu MR, 2014. Sigara ve Böbrek Fonksiyonları. *Eur J Basic Med Sci*, 4, 1, 16-21.
- Durualp E, Bektaş G, Ergin D, Karaca E, Topçu E, 2011. Annelerin Sigara Kullanımı ile Yenidoğanın Doğum Kilosu, Boyu ve Baş Çevresi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 64, 03, 119-26.
- Dünya Sağlık Örgütü Dünya Sigarasız Günü, 2005. Erişim tarihi 01.04.2018. Erişim adresi, <http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2005/awards/en/index4.html>
- Efe ŞY, 2009. Aile İçi Şiddete Uğrayan Kadınlara Yönelik Hemşirelik Hizmetlerinde “Değişim Modelinin” Kullanılması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2, 3, 130-5.
- Efrainsson EÖ, Fossum B, Ehrenberg A, Larsson K, Klang B, 2012. Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. *Journal of advanced nursing*, 68, 4, 767-82
- Elliott L, Crombie I, Irvine L, Cantrell J, Taylor J, 2004. The effectiveness of public health nursing: the problems and solutions in carrying out a review of systematic reviews. *Journal of advanced nursing*, 45, 2, 117-25.
- Erol S, Erdoğan S, 2007. Sağlık Davranışlarını Geliştirmek ve Değiştirmek için Transteoretik Modelin Kullanılması. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 10, 2.
- Fernandes M, Yang X, Li JY, Cheikh Ismail L, 2015. Smoking during pregnancy and vision difficulties in children: a systematic review. *Acta ophthalmologica*, 93, 3, 213-23.
- Fidancı İ, Arslan İ, Fidancı İ, Taci DY, İşcan G, Kıbrıslı E, Özenc S, Tekin O, 2016. Fiziksel Aktivite ve Sigara Kullanımının Duygu Durumu ve Anksiyete ile İlişkisi. *Ankara Medical Journal*, 16, 1.
- Fowles J, Shusterman D, 2004. Cigarette Science: Addiction By Design. In: *Tobacco Science, Policy and Public Health*. Eds: Boyle N, Gray J, Henningfield J, Seffrin W, Zatonski. New York: Oxford University Press, p. 176.
- Froelicher ES, Kozuki Y, 2002. Theoretical applications of smoking cessation interventions to individuals with medical conditions: women's initiative for nonsmoking (WINS)—Part III. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 1, 1-15.
- General US, 1990. The health benefits of smoking cessation. Washington: Department of Health and Human Services.
- Grimley DM, Prochaska GE, Prochaska JO, 1997. Condom use adoption and continuation: A transtheoretical approach. *Health Education Research*, 12, 1, 61-75.
- Gümüş A, 2015. Üniversite Öğrencilerinde Sigara ve Alkol Kullanımı: Depresif belirtiler ve Umutsuzluk Yönünden Bir Değerlendirme. *Bağımlılık Dergisi*, 16, 1, 9-17.
- Health UDo, Services H, 2014. The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 17.
- Jamal A, Phillips E, Gentzke AS, Homa DM, Babb SD, King BA, Neff LJ, 2018. Current Cigarette Smoking Among Adults—United States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67, 2, 53.
- Kahyaoğlu S, Özel Ş, Üstün YE, Erdöl C, 2018. Gebelik Ve Sigara Bırakma. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15, 1.
- Kamışlı AGS, Karatay AGG, Terzioğlu F, Kublay G, 2008. Sigara ve Ruh Sağlığı, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayını, Klasmat Matbaacılık, p.
- Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O, 2006. Tütün kontrolü. *Toraks dergisi*, 7, 1, 51-64.
- Kostova D, Andes L, Erguder T, Yurekli A, Keskinilic B, Polat S, Culha G, Kilinc EA, Tasti E, Ersahin Y, Ozmen M, San R, Ozcebe H, Bilir N, Asma S, 2014. Cigarette prices and smoking prevalence after a tobacco tax increase--Turkey, 2008 and 2012. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 63, 21, 457-61.

- Kurupınar A, 2014. Ortaöğretim öğrencilerinde görülen madde bağımlılığı alışkanlığı ve yaygınlığı: Bartın ili örneği. Sosyal Bilimler Dergisi, 16, 1, 65-84.
- Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye, 2012. Erişim tarihi 31.03.2018. Erişim adresi, http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/KYTA_TR.pdf
- Latimer K, Wilson P, Kemp J, Thompson L, Sim F, Gillberg C, Puckering C, Minnis H, 2012. Disruptive behaviour disorders: a systematic review of environmental antenatal and early years risk factors. Child: care, health and development, 38, 5, 611-28.
- Marakoğlu K, Sezer RE, 2003. Sivas' ta gebelikte sigara kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25, 4, 157-64.
- Mathers CD, Loncar D, 2006. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS medicine, 3, 11, e442.
- Mathre ML, 2004. Alcohol tobacco and other drug problems in the community. In: Community and Public Health Nursing. Eds: Stanhope M, Lancaster J, sixth. st. Louis: Mosby Elsevier, p. 848-74.
- Meghea CI, Rus IA, Chereches RM, Costin N, Caracostea G, Brinzaniuc A, 2014. Maternal smoking during pregnancy and birth outcomes in a sample of Romanian women. Central European journal of public health, 22, 3, 153.
- Miller R, Heather N, 1998. Treating addictive behaviors. New York: Plenum Press, 2, 25-38.
- Mujika A, Forbes A, Canga N, de Irala J, Serrano I, Gascó P, Edwards M, 2014. Motivational interviewing as a smoking cessation strategy with nurses: An exploratory randomised controlled trial. International journal of nursing studies, 51, 8, 1074-82.
- Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A, 2011. Worldwide from exposure to second-hand smoke: aretrospective analysis of data from 192 countries. The Lancet, 377, 9760, 8-14.
- Okutan O, Çalışkan T, 2011. Sigara ile İlişkili İnterstisyel Akciğer Hastalıkları. Solunum Dergisi, 13, 3, 131-9.
- Ögel K, 2010. Alkol ve madde kullanım bozuklukları: tanı, tedavi ve önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları, 7-9.
- Öztoprak SD, Günay T, 2013. Sağlık acisinden toplumsal cinsiyet ve tutun kontrolü. Turkish Journal of Public Health, 11, 3, 197.
- Pekcan H, 2012. Adolesan (Delikanlı) Sağlığı. In: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Eds: Güler Ç, Akın L. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, p. 486-535.
- Prochaska J, 1992. In search of how people change: application to addictive behaviors. Am Psychol, 47, 112-4.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Rossi JS, 1993. Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. Health Psychology, 12, 5, 399.
- Prochaska JO, Velicer WF, 1997. The transtheoretical model of health behavior change. American journal of health promotion, 12, 1, 38-48.
- Prochaska JO, 2008. Decision making in the transtheoretical model of behavior change. Medical decision making, 28, 6, 845-9.
- Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO, 2000. Health behavior models. International Electronic Journal of Health Education, 180-93.
- Rice VH, Stead LF, 2008. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev, 1.
- Selekoğlu Y, 2016. Ortaokul öğrencilerinin kontrol odağı ile problem çözme becerilerinin sigaraya yönelik algılarına etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Semiz O, Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Kılıçoğlu S, 2006. Sakarya'da bir sağlık kuruluşuna başvuran gebelerin sigara içme durumlarıyla ilgili bazı özellikler. Sted, 15, 8, 149-52.
- Simkin DR, 2002. Adolescent substance use disorders and comorbidity. Pediatric Clinics of North America, 49, 2, 463-77.
- Taş F, Seviğ EÜ, Güngörmüş Z, 2016. Sigara Bağımlılığında Davranış Değişimi için Transteoretik Model ile Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Kullanılması. Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry, 8, 4, 380-92.

- Terzioğlu F, Yücel AGÇ, Karatay AGG, 2008. Sigara ve İnfertilite. Klasmat Matbaacılık, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731, Şubat 2008, Ankara.
- Topal İO, Göncü EK, Duman H, Köklü N, 2014. Madde bağımlılığının dermatolojik ipuçları. Okmeydanı Tıp Dergisi, 30, 124-8.
- Townsend M, 2015. Substance-Related Disorders. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing. Concepts of Care in Evidence-Based Practice.Fifth Edition, p. 267-271.
- Toyran M, 2005. Gebelikte sigara içiminin çocuk sağlığı üzerindeki etkileri. Klinik Pediatri, 4, 1, 17-23.
- Tuncer DD, 2008. Sigaranın ağız ve diş sağlığı üzerine etkileri, Ankara, Klasmat Matbaacılık, p.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Havamı Korumansız Hava Sahası. Erişim tarihi 01.04.2018. Erişim adresi, <http://www.havanikoru.org.tr/>
- Türkiye Tütünle Mücadele Süreci. Erişim tarihi 01.04.2018. Erişim adresi, <http://havanikoru.org.tr/surec>
- WHO, 2000. Air quality guidelines for Europe.
- WHO, Global status report on noncommunicable diseases, 2014. Erişim tarihi 28.05.2018. Erişim adresi, <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>.
- Wold B, Holstein BE, Griesbach D, Currie C, 2000. Control of Adolescent Smoking. National policies on restriction of smoking at school in eight European countries
- Xiao JJ, Newman BM, Prochaska JM, Leon B, Bassett RL, Johnson JL, 2004. Applying the transtheoretical model of change to consumer debt behavior.
- Yengil E, 2014. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu ve sigara ile ilgili tutumları. Konuralp Tıp Dergisi, 2014, 3, 1-7.
- Yürekli A, Önder Z, Elibol H, Erk N, Çabuk A, Fisunođlu M, Erk S, Chaloupka F, 2010. Türkiye’de Tütün Ekonomisi ve Tütün Ürünlerinin Vergilendirilmesi. Paris: Uluslararası Tüberküloz ve Akciğer Hastalıkları ile Mücadele Derneği.
- Zerin M, Karakılçık AZ, Cebeci B, İriadam M, 2010. Üniversite öğrencilerinde kısa ve uzun süre sigara içiminin bazı solunum parametreleri üzerine etkisi. Gaziantep Med J, 16, 3, 9-12.
- Zhang L, Curhan GC, Hu FB, Rimm EB, Forman JP, 2011. Association between passive and active smoking and incident type 2 diabetes in women. Diabetes care, 34, 4, 892-7.